INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

RAPORT Z BADAŃ

OCENA BEZPOŚREDNICH I ODROCZONYCH EFEKTÓW TERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

MAŁGORZATA PIASECKA (kierownik projektu),
KINGA KARTECZKA-ŚWIĘTEK, ŁUKASZ SZWEJKA

KRAKÓW 2019

SPIS TREŚCI

I. KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII (KPST-N) 2

1. KONCEPCJA NARZĘDZIA 2

2. DEFINICJE OPERACYJNE PODSTAWOWYCH KATEGORII POJĘCIOWYCH 3

3. PRZEBIEG PRAC NAD KONSTRUKCJĄ NARZĘDZIA 7

4. WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE KPST-N 8

4.1. TRAFNOŚĆ TREŚCIOWA 8

4.2. RZETELNOŚĆ SKALI 9

4.2.1. WSPÓŁCZYNNIK ZGODNOŚCI WEWNĘTRZNEJ ALFA-CRONBACHA 9

4.2.2. MOC DYSKRYMINACYJNA POZYCJI 9

4.3. TRAFNOŚĆ KRYTERIALNA 10

4.4. STABILNOŚĆ SKAL POMIĘDZY POMIARAMI 12

5. ZASTOSOWANIE NARZĘDZIA – PROCEDURA BADANIA I OPIS METODY 21

II. BADANIA WŁAŚCIWE 31

1. ZASTOSOWANA METODOLOGIA 31

1.1. CEL BADAŃ 31

1.2. PROBLEMY BADAWCZE 31

1.3. DOBÓR ZMIENNYCH ORAZ WSKAŹNIKÓW 32

1.4. METODY I NARZĘDZIA BADAWCZE 34

1.5. DOBÓR PRÓBY 35

1.6. OPIS REALIZACJI BADAŃ WŁAŚCIWYCH 37

1.7. ANALIZA STATYSTYCZNA DANYCH 39

2. OPIS PRZEBADANEJ PRÓBY 40

3. REZULTATY BADAŃ WŁAŚCIWYCH 41

III. WNIOSKI I REKOMENDACJE 54

SPIS TABEL 64

SPIS WYKRESÓW 64

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW 64

BIBLIOGRAFIA 65

I. KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII (KPST-N)

Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N) jest wielowymiarowym narzędziem służącym do pomiaru szeroko rozumianej skuteczności terapii osób uzależnionych od narkotyków. Autorami narzędzia są: K. Karteczka-Świętek, J. Kusztal, S. Opozda-Suder, M. Piasecka, Ł. Szwejka i A. Wójciak. W październiku 2018 roku KPST-N, jako narzędzie do realizacji badań naukowych w ramach projektu *Ocena bezpośrednich i odroczonych efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków. Model czynników warunkujących*[1], współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, otrzymał pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

1. KONCEPCJA NARZĘDZIA
(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

Jako podstawę teoretyczną koncepcji Kwestionariusza Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N) wykorzystano wyniki badań prowadzonych w ramach realizowanego od października 2016 do grudnia 2017 roku projektu badawczego współfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii o nazwie *Określenie na drodze metaanalizy wskaźników skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków* (Karteczka-Świętek, Opozda-Suder, Piasecka, Sztuka, Szwejka 2017).

Celem tego projektu było wydobycie wskaźników skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków w oparciu o założenia nurtu *evidence-based practice* – praktyki opartej na dowodach empirycznych z przeprowadzonych rygorystycznie (pod względem metodologicznym) badań (Bower 2003, Barlow 2005, MacKenzie 2011). Aby to osiągnąć wykonano przegląd systematyczny naukowej literatury dotyczącej skuteczności terapii osób

[1] Projekt zrealizowany przez zespół w składzie: M. Piasecka (kierownik projektu), K. Karteczka-Świętek, J. Kusztal, S. Opozda-Suder, Ł. Szwejka i A. Wójciak.

uzależnionych od narkotyków[2]. W efekcie przeglądu wybrano 36 tzw. raportów podstawowych zawierających rezultaty badań nad skutecznością terapii osób uzależnionych od narkotyków.

W ramach tych badań stosowano różne wskaźniki skuteczności terapii, dlatego w pierwszej kolejności zebrano wszystkie wykorzystywane przez autorów poszczególnych raportów. Następnie zmienne te połączono w szersze, spójne teoretycznie kategorie. Pozwoliło to na wyłonienie następujących kategorii: [1] symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, [2] pragnienie narkotyku, [3] motywacja do zmiany, [4] ogólne poczucie własnej skuteczności, [5] wsparcie społeczne, [6] relacje społeczne, [7] zachowania agresywne, [8] zachowania impulsywne, [9] osiągnięcie oraz podtrzymanie abstynencji, [10] problemy psychiczne, [11] zatrudnienie, [12] edukacja, [13] popełnienie przestępstwa, [14] środek izolacyjny. Konstrukty te stały się podstawą struktury narzędzia KPST-N. Ponieważ wskaźniki 1 – 8 stanowią trudne do uchwycenia zmienne ukryte (niedostępne bezpośredniej obserwacji) zostały zgodnie z założeniami Klasycznej Teorii Testów (Brzeziński 1999, Hornowska 2005) przełożone na odpowiadające im skale pomiarowe. Natomiast wskaźnikom 9 – 13 odpowiadają pojedyncze pytania KPST-N.

2. DEFINICJE OPERACYJNE PODSTAWOWYCH KATEGORII POJĘCIOWYCH

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

Dla każdego wydobytego wskaźnika skuteczności terapii, który miał zostać przełożony na skalę pomiarową, opracowano definicję operacyjną. Jest to taka definicja, w której znaczenie definiowanej nazwy wyjaśniane jest drogą podania czynności (elementów) niezbędnych do określenia tego znaczenia (Kotarbiński 1986). W przypadku zmiennych ukrytych (a takimi są wspomniane wskaźniki skuteczności terapii) dobranie adekwatnej definicji operacyjnej jest pierwszym krokiem operacjonalizacji i warunkiem koniecznym przełożenia abstrakcyjnego pojęcia na jego mierzalne przejawy.

Poniżej przedstawiono definicje operacyjne poszczególnych wskaźników skuteczności terapii. Zostały one zrekonstruowane w oparciu o raporty podstawowe i literaturę przedmiotu przez wszystkich autorów KPST-N. Stały się podstawą do przełożenia wskaźników skuteczności terapii na odpowiadające im skale pomiarowe.

[2] Raport z realizacji projektu (wraz z dokładnym opisem zastosowanych procedur) jest dostępny na stronie: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1155208 [odczyt 11.12.2019].

Symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej

Kryteria definicyjne zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej opracowano na podstawie DSM-5[3]:

1. Jednostka przyjmuje substancję w większych ilościach lub przez dłuższy okres niż pierwotnie zamierzała.
2. Jednostka wyraża silne pragnienie zaprzestania lub kontrolowania używania substancji lub wielokrotnie podejmuje nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania substancji.
3. Jednostka poświęca dużo czasu na pozyskiwanie, używanie substancji lub łagodzenie skutków jej działania.
4. Jednostka odczuwa głód wyrażony przez intensywne pragnienie lub przymus zażycia substancji, który może pojawić się w dowolnym czasie, ale najbardziej prawdopodobne jest, że pojawi się w środowisku, w którym wcześniej substancja była pozyskiwana lub używana.
5. Jednostka nie wypełnia obowiązków związanych z rolą pełnioną w domu, szkole lub pracy wskutek powtarzającego się używania substancji.
6. Jednostka kontynuuje używanie substancji pomimo utrzymujących się lub nawracających problemów w relacjach społecznych lub interpersonalnych spowodowanych lub nasilających się przez używanie substancji.
7. Jednostka porzuca lub redukuje ważne aktywności społeczne, zawodowe lub rekreacyjne z powodu używania substancji.
8. Jednostka w sposób powtarzający się używa substancji w sytuacjach, gdy jest to zagrażające życiu lub zdrowiu.
9. Jednostka kontynuuje używanie substancji pomimo wiedzy o ciągłym lub nawracającym problemie somatycznym lub psychicznym, który prawdopodobnie został spowodowany lub zaostrzony przez substancję.
10. Jednostka doświadcza tolerancji, która występuje, gdy jednostka wymaga zwiększonej ilości substancji, aby uzyskać zamierzony rezultat lub odczuwa zmniejszony efekt przy użyciu tej samej co wcześniej dawki.
11. Jednostka, która w sposób długotrwały i intensywny używała substancji, doświadcza objawów odstawiennych, które są syndromem pojawiającym się wtedy, gdy stężenie substancji we krwi lub tkankach spada u jednostki.

[3] Tłumaczenie własne na podstawie anglojęzycznej wersji DSM-5 (American Psychiatric Association 2013).

Pragnienie narkotyku

Pragnienie narkotyku (głód narkotykowy) to dyspozycja obejmująca silne pragnienie i trudny do opanowania przymus zażycia narkotyku. Charakteryzuje się uporczywością występowania i powracania (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 1999).

Motywacja do zmiany

Motywacja do zmiany to dynamiczny proces podlegający modyfikacji w trakcie interakcji międzyludzkich. Składają się na nią takie czynniki jak:

- stopień, w jakim jednostka pragnie zmiany i postrzega ją jako ważną;
- wiara w możliwość wprowadzenia zamiany w życie;
- gotowość do zainicjowania zmiany (Miller, Rollnick 2010, 2014).

Ogólne poczucie własnej skuteczności

Ogólne poczucie własnej skuteczności wyraża przekonanie jednostki, jej stopień pewności i zaufania, że posiada zasoby (kompetencje, zdolności) umożliwiające:

- określenie konkretnego i zrozumiałego celu (w tym czasu niezbędnego do jego realizacji, przewidywanych zysków i strat związanych z jego osiągnięciem);
- zaplanowanie działań pozwalających na osiągnięcie zamierzonego celu;
- przewidywanie trudnych sytuacji i radzenie sobie z nimi;
- przeprowadzenie określonych działań pozwalających osiągnąć zamierzony cel;
- samokontrolę w trakcie dążenia do osiągnięcia zamierzonego celu.

Nasilenie ogólnego poczucia własnej skuteczności odnosi się do życia w ogóle, a nie do konkretnych zadań. Silne poczucie własnej skuteczności sprawia, że jednostka jest bardziej wytrwała i bardziej angażuje się (wysila), aby osiągnąć cel (Juczyński 2000).

Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne dotyczy interakcji społecznych zachodzących w istniejących sieciach społecznych. Interakcja ta wyznacza poziom zadowolenia z dostępnej jednostce pomocy w sytuacjach trudnych, stresowych, która obejmuje:

- wsparcie emocjonalne – polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, okazywaniu „ciepła", dawaniu poczucia bezpieczeństwa i nadziei;
- wsparcie wartościujące – mające na celu podtrzymanie poczucia własnej wartości, będące źródłem uznania i akceptacji, pomagające w dobrym wypełnieniu ról

społecznych poprzez docenianie pozytywnych cech, starań, zachowań i kompetencji indywidualnych;

- wsparcie instrumentalne – związane z przekazywaniem informacji o sposobach postępowania, instruowaniem, modelowaniem zachowań zaradczych;
- wsparcie informacyjne – dotyczące przekazywania rad i informacji ułatwiających zrozumienie sytuacji i ujawnienie zdolności rozwiązywania problemów (Kmiecik-Baran 1995, 2000, Sęk, Brzezińska 2008);
- wsparcie duchowe – odnoszące się do sfery duchowości, która jest istotnym czynnikiem stymulującym proces zdrowienia; wsparcie duchowe związane jest z pomocą w poszukiwaniu szeroko rozumianego sensu, oparcia w Sile Wyższej oraz z pragnieniem ładu i poczucia wspólnoty z innymi (Heszen-Niejodek 2003).

Relacje społeczne

Relacje społeczne odnoszą się do oceny jakości związków z innymi w sferze: relacji rodzinnych, zawodowych i towarzyskich. Kryterium jakości stanowi subiektywne zadowolenie z tych związków i obejmuje potrzebę bliskości oraz potrzebę kontaktu z inną osobą.

Zachowania impulsywne

Zachowania impulsywne to zachowania, u podstaw których leży chwiejność emocjonalna prowadząca do:

- pochopnego działania w skrajnie negatywnych emocjach;
- działania bez uprzedniego przemyślenia;
- trudności w skupieniu się na zadaniu;
- poszukiwania nowych i ekscytujących doświadczeń;
- pochopnego działania w skrajnie pozytywnych emocjach (Hamilton, Littlefield i in. 2015).

Zachowania agresywne

Wszelkie zachowania skierowane przeciwko sobie, określonym ludziom lub rzeczom, mające na celu wyrządzenie szkody lub osiągnięcie osobistej korzyści, które mogą przybierać formę napaści fizycznej i/lub słownej. Zachowania te są motywowane chęcią zranienia, zadania bólu fizycznego, spowodowania cierpienia lub utraty cenionych wartości i obejmują szerokie spektrum zachowań takich jak:

- otwarta napaść fizyczna na drugą osobę;
- zniszczenie czyjejś własności;
- wrogie uwagi, groźby, obelgi i przekleństwa;
- obraźliwe gesty i mimika;
- zaniechanie działania.

Wiążą się one z potrzebą rozładowania negatywnych emocji i uczuć m. in. zazdrości, rozgoryczenia, gniewu i lęku, będących zwykle rezultatem frustracji (Buss 1961, Frączek 1979, Zimbardo 1995, Anderson, Bushman 2002, Krahe 2005).

3. PRZEBIEG PRAC NAD KONSTRUKCJĄ NARZĘDZIA

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

Czynności podjęte w ramach prac nad konstrukcją narzędzia opierały się na założeniach metodologii psychometrycznej z uwzględnieniem Klasycznej Teorii Testów (*Classical Test Theory*) (Brzeziński 1999, Hornowska 2005).

W pierwszej kolejności dla każdej z konstruowanych skal określono sposób jej pomiaru: formę i liczbę pytań oraz skalę odpowiedzi. Następnie każdy ze współautorów narzędzia indywidualnie przekładał teoretyczne definicje operacyjne wskaźników skuteczności terapii na pytania, tworząc w ten sposób zestaw pozycji testowych dla każdej ze skal. W kolejnym kroku w ramach pracy zespołowej zweryfikowano treść wszystkich pozycji testowych, oceniono ich poprawność językową, naniesiono konieczne korekty i wyeliminowano pytania podobne. Dodatkowo zespół wspólnie przygotował pytania dla pozostałych wskaźników skuteczności terapii (nie wymagających przełożenia na skale pomiarowe) oraz pytania metryczkowe.

Zestawy pytań dla każdej ze skal zostały poddane ocenie przez sędziów kompetentnych w celu określenia trafności treściowej narzędzia (szerzej Rozdział I.4.1.). Po ocenie sędziów wyeliminowano pytania ocenione jako mało trafne, a zredukowana lista pytań stała się podstawą opracowania pilotażowej wersji narzędzia KPST-N. Na przełomie czerwca i lipca 2018 roku przeprowadzono badania pilotażowe na próbie 119 osób uzależnionych od narkotyków będących w trakcie terapii w placówkach stacjonarnych. Zebrany materiał badawczy był podstawą do określenia trafności kryterialnej i rzetelności narzędzia. Informacje o właściwościach psychometrycznych KPST-N zawiera Rozdział I.4. niniejszego raportu. Rezultaty badań pilotażowych stały się podstawą do kolejnej redukcji liczby pytań i opracowania ostatecznej wersji narzędzia.

4. WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE KPST-N[4]

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

4.1. TRAFNOŚĆ TREŚCIOWA

Dla określenia trafności treściowej, czyli zakresu, w jakim poszczególne pytania właściwie reprezentują uniwersum przekonań, myśli i zachowań, które są traktowane jako wskaźniki interesującej nas cechy (Hornowska 2005, s. 83), pozycje testowe KPST-N zostały poddane ocenie przez 8. sędziów kompetentnych. Było to czterech przedstawicieli środowiska naukowego oraz czterech praktyków – psychologów i terapeutów uzależnień. Celem takiego rodzaju doboru sędziów kompetentnych było zapewnienie rzetelnej oceny i weryfikacji opracowanych pozycji testowych w następujących wymiarach: [1] dostosowania treści poszczególnych pozycji do przyjętych definicji operacyjnych, [2] poprawności metodologicznej i merytorycznej oraz [3] stopnia ich dopasowania do możliwości poznawczych badanych.

Sędziowie oceniając poszczególne pozycje testowe posługiwali się skalą rangową od 1 do 5, gdzie pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymywały rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Dodatkowo poproszono sędziów o wpisanie swoich uwag odnoszących się do ocenianych skal pomiarowych. Na podstawie przeprowadzonej przez sędziów oceny trafności treściowej opracowanych pozycji testowych oddzielnie dla każdej ze skal dokonano oszacowania poziomu zbieżności tych ocen z zastosowaniem współczynnika zgodności W-Kendalla.

Sześć skal: pragnienia narkotyku, motywacji do zmiany, zachowań impulsywnych, zachowań agresywnych, relacji społecznych oraz wsparcia społecznego uzyskało zadowalający stopień zgodności sędziów, wartość W-Kendalla mieściła się w przedziale od 0,19 do 0,35 przy $p<0,05$. Dla pozostałych dwóch skal: symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej oraz ogólnego poczucia własnej skuteczności wartość współczynnika W-Kendalla była nieistotna statystycznie ($p>0,05$).

Dokonując ostatecznej redukcji pytań, w każdej ze skal wzięto pod uwagę wartość średniej arytmetycznej z ocen sędziów dla danej pozycji testowej. Pozycje ze średnią $M\geq2,0$ zostały usunięte z puli sformułowań wykorzystanych do utworzenia pilotażowej wersji narzędzia. Dodatkowo kilka pytań zakwalifikowanych do ostatecznego wykorzystania zostało poddanych korekcie językowej ze względu na przekazane przez sędziów konkretne uwagi do

[4] Dokładne informacje o właściwościach psychometrycznych KPST-N i sposobach ich określenia zawiera Załącznik 4.

ich treści. Dla skali pragnienia narkotyku – zgodnie z uwagami sędziów praktyków – zmieniono skalę odpowiedzi na taką, by na podstawie zebranych danych można było uchwycić częstotliwość występowania określonych myśli lub zachowań.

4.2. RZETELNOŚĆ SKALI

4.2.1. WSPÓŁCZYNNIK ZGODNOŚCI WEWNĘTRZNEJ ALFA-CRONBACHA

Rzetelność poszczególnych skal wchodzących w skład KPST-N została określona przy użyciu współczynnika zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha. Na podstawie tego współczynnika oszacowano stopień, w jakim poszczególne skale opracowanego narzędzia są miarą mierzonej cechy i w jakim stopniu odpowiedzi na poszczególne pytania mierzą to samo, co wynik w całej skali (Brzeziński 1999, s. 473).

W przypadku wszystkich skal i podskal współczynnik alfa-Cronbacha przyjął bardzo wysokie wartości w przedziale między 0,84 a 0,98. Dokładne dane zawiera Tabela 6.

4.2.2. MOC DYSKRYMINACYJNA POZYCJI

Istotnym uzupełnieniem współczynnika zgodności wewnętrznej była analiza mocy dyskryminacyjnej. Jest to współczynnik korelacji wyniku z danej pozycji testowej z sumarycznym wynikiem dla danej skali. Informuje on o stopniu, w jakim dane pytanie różnicuje badaną populację w zakresie cechy, którą dany test mierzy (Hornowska 2005, s. 175-176).

Przyjęto założenie, że aby uznać dane pytanie za diagnostyczne i włączyć je do ostatecznej wersji narzędzia, wartość współczynnika korelacji pozycji z sumarycznym wynikiem dla skali musi być ≥0,4. Wyjątek od przyjętych założeń stanowi *Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej*, w której – mimo otrzymania w przypadku 4. pytań niższej niż założono wartości współczynnika korelacji – nie wyeliminowano żadnego pytania.

Uzasadnieniem dla tego działania jest fakt, że pozycje testowe tej skali odpowiadały konkretnym wskaźnikom diagnostycznym zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej według DSM-5. Wskaźniki te odnosiły się do zróżnicowanych symptomów o niejednorodnym charakterze, co miało wpływ na niską wartość współczynnika korelacji pomiędzy pozycją a skalą.

4.3. TRAFNOŚĆ KRYTERIALNA

Przeprowadzono również analizę trafności kryterialnej poszczególnych skal KPST-N. Polegała ona na określeniu współczynnika korelacji między wynikiem otrzymanym za pomocą badanej skali a wartością zmiennej kryterialnej mierzonej innym testem w tej samej grupie osób badanych.

W celu oceny trafności kryterialnej poszczególnych skal KPST-N jako kryteria porównawcze wykorzystano wystandaryzowane narzędzia badawcze. W większości przyjętych zestawień oczekiwano dodatniej korelacji wyników[5].

1. Skala pragnienia narkotyku
   - Skala Głodu Narkotyku na podstawie Skali PENN, w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza, M. Ziółkowskiego, K. Gąsiora, A. Juczyńskiego, D. Czarneckiego, A. Biedrzyckiej, K. Nowakowskiej-Domagały

2. Skala motywacji do zmiany i Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności
   - Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) w polskiej adaptacji R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyńskiego
   - Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI) w polskiej adaptacji A. Sękowskiego, W. Klinkosz - podskala: Ukierunkowanie na cel; Zaangażowanie; Wytrwałość; Elastyczność; Wiara w sukces

3. Skala wsparcia społecznego i Skala relacji społecznych
   - Skala Samotności UCLA w adaptacji M.M. Kwiatkowskiej, R. Rogozy, K. Kwiatkowskiej
   - Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS) w adaptacji K. Buszman, H. Przybyła-Basisty

4. Skala zachowań agresywnych i Skala zachowań impulsywnych
   - Kwestionariusz agresji A. Bussa i M. Perry'ego; w polskiej adaptacji E. Aranowskiej, J. Rytela, A. Szymańskiej
   - Kwestionariusz Impulsywności (IVE) w polskiej adaptacji Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego – podskala: Impulsywności

Otrzymane wartości współczynnika korelacji między poszczególnymi skalami KPST-N, a dobranymi narzędziami wystandaryzowanymi zawiera Tabela 1, Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4 oraz Tabela 5. Analiza otrzymanych macierzy korelacji w przypadku każdej skali KPST-N wskazuje na występowanie istotnej statystycznie współzależności ($p<0,01$) między kryterium a wynikiem ogólnym skali i większości podskal. Nieistotne statystycznie zależności dotyczą jedynie 4. zestawień dla wybranych podskal w *Skali zachowań agresywnych, Skali motywacji do zmiany i Skali wsparcia społecznego.* Sytuacja ta ma jednak swoje uzasadnienie w braku

[5] Wyjątek stanowiła Skala Samotności UCLA – w zestawieniu ze Skalą wsparcia społecznego i Skalą relacji społecznych oczekiwano ujemnych korelacji.

dokładnego odpowiednika dla danej zmiennej (cechy, właściwości, zachowania) w układzie oceniana skala a przyjęte kryterium.

Tabela 1. Korelacja wyników Skali pragnienia narkotyku z odpowiadającym jej kryterium

KRYTERIUM	KPST-N
	PRAG. NAR.
SKALA GŁODU NARKOTYKU na podstawie SKALI GŁODU ALKOHOLU PENN	0,410**

** p<0,01

Tabela 2. Korelacje wyników Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności oraz Skali motywacji do zmiany z odpowiadającymi im kryteriami

KRYTERIUM	KPST-N	
	POCZ. SKUT.	MOTYWACJA
SKALA UOGÓLNIONEJ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI – GSES	0,501**	0,220*
INWENTARZ MOTYWACJI OSIĄGNIĘĆ – LMI	0,483**	0,425**
SKALA UKIERUNKOWANIE NA CEL	0,442**	0,406**
SKALA ZAANGAŻOWANIE	0,305**	0,302**
SKALA WYTRWAŁOŚĆ	0,320**	0,138
SKALA ELASTYCZNOŚĆ	0,315**	0,390**
SKALA WIARA W SUKCES	0,421**	0,359**

* p<0,05, ** p<0,01

Tabela 3. Korelacje wyników Skali wsparcia społecznego i jej podskal z odpowiadającymi im kryteriami

KRYTERIUM	KPST-N				
	WSP. SPOŁ.	WSP. EMO.	WSP. WART.	WSP. INF-INS.	WSP. DUCH.
SKALA SAMOTNOŚCI – UCLA	-0,500**	-0,280**	-0,278**	-0,367**	-0,146
WIELOWYMIAROWA SKALA SPOSTRZEGANEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO – MSPSS	0,351**	0,423**	0,516**	0,419**	0,407**

** p<0,01

Tabela 4. Korelacje wyników Skali relacji społecznych i jej podskal z odpowiadającymi im kryteriami

KRYTERIUM	KPST-N			
	REL. SPOŁ.	REL. RODZ.	REL. ZAWOD.	REL. TOW.
SKALA SAMOTNOŚCI – UCLA	-0,592**	-0,513**	-0,358**	-0,500**
WIELOWYMIAROWA SKALA SPOSTRZEGANEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO – MSPSS	0,544**	0,498**	0,304**	0,388**

** p<0,01

Tabela 5. Korelacje wyników Skali zachowań agresywnych i jej podskal oraz Skali zachowań impulsywnych z odpowiadającymi im kryteriami

KRYTERIUM	KPST-N			
	AGRESJA	AGR. INNI	AUTOAGR.	IMPULSYWN.
KWESTIONARIUSZ AGRESJI BUSS'A I PERRY'EGO - wynik ogólny	0,554**	0,602**	0,294**	0,470**
SKALA AGRESJI FIZYCZNEJ	0,437**	0,519**	0,117	0,370**
SKALA AGRESJI SŁOWNEJ	0,397**	0,458**	0,157	0,417**
SKALA WROGOŚCI	0,506**	0,457**	0,458**	0,417**
SKALA GNIEWU	0,493**	0,508**	0,332**	0,442**
KWESTIONARIUSZ IMPULSYWNOŚCI - IVE SKALA IMPULSYWNOŚCI	0,360**	0,357**	0,310**	0,588**

** p<0,01

4.4. STABILNOŚĆ SKAL POMIĘDZY POMIARAMI

Trafność, rzetelność oraz interkorelacje KPST-N zostały określone podczas badań pilotażowych (por. Załącznik 4). Jednak dodatkowo – w celu weryfikacji stabilności pomiaru z użyciem poszczególnych skal – współczynnik zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha oraz interkorelacje oszacowano również na etapie badań na rozpoczęcie i zakończenie terapii. W kolejnych pomiarach (trzecim i czwartym) liczebność próby nie pozwalała na wykonanie takich analiz.

Rzetelność poszczególnych skal wchodzących w skład KPST-N została określona ponownie przy użyciu współczynnika zgodności wewnętrznej alfa-Cronbacha. Z danych, które zawiera Tabela 6 wynika, że w przypadku wszystkich skal i podskal współczynnik alfa-Cronbacha na każdym etapie pomiaru przyjął bardzo wysokie wartości w przedziale między 0,83 a 0,98.

Tabela 6. Wartość Alfa Cronbacha dla skal (pilotaż, pomiary na początek i zakończenie terapii)

Skale	Badania pilotażowe		Badania właściwe		
	α-Cronbacha	Liczba pozycji	α-Cronbacha początek terapii	α-Cronbacha zakończenie terapii	Liczba pozycji
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	0,88	19	0,83	- *	19
Skala pragnienia narkotyku	0,94	5	0,91	0,92	5
Skala motywacji do zmiany	0,85	16	0,91	0,92	13
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	0,91	18	0,94	0,95	16
Skala wsparcia społecznego	0,98	24	0,97	0,97	24
Podskala wsparcia emocjonalnego	0,84	4	0,87	0,92	4
Podskala wsparcia wartościującego	0,93	7	0,94	0,93	7
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	0,97	8	0,95	0,97	8
Podskala wsparcia duchowego	0,90	5	0,87	0,85	5
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	0,94**	21	0,93	0,96	20
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	0,94**	21	0,91	0,91	15
Podskala relacji rodzinnych	0,94	9	0,95	0,98	8
Podskala relacji towarzyskich	0,91	7	0,92	0,92	7
Podskala relacji zawodowych	0,87	5	0,87	0,95	5
Skala zachowań impulsywnych	0,93	16	0,94	0,94	15
Skala zachowań agresywnych	0,94	26	0,94	0,94	25
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	0,95	19	0,95	0,94	19
Podskala autoagresji	0,85	7	0,86	0,89	6

* W pomiarze na zakończenie terapii Skalę symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej wypełniło 14 osób, które przez okres terapii nie zachowały abstynencji.

** Na etapie badań pilotażowych nie różnicowano Skali relacji społecznych ze względu na brak relacji zawodowych.

Sprawdzono również interkorelacje, czyli korelacje między wynikami z poszczególnych skal i podskal wchodzących w skład KPST-N. Oszacowano je za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona. Analizując otrzymane wartości współczynnika korelacji należy zwrócić uwagę na dane obrazujące zachodzące interkorelacje w układzie wynik ogólny skali do wyniku w poszczególnych podskalach, co dotyczy *Skali wsparcia społecznego*, *Skali relacji społecznych* i *Skali zachowań agresywnych.* Dokonane w ich przypadku zestawienia wskazują na dodatnią, bardzo silną współzależność ($r>0,6$; $p<0,01$). Potwierdza to wysoki stopień zgodności wewnętrznej dla wyniku skala-podskala.

Poniżej przedstawiono wykaz skal i podskal korelujących ze sobą (dla pomiarów na początku i na końcu terapii). Kolorem zielonym oznaczono korelacje dodatnie, a pomarańczowym korelacje ujemne. Szczegółowe dane zawierają **Tabela 7** oraz **Tabela 8**.

1. **Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: $r=0,17$; $p<0,05$)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: $r=-0,19$; $p<0,05$)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: $r=-0,27$; $p<0,05$)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: $r=-0,32$; $p<0,01$)
     - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: $r=-0,18$; $p<0,05$)
     - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: $r=-0,33$; $p<0,01$)
   - Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: $r=0,21$; $p<0,01$)
2. **Skala pragnienia narkotyku** koreluje ze:
   - Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: $r=0,17$; $p<0,05$)
   - Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: $r=-0,32$; $p<0,01$; KONIEC: $r=-0,50$; $p<0,01$)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: $r=-0,16$; $p<0,01$; KONIEC: $r=-0,30$; $p<0,01$)
   - Skalą wsparcia społecznego (KONIEC: $r=-0,32$; $p<0,01$)
     - Podskalą wsparcia emocjonalnego (KONIEC: $r=-0,31$; $p<0,01$)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (KONIEC: $r=-0,31$; $p<0,01$)
     - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (KONIEC: $r=-0,26$; $p<0,05$)
     - Podskalą wsparcia duchowego (KONIEC: $r=-0,32$; $p<0,01$)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (KONIEC: $r=-0,47$; $p<0,01$)
     - Podskalą relacji rodzinnych ($r=-0,17$; $p<0,05$; KONIEC: $r=-0,38$; $p<0,01$)
   - Skalą zachowań impulsywnych ($r=0,48$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,41$; $p<0,01$)
   - Skalą zachowań agresywnych ($r=0,35$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,39$; $p<0,01$)
     - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom ($r=0,33$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,29$; $p<0,05$)
     - Podskalą autoagresji ($r=0,24$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,47$; $p<0,01$)
3. **Skala motywacji do zmiany** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: $r=-0,32$; $p<0,01$; KONIEC: $r=-0,50$; $p<0,01$)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: $r=0,29$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,30$; $p<0,05$)
   - Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: $r=0,28$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,34$; $p<0,01$)
     - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: $r=0,23$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,39$; $p<0,01$)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: $r=0,31$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,36$; $p<0,01$)
     - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: $r=0,21$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,29$; $p<0,05$)
     - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: $r=0,25$; $p<0,01$; KONIEC: $r=0,24$; $p<0,05$)

- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,21; p<0,05)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,24; p<0,01; KONIEC: r=0,31; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (POCZĄTEK: r=0,35; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: r=-0,16; p<0,05)

4. **Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności** koreluje ze:
   - Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: r=-0,19; p<0,05)
   - Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: r=-0,16; p<0,05; KONIEC: r=-0,30; p<0,05)
   - Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,29; p<0,01; KONIEC: r=0,30; p<0,05)
   - Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,22; p<0,01; KONIEC: r=0,38; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,20; p<0,01; KONIEC: r=0,27; p<0,05)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,27; p<0,01; KONIEC: r=0,36; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (KONIEC: r=0,37; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: r=0,17; p<0,05; KONIEC: r=0,39; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,34; p<0,01; KONIEC: r=0,31; p<0,05)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: r=0,37; p<0,01; KONIEC: r=0,46; p<0,05)
     - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,44; p<0,01; KONIEC: r=0,35; p<0,01)
   - Skalą zachowań impulsywnych ([PCZĄTEK: r=-0,34; r<0,01; KONIEC: r=-0,29; p<0,05)
   - Skalą zachowań agresywnych (KONIEC: r=-0,30; p<0,05)
     - Podskalą autoagresji (KONIEC: r=-0,35; p<0,01)

5. **Skala wsparcia społecznego** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (KONIEC: r=-0,32; p<0,01)
   - Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,28; p<0,01; KONIEC: r=0,34; p<0,01)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,22; p<0,01; KONIEC: r=0,38; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,89; p<0,01; KONIEC: r=0,89; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,91; p<0,01; KONIEC: r=0,95; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: r=0,93; p<0,01;
     - KONIEC: r=0,93; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: r=0,88; p<0,01; KONIEC: r=0,87; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,28; p<0,05)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (KONIEC: r=0,39; p<0,05)
     - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,25; p<0,01; KONIEC: r=0,25; p<0,05)
     - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,16; p<0,05)

a. **Podskala wsparcia emocjonalnego** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (KONIEC: r=-0,31; p<0,01)
   - Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,23; p<0,01; KONIEC: r=0,39; p<0,01)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,20; p<0,01; KONIEC: r=0,25; p<0,05)
   - Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,89; p<0,01; KONIEC: r=0,89; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,85; p<0,01; KONIEC: r=0,89; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: r=0,74; p<0,01; KONIEC: r=0,77; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: r=0,68; p<0,01; KONIEC: r=0,66; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,33; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: r=0,36; p<0,01)
     - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,36; p<0,01; KONIEC: r=0,27; p<0,05)
     - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,22; p<0,01)

b. **Podskala wsparcia wartościującego** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (KONIEC: r=-0,31; p<0,01)
   - Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,31; p<0,01; KONIEC: r=0,36; p<0,01)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,27; p<0,01; KONIEC: r=0,36; p<0,01)

- Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,91; p<0,01; KONIEC: r=0,95; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,85; p<0,01; KONIEC: r=0,89; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: r=0,76; p<0,01; KONIEC: r=0,84; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: r=0,70; p<0,01; KONIEC: r=0,77; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,28; p<0,05)
- Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: r=0,27; p<0,05)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,27; p<0,01; KONIEC: r=0,25; p<0,05)
  - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,18; p<0,05)

c. **Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego** koreluje ze:
- Skalą pragnienia narkotyku (KONIEC: r=-0,26; p<0,05)
- Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,21; p<0,01; KONIEC: r=0,29; p<0,05)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (KONIEC: r=0,37; p<0,01)
- Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,93; p<0,01; KONIEC: r=0,93; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,74; p<0,01; KONIEC: r=0,77; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,76; p<0,01; KONIEC: r=0,84; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: r=0,81; p<0,01; KONIEC: r=0,74; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,23; p<0,05)
- Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (KONIEC: r=0,42; p<0,05)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,17; p<0,05)

d. **Podskala wsparcia duchowego koreluje ze:**
- Skalą pragnienia narkotyku (KONIEC: r=-0,32; p<0,01)
- Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,25; p<0,01; KONIEC: r=0,24; p<0,05)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,17; p<0,05; KONIEC: r=0,39; p<0,01)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,23; p<0,01)
- Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,88; p<0,01; KONIEC: r=0,87; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,68; p<0,01; KONIEC: r=0,66; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,70; p<0,01; KONIEC: r=0,77; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: r=0,81; p<0,01; KONIEC: r=0,74; p<0,01)

6. **Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)** koreluje ze:
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: r=-0,27; p<0,05)
- Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,21; p<0,05)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,34; p<0,01; KONIEC: r=0,31; p<0,05)
- Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,28; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,33; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,28; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: r=0,23; p<0,05)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,83; p<0,01 KONIEC: r=0,86; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (POCZĄTEK: r=0,73; p<0,01 KONIEC: r=0,78; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,83; p<0,01 KONIEC: r=0,81; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (KONIEC: r=-0,48; p<0,01)
- Skalą zachowań agresywnych (KONIEC: r=-0,40; p<0,01)
  - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (KONIEC: r=-0,41; p<0,01)
  - Podskalą autoagresji (POCZĄTEK: r=-0,27; p<0,05)

7. **Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)** koreluje ze:
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: r=-0,32; p<0,01)
- Skalą pragnienia narkotyku (KONIEC: r=-0,47; p<0,01)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,37; p<0,01; KONIEC: r=0,46; p<0,05)

- Skalą wsparcia społecznego (KONIEC: r=0,39; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,36; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,27; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (KONIEC: r=0,42; p<0,05)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,80; p<0,01; KONIEC: r=0,79; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,76; p<0,01; KONIEC: r=0,67; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: r=-0,22; p<0,05)
- Skalą zachowań agresywnych (KONIEC: r=-0,41; p<0,05)
  - Podskalą autoagresji (KONIEC: r=-0,40; p<0,05)

a. **Podskala relacji rodzinnych** koreluje ze:
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: r=-0,18; p<0,05)
- Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: r=-0,17; p<0,05; KONIEC: r=-0,38; p<0,01)
- Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,26; p<0,01; KONIEC: r=0,31; p<0,01)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=0,44; p<0,01; KONIEC: r=0,35; p<0,01)
- Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,25; p<0,01; KONIEC: r=0,25; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,36; p<0,01; KONIEC: r=0,27; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,27; p<0,01; KONIEC: r=0,25; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (POCZĄTEK: r=0,17; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia duchowego (POCZĄTEK: r=0,23; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,83; p<0,01; KONIEC: r=0,86; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: r=0,80; p<0,01; KONIEC: r=0,79; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (POCZĄTEK: r=0,39; p<0,01; KONIEC: r=0,46; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,34; p<0,01; KONIEC: r=0,31; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: r=-0,30; p<0,01; KONIEC: r=-0,36; p<0,01)
- Skalą zachowań agresywnych (POCZĄTEK: r=-0,18; p<0,05; KONIEC: r=-0,37; p<0,01)
  - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (KONIEC: r=-0,33; p<0,01)
  - Podskalą autoagresji (POCZĄTEK: r=-0,24; p<0,01; KONIEC: r=-0,29; p<0,05)

b. **Podskala relacji towarzyskich** koreluje ze:
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: r=-0,33; p<0,01)
- Skalą wsparcia społecznego (POCZĄTEK: r=0,16; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (POCZĄTEK: r=0,22; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (POCZĄTEK: r=0,18; p<0,05)
- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,83; p<0,01; KONIEC: r=0,81; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: r=0,76; p<0,01; KONIEC: r=0,67; p<0,01)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,34; p<0,01; KONIEC: r=0,31; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (POCZĄTEK: r=0,59; p<0,01; KONIEC: r=0,70; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (KONIEC: r=-0,27; p<0,05)

c. **Podskala relacji zawodowych** koreluje ze:
- Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=0,35; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=0,73; p<0,01; KONIEC: r=0,78; p<0,01)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=0,39; p<0,01; KONIEC: r=0,46; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (POCZĄTEK: r=0,59; p<0,01; KONIEC: r=0,70; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (KONIEC: r=-0,47; p<0,01)
- Skalą zachowań agresywnych (KONIEC: r=-0,58; p<0,01)
  - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (KONIEC: r=-0,58; p<0,01)
  - Podskalą autoagresji (KONIEC: r=-0,32; p<0,05)

8. **Skala zachowań impulsywnych** koreluje ze:
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (POCZĄTEK: r=0,21; p<0,01)
- Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: r=0,48; p<0,01; KONIEC: r=0,41; p<0,01)
- Skalą motywacji do zmiany (POCZĄTEK: r=-0,16; p<0,05)

- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (POCZĄTEK: r=-0,34; p<0,01; KONIEC: r=-0,29; p<0,05)
- Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (KONIEC: r=-0,48; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (POCZĄTEK: r=-0,22; p<0,05)
  - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=-0,24; p<0,01; KONIEC: r=-0,36; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (KONIEC: r=-0,47; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (KONIEC: r=-0,27; p<0,05)
- Skalą zachowań agresywnych (POCZĄTEK: r=0,60; p<0,01; KONIEC: r=0,67; p<0,01)
  - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (POCZĄTEK: r=0,58; p<0,01; KONIEC: r=0,62; p<0,01)
  - Podskalą autoagresji (POCZĄTEK: r=0,35; p<0,01; KONIEC: r=0,53; p<0,01)

9. **Skala zachowań agresywnych** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: r=0,35; p<0,01; KONIEC: r=0,39; p<0,01)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (KONIEC: r=-0,30; p<0,05)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (KONIEC: r=-0,40; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (KONIEC: r=-0,41; p<0,05)
     - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=-0,18; p<0,05; KONIEC: r=-0,37; p<0,01)
     - Podskalą relacji zawodowych (KONIEC: r=-0,58; p<0,01)
   - Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: r=0,60; p<0,01; KONIEC: r=0,67; p<0,01)
     - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (POCZĄTEK: r=0,96; p<0,01; KONIEC: r=0,95; p<0,01)
     - Podskalą autoagresji (POCZĄTEK: r=0,63; p<0,01; KONIEC: r=0,66; p<0,01)

a. **Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: r=0,33; p<0,01; KONIEC: r=0,29; p<0,05)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (KONIEC: r=-0,41; p<0,01)
     - Podskalą relacji rodzinnych (KONIEC: r=-0,33; p<0,01)
     - Podskalą relacji zawodowych (KONIEC: r=-0,58; p<0,01)
   - Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: r=0,58; p<0,01; KONIEC: r=0,62; p<0,01)
   - Skalą zachowań agresywnych (POCZĄTEK: r=0,96; p<0,01; KONIEC: r=0,95; p<0,01)
     - Podskalą autoagresji (POCZĄTEK: r=0,38; p<0,01; KONIEC: r=0,40; p<0,01)

b. **Podskala autoagresji koreluje ze:**
   - Skalą pragnienia narkotyku (POCZĄTEK: r=0,24; p<0,01; KONIEC: r=0,47; p<0,01)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (KONIEC: r=-0,35; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób pracujących) (POCZĄTEK: r=-0,27; p<0,05)
   - Skalą relacji społecznych (dla osób niepracujących) (KONIEC: r=-0,40; p<0,05)
     - Podskalą relacji rodzinnych (POCZĄTEK: r=-0,24; p<0,01; KONIEC: r=-0,29; p<0,05)
     - Podskalą relacji zawodowych (KONIEC: r=-0,32; p<0,05)
   - Skalą zachowań impulsywnych (POCZĄTEK: r=0,35; p<0,01; KONIEC: r=0,53; p<0,01)
   - Skalą zachowań agresywnych (POCZĄTEK: r=0,63; p<0,01; KONIEC: r=0,66; p<0,01)
     - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (POCZĄTEK: r=0,38; p<0,01; KONIEC: r=0,40; p<0,01)

Tabela 7. Macierz korelacji wyników poszczególnych skal i podskal – początek terapii

	SYMP. ZABU.	PRAG. NAR.	AGRESJA	AGR. INNI	AUTOAGR.	IMPULSYWN.	REL. SPOŁ. PRAC.	REL. SPOŁ. NPR.	REL. RODZ.	REL. ZAWOD.	REL. TOW.	WSP. SPOŁ.	WSP. EMO.	WSP. WART.	WSP. INF-INS.	WSP. DUCH.	POCZ. SKUT.	MOTYWACJA
SYMP. ZABU.	1	0,156*	0,145	0,131	0,092	0,211**	-0,269*	-0,315**	-0,180*	-0,129	-0,328**	0,001	-0,030	-0,032	0,025	0,011	-0,193*	0,087
PRAG. NAR.	0,156*	1	0,346**	0,330**	0,240**	0,484**	-0,196	-0,175	-0,168*	-0,091	-0,109	-0,148	-0,124	-0,126	-0,136	-0,116	-0,162*	-0,324**
AGRESJA	0,145	0,346**	1	0,958**	0,627**	0,597**	-0,169	-0,102	-0,183*	-0,194	-0,029	-0,092	-0,142	-0,104	-0,087	-0,018	-0,119	-0,089
AGR. INNI	0,131	0,330**	0,958**	1	0,378**	0,584**	-0,117	-0,095	-0,137	-0,185	-0,009	-0,082	-0,149	-0,097	-0,069	0,003	-0,096	-0,092
AUTOAGR.	0,092	0,240**	0,627**	0,378**	1	0,351**	-0,269*	-0,076	-0,236**	-0,172	-0,089	-0,104	-0,077	-0,101	-0,124	-0,084	-0,146	-0,054
IMPULSYWN.	0,211**	0,484**	0,597**	0,584**	0,351**	1	-0,123	-0,224*	-0,239**	-0,105	-0,032	-0,055	-0,128	-0,106	-0,019	0,010	-0,338**	-0,158*
REL. SPOŁ. PRAC.	-0,269*	-0,196	-0,169	-0,117	-0,269*	-0,123	1	-	0,834**	0,733**	0,830**	0,275*	0,328**	0,279*	0,228*	0,195	0,338**	0,213*
REL. SPOŁ. NPR.	-0,315**	-0,175	-0,102	-0,095	-0,076	-0,224*	-	1	0,801**	-	0,763**	0,218	0,359**	0,271*	0,110	0,177	0,365**	0,219
REL. RODZ.	-0,180*	-0,168*	-0,183*	-0,137	-0,236**	-0,239**	0,834**	0,801**	1	0,390**	0,338**	0,254**	0,358**	0,273**	0,170*	0,225**	0,440**	0,235**
REL. ZAWOD.	-0,129	-0,091	-0,194	-0,185	-0,172	-0,105	0,733**	-	0,390**	1	0,586**	0,148	0,146	0,146	0,135	0,114	0,176	0,345**
REL. TOW.	-0,328**	-0,109	-0,029	-0,009	-0,089	-0,032	0,830**	0,763**	0,338**	0,586**	1	0,158*	0,221**	0,181*	0,104	0,099	0,119	0,040
WSP. SPOŁ.	0,001	-0,148	-0,092	-0,082	-0,104	-0,055	0,275*	0,218	0,254**	0,148	0,158*	1	0,887**	0,910**	0,934**	0,883**	0,221**	0,276**
WSP. EMO.	-0,030	-0,124	-0,142	-0,149	-0,077	-0,128	0,328**	0,359**	0,358**	0,146	0,221**	0,887**	1	0,852**	0,744**	0,680**	0,204**	0,229**
WSP. WART.	-0,032	-0,126	-0,104	-0,097	-0,101	-0,106	0,279*	0,271*	0,273**	0,146	0,181*	0,910**	0,852**	1	0,756**	0,697**	0,269**	0,308**
WSP. INF-INS.	0,025	-0,136	-0,087	-0,069	-0,124	-0,019	0,228*	0,110	0,170*	0,135	0,104	0,934**	0,744**	0,756**	1	0,811**	0,147	0,213**
WSP. DUCH.	0,011	-0,116	-0,018	0,003	-0,084	0,010	0,195	0,177	0,225**	0,114	0,099	0,883**	0,680**	0,697**	0,811**	1	0,165*	0,245**
POCZ. SKUT.	-0,193*	-0,162*	-0,119	-0,096	-0,146	-0,338**	0,338**	0,365**	0,440**	0,176	0,119	0,221**	0,204**	0,269**	0,147	0,165*	1	0,294**
MOTYWACJA	0,087	-0,324**	-0,089	-0,092	-0,054	-0,158*	0,213*	0,219	0,235**	0,345**	0,040	0,276**	0,229**	0,308**	0,213**	0,245**	0,294**	1

Tabela 8. Macierz korelacji wyników poszczególnych skal i podskal – zakończenie terapii

	PRAG. NAR.	AGRESJA	AGR. INNI	AUTOAGR.	IMPULSYWN.	REL. SPOŁ. PRAC.	REL. SPOŁ. NPR.	REL. RODZ.	REL. ZAWOD.	REL. TOW.	WSP. SPOŁ.	WSP. EMO.	WSP. WART.	WSP. INF-INS.	WSP. DUCH.	POCZ. SKUT.	MOTYWACJA
PRAG. NAR.	1	0,392**	0,288*	0,471**	0,410**	-0,203	-0,472**	-0,376**	-0,075	-0,070	-0,319**	-0,307**	-0,309**	-0,255*	-0,317**	-0,295*	-0,501**
AGRESJA	0,392**	1	0,953**	0,656**	0,686**	-0,404**	-0,414*	-0,365**	-0,578**	-0,150	-0,187	-0,186	-0,207	-0,159	-0,136	-0,295*	-0,127
AGR. INNI	0,288*	0,953**	1	0,398**	0,624**	-0,406**	-0,330	-0,327**	-0,580**	-0,160	-0,159	-0,202	-0,182	-0,132	-0,082	-0,220	-0,080
AUTOAGR.	0,471**	0,656**	0,398**	1	0,526**	-0,218	-0,403*	-0,293*	-0,315*	-0,056	-0,171	-0,061	-0,173	-0,153	-0,207	-0,346**	-0,185
IMPULSYWN.	0,410**	0,686**	0,624**	0,526**	1	-0,479**	-0,360	-0,362**	-0,470**	-0,274*	-0,066	-0,129	-0,107	0,007	-0,051	-0,294*	-0,124
REL. SPOŁ. PRAC.	-0,203	-0,404**	-0,406**	-0,218	-0,479**	1	-	0,862**	0,781**	0,807**	0,188	0,249	0,258	0,112	0,099	0,307*	0,207
REL. SPOŁ. NPR.	-0,472**	-0,414*	-0,330	-0,403*	-0,360	-	1	0,789**	-	0,666**	0,386*	0,367	0,278	0,420*	0,344	0,455*	0,337
REL. RODZ.	-0,376**	-0,365**	-0,327**	-0,293*	-0,362**	0,862**	0,789**	1	0,461**	0,311**	0,250*	0,267*	0,254*	0,201	0,212	0,346**	0,306**
REL. ZAWOD.	-0,075	-0,578**	-0,580**	-0,315*	-0,470**	0,781**	-	0,461**	1	0,702**	0,163	0,180	0,261	0,133	0,023	0,221	0,204
REL. TOW.	-0,070	-0,150	-0,160	-0,056	-0,274*	0,807**	0,666**	0,311**	0,702**	1	0,147	0,193	0,132	0,141	0,089	0,207	0,028
WSP. SPOŁ.	-0,319**	-0,187	-0,159	-0,171	-0,066	0,188	0,386*	0,250*	0,163	0,147	1	0,889**	0,954**	0,934**	0,867**	0,384**	0,343**
WSP. EMO.	-0,307**	-0,186	-0,202	-0,061	-0,129	0,249	0,367	0,267*	0,180	0,193	0,889**	1	0,890**	0,772**	0,661**	0,246*	0,393**
WSP. WART.	-0,309**	-0,207	-0,182	-0,173	-0,107	0,258	0,278	0,254*	0,261	0,132	0,954**	0,890**	1	0,839**	0,766**	0,364**	0,362**
WSP. INF-INS.	-0,255*	-0,159	-0,132	-0,153	0,007	0,112	0,420*	0,201	0,133	0,141	0,934**	0,772**	0,839**	1	0,736**	0,368**	0,291*
WSP. DUCH.	-0,317**	-0,136	-0,082	-0,207	-0,051	0,099	0,344	0,212	0,023	0,089	0,867**	0,661**	0,766**	0,736**	1	0,386**	0,240*
POCZ. SKUT.	-0,295*	-0,295*	-0,220	-0,346**	-0,294*	0,307*	0,455*	0,346**	0,221	0,207	0,384**	0,246*	0,364**	0,368**	0,386**	1	0,300*
MOTYWACJA	-0,501**	-0,127	-0,080	-0,185	-0,124	0,207	0,337	0,306**	0,204	0,028	0,343**	0,393**	0,362**	0,291*	0,240*	0,300*	1

5. ZASTOSOWANIE NARZĘDZIA – PROCEDURA BADANIA I OPIS METODY

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N) jest wielowymiarowym narzędziem służącym do określenia poziomu wskaźników, w obszarze których zmiana wyraża szeroko rozumianą skuteczność terapii. Podobną rolę w krajach anglojęzycznych odgrywa ASI (*Addiction Severity Index*)[6] mierzące postępy w terapii. Jednak KPST-N ma szersze spektrum zastosowania: umożliwia zebranie dokładnych informacji o charakterystycznych cechach uzależnienia osoby badanej, jej stanie zdrowia, przebiegu leczenia, problemach psychicznych; daje wgląd w dane dotyczące statusu socjoekonomicznego (w tym kwestii zatrudnienia i edukacji); pozwala w sposób pośredni (przez zastosowanie skal pomiarowych) zmierzyć poziom cech niepodlegających prostej ocenie, a istotnych z perspektywy efektów pracy terapeutycznej.

Do niniejszego raportu dołączono trzy wersje KPST-N, przeznaczone do użytku w praktyce terapeutycznej:

1. wersja: pomiar pierwszy (Załącznik 1A) – do zastosowania podczas rozpoczynania terapii. W wersji tej każdy badany wypełnia Skalę symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej; dodatkowo w części dotyczącej charakterystyki uzależnienia pojawiają się pytania o okres przed rozpoczęciem terapii;
2. wersja: pomiar drugi (Załącznik 1B) – do zastosowania na zakończenie terapii w celu zmierzenia bezpośrednich efektów pracy terapeutycznej. Przygotowana została w taki sposób, aby osoby, które zachowały abstynencję przez cały okres terapii, nie wypełniały pytań dotyczących zażywania narkotyków (w tym Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej);
3. wersja: pomiary po terapii (Załącznik 1C) – do zastosowania w dowolnym[7] okresie po terapii w celu zmierzenia odroczonych efektów pracy terapeutycznej. Podobnie jak wersja druga została przygotowana w taki sposób, by osoby trwające w abstynencji nie wypełniały pytań dotyczących zażywania narkotyków.

Zaznaczyć należy, że w każdej z trzech wersji KPST-N: Skala pragnienia narkotyku, Skala zachowań impulsywnych, Skala zachowań agresywnych, Skala relacji społecznych, Skala

[6] Polska wersja ASI zawiera niepełny (względem oryginału) zestaw pytań testowych.

[7] W trzeciej wersji KPST-N jest odniesienie do poprzedzających pomiar „ostatnich dwóch miesięcy" ponieważ pierwotnie narzędzie zostało przygotowane na potrzeby projektu z założonymi pomiarami w okresie 2. i 4. miesięcy po terapii. Jednak wartość tę można zamienić dowolnym okresem, w zależności od potrzeb osoby przeprowadzającej badanie.

wsparcia społecznego, Skala motywacji do zmiany i Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności są dokładnie takie same.

Narzędzie przygotowano w taki sposób, by mogło być wykorzystane zarówno jako ankieta do samodzielnego wypełnienia jak i wywiad prowadzony przez terapeutę. Użyte w całości daje możliwość dokładnego opisu sytuacji osoby badanej służąc tym samym uzupełnieniu diagnozy problemowej. Ważne jest jednak, że poszczególne skale KPST-N można wykorzystywać oddzielnie, w zależności od potrzeb. Poniżej zawarto podstawowe informacje o każdej ze skal KPST-N. Dokładny klucz do narzędzia zawiera Tabela 10. W opisie zastosowano kolejność skal zgodną z narzędziem.

Charakterystyka uzależnienia, przebieg leczenia i symptomy uzależnienia od narkotyków

Część ta zawiera w sobie ***Skalę symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej*** (opisaną poniżej) oraz pytania umożliwiające pełną charakterystykę uzależnienia osoby badanej od narkotyków, przebiegu leczenia i problemów zdrowotnych (w tym problemów psychicznych). Kończą ją pytania o popełnienie przestępstwa i podleganie środkowi izolacyjnemu. Część ta – poza Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – nie podlega punktacji, nie daje wyniku ogólnego dla skali.

Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej

Skala ta służy do pomiaru nasilenia symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Została opracowana na podstawie 11. wskaźników diagnostycznych według DSM-5. Tabela 9 zawiera informacje o przyporządkowaniu poszczególnych pytań KPST-N do odpowiadających im symptomów. Skala zawiera 13 pytań (pytanie 8. jest rozbite na podpytania a-g), na które udziela się dychotomicznej odpowiedzi („tak” lub „nie”).

Zasada punktowania odpowiedzi jest następująca: dla danego symptomu można uzyskać maksymalnie 1 punkt (niezależnie od liczby pytań, które mierzą dany symptom). Punkt ten oznacza spełnianie danego kryterium zaburzenia. Przykładowo: jeżeli badany odpowiedział „tak” na pierwsze pytanie to przypisujemy mu 1 punkt za pierwszy symptom, ale – jeżeli odpowiedział „tak” na pierwsze i drugie pytanie (obydwa mierzą pierwszy symptom) nadal przypisujemy badanemu 1 punkt. Tylko w sytuacji, gdy badany odpowie „nie” na pierwsze i drugie pytanie uzyska 0 punktów za pierwszy symptom zaburzenia.

Tabela 9. Symptomy zaburzenia i odpowiadające im pytania KPST-N

Symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej według DSM-5	Numery pytań KPST-N[a]
1. Jednostka przyjmuje substancję w większych ilościach lub przez dłuższy okres niż pierwotnie zamierzała.	1, 2
2. Jednostka wyraża silne pragnienie zaprzestania lub kontrolowania używania substancji lub wielokrotnie podejmuje nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania substancji.	3,4
3. Jednostka poświęca dużo czasu na pozyskiwanie, używanie substancji lub łagodzenie skutków jej działania.	5,6
4. Jednostka odczuwa głód wyrażony przez intensywne pragnienie lub przymus zażycia substancji, który może pojawić się w dowolnym czasie, ale najbardziej prawdopodobne jest, że pojawi się w środowisku, w którym wcześniej substancja była pozyskiwana lub używana.	7
5. Jednostka nie wypełnia obowiązków związanych z rolą pełnioną w domu, szkole lub pracy wskutek powtarzającego się używania substancji.	8a, 8b
6. Jednostka kontynuuje używanie substancji pomimo utrzymujących się lub nawracających problemów w relacjach społecznych lub interpersonalnych spowodowanych lub nasilających się przez używanie substancji.	-[b]
7. Jednostka porzuca lub redukuje ważne aktywności społeczne, zawodowe lub rekreacyjne z powodu używania substancji.	8c, 8d, 8e, 8f, 8g
8. Jednostka w sposób powtarzający się używa substancji w sytuacjach, gdy jest to zagrażające życiu lub zdrowiu.	9
9. Jednostka kontynuuje używanie substancji pomimo wiedzy o ciągłym lub nawracającym problemie somatycznym lub psychicznym, który prawdopodobnie został spowodowany lub zaostrzony przez substancję.	10
10. Jednostka doświadcza tolerancji, która występuje, gdy jednostka wymaga zwiększonej ilości substancji, aby uzyskać zamierzony rezultat lub odczuwa zmniejszony efekt przy użyciu tej samej co wcześniej dawki.	11, 12
11. Jednostka, która w sposób długotrwały i intensywny używała substancji, doświadcza objawów odstawiennych, które są syndromem pojawiającym się wtedy, gdy stężenie substancji we krwi lub tkankach spada u jednostki.	13

[a] Numery pytań odpowiadają wersji KPST-N „pomiar pierwszy". Dla wersji „pomiar drugi" i „pomiary po terapii" każdy numer jest wyższy o 1 (czyli numeracja od 2 do 14).
[b] W trakcie prac nad powstaniem KPST-N zrezygnowano z wykorzystania tego symptomu ze względu na jego niejednoznaczność dającą szerokie spektrum możliwych interpretacji znaczenia.

Uzyskaną liczbę punktów za spełniane kryteria należy zsumować. Wynik **0-1** oznacza **brak zaburzenia**; wynik **2-3** oznacza **łagodne nasilenie zaburzenia**, wynik **4-5** oznacza **umiarkowane nasilenie zaburzenia**, a wynik **6 i więcej** oznacza **znaczne nasilenie zaburzenia** związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (Morrison 2016).

Należy pamiętać, że skala ma charakter pomocniczy i służy przede wszystkim do sprawdzenia zmiany liczby przejawianych symptomów zaburzenia podczas kolejnych dwóch pomiarów. Nie należy traktować jej jako podstawy nozologicznej diagnozy.

Skala pragnienia narkotyku

Skala ta służy do pomiaru nasilenia dyspozycji określonej jako pragnienie narkotyku (głód narkotykowy). Składa się z 5. pytań, w odpowiedzi na które badany określa częstotliwość występowania określonych sytuacji lub stanów (na pięciostopniowej skali od „bardzo rzadko" do „bardzo często").

Zasada punktowania jest taka, że im wyższa częstotliwość, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie „bardzo rzadko” to 1 punkt, a „bardzo często” to 5 punktów). Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować. Im wyższy wynik tym silniejsze pragnienie narkotyku.

Skala sposobów reagowania

Część ta zawiera pytania odnoszące się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia. Składa się ona ze ***Skali zachowań impulsywnych*** oraz ***Skali zachowań agresywnych*** (opisane poniżej). Część ta nie daje rezultatu ogólnego dla skali (wyników Skali zachowań impulsywnych i Skali zachowań agresywnych nie wolno sumować razem).

Skala zachowań impulsywnych

Skala ta służy do pomiaru nasilenia skłonności do zachowań impulsywnych. Składa się z 15. pytań, w odpowiedzi na które badany określa częstotliwość reagowania w określony sposób (na pięciostopniowej skali od „bardzo rzadko” do „bardzo często”).

Zasada punktowania jest taka, że im wyższa częstotliwość, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie „bardzo rzadko” to 1 punkt, a „bardzo często” to 5 punktów). Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować. Im wyższy wynik tym większe nasilenie skłonności do zachowań impulsywnych.

Skala zachowań agresywnych

Skala ta służy do pomiaru nasilenia skłonności do zachowań agresywnych. Składa się z 25. pytań, w odpowiedzi na które badany określa częstotliwość reagowania w określony sposób (na pięciostopniowej skali od „bardzo rzadko” do „bardzo często”). Skalę tę budują dwie podskale: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (19 pytań) i autoagresji (6 pytań).

Zasada punktowania jest taka, że im wyższa częstotliwość, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie „bardzo rzadko” to 1 punkt, a „bardzo często” to 5 punktów). Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować, daje to wynik ogólny ze skali, natomiast zsumowanie punktów w ramach podskal daje wynik dla danej podskali. Im wyższy wynik tym większe nasilenie skłonności do zachowań agresywnych (ogólnie bądź konkretnego ich rodzaju wynikającego z użytej podskali).

Skala relacji społecznych

Skala ta służy do oceny poziomu zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi. Składa się z 20. pytań, w odpowiedzi na które badany określa, na ile dane stwierdzenie go dotyczy (na pięciostopniowej skali od „zdecydowanie nie" do „zdecydowanie tak"). Skalę tę budują trzy podskale: relacji rodzinnych (8 pytań), relacji towarzyskich (7 pytań) i relacji zawodowych (5 pytań).

Zasada punktowania jest taka, że im bardziej dane stwierdzenie dotyczy badanego, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie „zdecydowanie nie" to 1 punkt, a „zdecydowanie tak" to 5 punktów). Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować, daje to wynik ogólny ze skali, natomiast zsumowanie punktów w ramach podskal daje wynik dla danej podskali. Im wyższy wynik tym wyższy poziom zadowolenia z posiadanych relacji społecznych (ogólnie bądź konkretnego ich rodzaju wynikającego z użytej podskali). Jeżeli chodzi o podskalę relacji zawodowych to jest ona opcjonalna – w sytuacji, gdy badany nie pracuje może pominąć pytania tej podskali, a wtedy jego wynik ogólny interpretuje się jako poziom zadowolenia z relacji społecznych osób niepracujących.

W Skali relacji społecznych zawarto również pięć pytań odnoszących się do konfliktów. Pytania te nie są punktowane, służą lepszej ocenie jakości związków z innymi ludźmi.

Skala wsparcia społecznego

Skala ta służy do oceny poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Składa się z 24. pytań o osoby, na których pomoc badany może liczyć w opisanych sytuacjach. W odpowiedzi badany określa, jak bardzo jest zadowolony z ogólnie otrzymywanego od tych osób w danej sytuacji wsparcia (na sześciostopniowej skali, gdzie 0 oznacza brak wsparcia, 1 „bardzo niezadowolony", a 5 „bardzo zadowolony"). Skalę tę budują cztery podskale: wsparcia emocjonalnego (4 pytania), wsparcia wartościującego (7 pytań), wsparcia informacyjno-instrumentalnego (8 pytań) oraz wsparcia duchowego (5 pytań). Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego powstała z połączenia wsparcia informacyjnego i wsparcia instrumentalnego ze względu na występujące między nimi podobieństwa.

Zasada punktowania jest taka, że im bardziej badany jest zadowolony z otrzymywanego wsparcia, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie liczba punktów odpowiada liczbom przypisanym do poszczególnych odpowiedzi). Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować, daje to wynik ogólny ze skali, natomiast zsumowanie punktów w ramach podskal daje wynik dla danej podskali. Im wyższy wynik tym wyższy poziom zadowolenia

z otrzymywanego wsparcia społecznego (ogólnie bądź konkretnego rodzaju wynikającego z użytej podskali).

Skala samooceny

Część ta zawiera pytania odnoszące się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków. Składa się ona ze ***Skali motywacji do zmiany*** oraz ***Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności*** (opisane poniżej). Część ta nie daje rezultatu ogólnego dla skali (wyników Skali motywacji do zmiany i Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności nie wolno sumować razem).

Skala motywacji do zmiany

Skala ta służy do oceny poziomu motywacji do zmiany (polegającej na zaprzestaniu lub ograniczeniu zażywania środków psychoaktywnych). Składa się z 13. pytań w odpowiedzi na które badany określa, na ile dane stwierdzenie go dotyczy (na pięciostopniowej skali od „zdecydowanie nie" do „zdecydowanie tak").

Zasada punktowania jest taka, że im bardziej dane stwierdzenie dotyczy badanego, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie „zdecydowanie nie" to 1 punkt, a „zdecydowanie tak" to 5 punktów). Skala posiada dwa pytania odwrotnie diagnostyczne – dla tych pytań „zdecydowanie nie" to 5 punktów, a „zdecydowanie tak" to 1 punkt. Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować. Im wyższy wynik tym wyższy poziom motywacji do zmiany.

W skali motywacji do zmiany zawarto również pytanie numer 30, które nie jest pytaniem punktowanym, a dotyczy potencjalnych motywów, które skłoniły badanego do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Celem pozyskania takiej informacji jest próba określenia tego, czy badanym kieruje motywacja wewnętrzna, czy zewnętrzna. Jako zewnętrzne motywy uznano: naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół; groźbę utraty pracy; sądowy nakaz leczenia; pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych oraz strach przed konsekwencjami prawnymi. Wszystkie pozostałe motywy są przejawem motywacji wewnętrznej.

Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności

Skala ta służy do oceny poziomu ogólnego poczucia własnej skuteczności. Składa się z 16. pytań w odpowiedzi na które badany określa, na ile dane stwierdzenie go dotyczy (na pięciostopniowej skali od „zdecydowanie nie" do „zdecydowanie tak").

Zasada punktowania jest taka, że im bardziej dane stwierdzenie dotyczy badanego, tym więcej punktów należy przypisać (gdzie „zdecydowanie nie" to 1 punkt, a „zdecydowanie tak" to 5 punktów). Punkty za wszystkie odpowiedzi należy zsumować. Im wyższy wynik tym wyższy poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności.

Metryczka

Część ta umożliwia ocenę sytuacji społecznej i ekonomicznej osoby badanej. Zawiera pytania odnoszące się do podstawowych danych demograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny) oraz do kwestii zatrudnienia i edukacji.

Część dla osoby przeprowadzającej badanie (terapeuty)

Część ta umożliwia zebranie podstawowych danych o terapii badanego, m.in. czas trwania, udzielone formy pomocy, stosowane podejścia terapeutyczne.

Zastosowanie KPST-N daje konkretne korzyści w praktyce terapeutycznej. Wykonanie badania przy jego użyciu na początku i na końcu terapii u konkretnego pacjenta pozwala porównać otrzymane wyniki w ramach poszczególnych wskaźników skuteczności. Różnica w wynikach odzwierciedla stopień zaistniałej zmiany. Narzędzie jednak nie posiada norm w związku z czym nie można porównać wyniku badanego do wyników populacji osób objętych leczeniem uzależnień.

Inną możliwością wykorzystania niniejszego narzędzia – na początku terapii – jest zestawienie otrzymanych wyników z maksymalną liczbą punktów możliwą do uzyskania w ramach poszczególnych skal (wskaźników skuteczności). Duże rozbieżności pomiędzy pożądanymi z perspektywy terapii poziomami cech, a wynikami badanego wskazują na obszary wymagające zintensyfikowanych oddziaływań. Takie wykorzystanie KPST-N pomoże adekwatnie profilować oddziaływania terapeutyczne.

Tabela 10. Klucz do skal i podskal KPST-N

Skala	Liczba pytań	Numery pytań / Pytania odwrotnie diagnostyczne	Suma punktów
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	**13**	**Numery pytań:** 1-13*	**0-13**
Skala pragnienia narkotyku	**5**	**Numery pytań:** 1-5	**5-25**
Skala sposobów reagowania[a], w tym:			
Skala zachowań impulsywnych	**15**	**Numery pytań:** 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 22, 36, 40	**15-75**
Skala zachowań agresywnych	**25**	**Numery pytań:** 3, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39	**25-125**
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	19	**Numery pytań:** 3, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 37	19-95
Podskala autoagresji	6	**Numery pytań:** 32, 33, 34, 35, 38, 39	6-30
Skala relacji społecznych	**20**	**Numery pytań:** 1-20	**20-100**
Podskala relacji rodzinnych	8	**Numery pytań:** 1, 2, 5, 6, 10, 12, 13, 14	8-40
Podskala relacji towarzyskich	7	**Numery pytań:** 3, 9, 15, 16, 17, 18, 20	7-35
Podskala relacji zawodowych	5	**Numery pytań:** 4, 7, 8, 11, 19	5-25
Skala wsparcia społecznego	**24**	**Numery pytań:** 1-24	**0-120**
Podskala wsparcia emocjonalnego	4	**Numery pytań:** 1, 2, 4, 5	0-20
Podskala wsparcia wartościującego	7	**Numery pytań:** 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11	0-35
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	8	**Numery pytań:** 12, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24	0-40
Podskala wsparcia duchowego	5	**Numery pytań:** 13, 14, 19, 21, 22	0-25
Skala samooceny[b], w tym:			
Skala motywacji do zmiany	**13**	**Numery pytań:** 4, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24 **Pytania odwrotnie diagnostyczne:** 11, 23	**13-65**
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	**16**	**Numery pytań:** 1, 2, 3, 5, 6, 10, 13, 14, 15, 18, 21, 25, 26, 27, 28, 29	**16-80**

* Numery pytań odpowiadają wersji KPST-N „pomiar pierwszy". Dla wersji „pomiar drugi" i „pomiary po terapii" są to pytania od 2 do 14.

[a] Połączenie Skali zachowań impulsywnych i Skali zachowań agresywnych w Skalę sposobów reagowania było zabiegiem językowym mającym na celu uniknięcie sugerowania respondenta. Dla Skali sposobów reagowania nie oblicza się wyniku.

[b] Połączenie Skali motywacji do zmiany i Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności w Skalę samooceny było zabiegiem językowym mającym na celu uniknięcie sugerowania respondenta. Dla Skali samooceny nie oblicza się wyniku.

Na potrzeby realizacji projektu przygotowano przedziały punktowe dla określenia nasilenia poszczególnych zmiennych. Stopnie nasilenia powstały przez podzielenie na równe części liczby punktów możliwych do uzyskania z danej skali lub podskali. Dokładne informacje o przedziałach punktowych zawiera **Tabela 11**, **Tabela 12**, **Tabela 13** oraz **Tabela 14**. Należy jednak

pamiętać, że nie są to normy, a tylko wartości orientacyjne pomagające systematyzować zbierane dane.

Tabela 11. Przedziały punktowe dla nasilenia poszczególnych zmiennych

NASILENIE	Pragnienie narkotyku	Zachowania impulsywne	Zachowania agresywne	Agresja przeciwko innym ludziom lub rzeczom	Autoagresja
Bardzo słabe	5 – 9	15 – 27	25 – 45	19 – 34	6 – 10
Słabe	10 – 13	28 – 39	46 – 65	35 – 50	11 – 15
Umiarkowane	14 – 17	40 – 51	66 – 85	51 – 65	16 – 20
Silne	18 – 21	52 – 63	86 – 105	66 – 80	21 – 25
Bardzo silne	22 – 25	64 – 75	106 – 125	81 – 95	26 – 30

Tabela 12. Przedziały punktowe dla poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego

POZIOM ZADOWOLENIA	Wsparcie społeczne	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie wartościujące	Wsparcie informacyjno-instrumentalne	Wsparcie duchowe
Bardzo niski	0 – 24	0 – 4	0 – 7	0 – 8	0 – 5
Niski	25 – 48	5 – 8	8 – 14	9 – 16	6 – 10
Przeciętny	49 – 72	9 – 12	15 – 21	17 – 24	11 – 15
Wysoki	73 – 96	13 – 16	22 – 28	25 – 32	16 – 20
Bardzo wysoki	97 – 120	17 – 20	29 – 35	33 – 40	21 – 25

Tabela 13. Przedziały punktowe dla poziomu zadowolenia z relacji społecznych

POZIOM ZADOWOLENIA	Relacje społeczne (pracujący)	Relacje społeczne (niepracujący)	Relacje rodzinne	Relacje towarzyskie	Relacje zawodowe
Bardzo niski	20 – 36	15 – 27	8 – 14	7 – 12	5 – 9
Niski	37 – 52	28 – 39	15 – 21	13 – 18	10 – 13
Przeciętny	53 – 68	40 – 51	22 – 28	19 – 24	14 – 17
Wysoki	69 – 84	52 – 63	29 – 34	25 – 30	18 – 21
Bardzo wysoki	85 – 100	64 – 75	35 – 40	31 – 35	22 – 25

Tabela 14. Przedziały punktowe dla poziomu motywacji do zmiany i ogólnego poczucia własnej skuteczności

POZIOM	Motywacja do zmiany	Ogólne poczucie własnej skuteczności
Bardzo niski	13 – 23	16 – 28
Niski	24 – 34	29 – 41
Przeciętny	35 – 45	42 – 54
Wysoki	46 – 55	55 – 67
Bardzo wysoki	56 – 65	68 – 80

Zrealizowany w ramach projektu zakres czynności nie obejmował pełnej standaryzacji narzędzia badawczego, gdyż nie zawierał badań mających na celu opracowanie norm dla tego narzędzia. Przeprowadzenie takiej standaryzacji wymagałoby kolejnego pomiaru z użyciem KPST-N na reprezentatywnej próbie osób uzależnionych od narkotyków rozpoczynających terapię. Następnie badania musiałyby zostać powtórzone na tej samej próbie badawczej kończącej terapię. Dopiero zestawienie tych dwóch pomiarów dałoby możliwość opracowania norm dla tego narzędzia.

II. BADANIA WŁAŚCIWE

1. ZASTOSOWANA METODOLOGIA
(opracowanie: Łukasz Szwejka)

1.1. CEL BADAŃ

W niniejszym projekcie celem badania było określenie bezpośrednich i odroczonych efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków w ramach szerokiego układu wskaźników skuteczności. Z tego względu przyjęto schemat prowadzenia badań, zgodnie z którym dokonano 4 pomiarów. Pierwszy pomiar przeprowadzono w momencie rozpoczęcia terapii, drugi bezpośrednio po zakończeniu oddziaływania, w dalszej kolejności dokonano dwóch pomiarów obejmujących okres do 6. miesięcy po zakończeniu terapii oraz w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Zestawienie wyników badań z pierwszego oraz drugiego pomiaru umożliwiło określenie bezpośrednich efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków. Natomiast włączenie do analizy wyników z pomiaru do 6. miesięcy po zakończeniu terapii oraz powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii dało podstawy do określenia odroczonych efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków.

1.2. PROBLEMY BADAWCZE

W badaniach sformułowano szereg problemów badawczych. Ze względu na wieloaspektowy charakter badań, nie dokonano klasycznej problematyzacji na pytanie główne oraz szczegółowe, albowiem bardziej adekwatne okazało się podzielenie problemów badawczych na dotyczące relacji pomiędzy zmiennymi oraz pomocnicze pytania, obejmujące wartości poszczególnych zmiennych w określonym czasie dokonania pomiaru.

W związku z niniejszym pytanie badawcze dotyczące relacji pomiędzy zmiennymi przyjęło następującą formę:

1. Jaka jest różnica pomiędzy bieżącymi efektami ambulatoryjnej i stacjonarnej formy terapii w obrębie określonych wskaźników skuteczności?

Natomiast pytania pomocnicze obejmujące wartości poszczególnych zmiennych, zostały sformułowane w następujący sposób:

2. Jaki jest współczynnik abstynencji podczas kolejnych pomiarów?
3. Jaka jest częstotliwość występowania problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków oraz jego długofalowymi konsekwencjami?
4. Jaki jest poziom poszczególnych problemów psychicznych podczas kolejnych pomiarów?
5. Jaki jest poziom motywacji do osiągnięcia i podtrzymania abstynencji podczas kolejnych pomiarów?
6. Jakie jest nasilenie pragnienia narkotyku podczas kolejnych pomiarów?
7. Jaki jest poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności podczas kolejnych pomiarów?
8. Jak jest poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (ogólnego i poszczególnych rodzajów) podczas kolejnych pomiarów?
9. Jakie jest nasilenie zachowań impulsywnych podczas kolejnych pomiarów?
10. Jakie jest ogólne nasilenie zachowań agresywnych oraz nasilenie poszczególnych typów zachowań agresywnych (agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, autoagresji) podczas kolejnych pomiarów?
11. Jaki jest ogólny poziom zadowolenia z relacji społecznych oraz poziom zadowolenia z poszczególnych rodzajów relacji społecznych (rodzinnych, towarzyskich, zawodowych) podczas kolejnych pomiarów?
12. Jaka jest sytuacja zawodowa badanych podczas kolejnych pomiarów?
13. Jaki jest współczynnik przestępczości podczas kolejnych pomiarów?
14. Z jaką częstotliwością badani podlegają środkowi izolacyjnemu podczas kolejnych pomiarów?

1.3. DOBÓR ZMIENNYCH ORAZ WSKAŹNIKÓW

W niniejszym projekcie określono ogólną pulę zmiennych poddanych analizie. Ponadto wytypowano grupę zmiennych, które mogą różnicować osiągnięcie efektu terapii i z tego względu zostały one poddane kontroli. Do zmiennych dobrano wskaźniki, które pozwolą precyzyjnie mierzyć ich wartość.

Tabela 15.Układ zmiennych i wskaźników

Zmienna	Wskaźnik[a]
Abstynencja	• Liczba dni pozostawania w abstynencji – określona na podstawie udzielonych przez respondentów odpowiedzi na pytanie dotyczące abstynencji • Deklarowana przez respondentów abstynencja lub jej brak– określona na podstawie odpowiedzi na pytanie dotyczące abstynencji.
Forma terapii	• Ambulatoryjna lub stacjonarna – określona na podstawie odpowiedzi na pytanie dotyczące formy terapii.
Problemy zdrowotne	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania dotyczące częstotliwości problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków lub ich długofalowych konsekwencji
Problemy psychiczne	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania dotyczące problemów psychicznych
Popełnienie przestępstwa	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pozycję kwestionariuszową odnoszącą się do popełnienia przestępstwa
Środek izolacyjny	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pozycję kwestionariuszową odnoszącą się do podlegania środkowi izolacyjnemu
Zaburzenie związane z używaniem substancji psycho-aktywnej	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej
Pragnienie narkotyku	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali pragnienia narkotyku
Zadowolenie ze wsparcia społecznego	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali wsparcia społecznego
Ogólne poczucie własnej skuteczności	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pozycje kwestionariuszowe odnoszące się do skali ogólnego poczucia własnej skuteczności
Motywacja do zmiany	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali motywacji do zmiany
Zadowolenie z relacji społecznych	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali relacji społecznych
Zachowania impulsywne	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali zachowań impulsywnych
Zachowania agresywne	• Udzielona przez respondentów odpowiedź na pytania odnoszące się do skali zachowań agresywnych

[a] Pomiar dokonywano przy wykorzystaniu autorskiego narzędzia: Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N)

Ponadto wyróżniono zmienne charakteryzujące sytuację osób badanych, w tym: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie oraz bieżącą sytuację edukacyjną, bieżącą sytuację zawodową, rodzaj stosowanej substancji psychoaktywnej, występowanie innych uzależnień oraz rodzaj terapii.

1.4. METODY I NARZĘDZIA BADAWCZE

Ze względu na specyfikę i złożoność problematyki badawczej jako najbardziej adekwatną przyjęto metodę sondażu diagnostycznego. Metoda ta *jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje* (Pilch, Bauman, 2001, s. 80). Założono bowiem, że zaistniałe efekty terapeutyczne na każdym etapie dokonanego pomiaru mogą być mierzone z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety. W tym celu skonstruowano Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N), którego proces powstawania oraz sposób wykorzystania zawarto w Rozdziale I.5. Narzędzie to zawiera szereg skal, umożliwiających dokonanie pomiaru: charakterystyki uzależnienia; przebiegu leczenia; symptomów uzależnienia od narkotyków; pragnienia narkotyku; sposobów reagowania (w tym nasilenia zachowań impulsywnych i agresywnych); zadowolenia z relacji społecznych; oceny otrzymywanego wsparcia społecznego; poczucia własnej skuteczności; cech socjo-demograficznych. Narzędzie to zawiera również sekcję dla terapeuty, występującego w roli badacza terenowego, który dokonuje opisu badanych w zakresie: techniki przeprowadzenia badań; typu placówki; daty rozpoczęcia oraz zakończenia terapii; formy terapii; podejścia terapeutyczne; czasu trwania programu terapeutycznego; częstotliwości indywidualnej sesji terapeutycznej. Wersje narzędzia KPST-N wykorzystane w badaniach właściwych zawarto w Załączniku 2[8].

Ponadto w badaniach wykorzystano metodę studium przypadku (*case study*). Jest to metoda analizy jednostkowych przypadków, tutaj losów ludzkich, uwikłanych w konkretne uwarunkowania. Jej celem jest jak najlepsze zobrazowanie sytuacji przebadanej osoby, a co za tym idzie – dokładniejsze zrozumienie zachodzącego procesu i wyciągnięcie wniosków (Kożuch, Marzec 2014). Studium jest analizą jakościową pozwalającą uchwycić te uwarunkowania i zależności, które umykają przy wykorzystaniu statystycznych (więc z natury uogólniających) metod analizy danych. Z tego względu dane dotyczące wszystkich osób, które wzięły udział w pomiarze w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, poddano analizie metodą studium przypadku.

[8] Wersję użytą w badaniach właściwych zmodyfikowano nieznacznie (przede wszystkim w zakresie wstępu do narzędzia i dodatkowego pytania o zakładany cel terapii) aby dostosować ją do użytku w praktyce terapeutycznej (por. Załącznik 1).

1.5. DOBÓR PRÓBY

(opracowanie: Małgorzata Piasecka, Łukasz Szwejka)

Dobór próby przeprowadzono metodą doboru losowego, warstwowego (Babbie 2008, s. 211-212). Badaniami zostały objęte osoby uzależnione od narkotyków w trakcie terapii w placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych, powyżej 18 roku życia. Warstwę losowania stanowiła forma terapii (stacjonarna lub ambulatoryjna). Pierwszym krokiem było losowanie z tej warstwy stacjonarnych i ambulatoryjnych placówek prowadzących terapię osób uzależnionych od narkotyków na terenie całej Polski (opracowano operat placówek stacjonarnych, w których czas trwania programu wynosi 3-6 miesięcy – krótkoterminowe – skierowanych dla osób powyżej 18 r. ż. oraz operat placówek ambulatoryjnych z ofertą skierowaną dla osób uzależnionych).

Zgodnie z danymi pozyskanymi z wyszukiwarki placówek zamieszczonej na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, placówek stacjonarnych, w których czas trwania programu wynosi 3-6 miesięcy (krótkoterminowych) przyjmujących osoby powyżej 18 roku życia było 23, natomiast placówek ambulatoryjnych z ofertą skierowaną do osób uzależnionych 313. Operaty losowania opracowano w oparciu o niniejszą wyszukiwarkę placówek.

Ze względu na odmowy wzięcia udział w badaniach lub niespełnienie kryteriów włączenia placówki do badań, kilkakrotnie trzeba było dokonać ponownego losowania placówek. Etap ten ze względu na odmowy wzięcia udziału placówek w badaniach był czasochłonny i wymagał dużej intensywności działań związanych z kontaktem z placówkami. W efekcie uzyskano zgody na udział w badaniach w 9 placówkach stacjonarnych, w których terapia trwała do 6 miesięcy oraz w 15 placówkach ambulatoryjnych zlokalizowanych na terenie całego kraju.

Placówki stacjonarne, które przystąpiły do badań to:

- Milickie Centrum Medyczne – Oddział terapii uzależnień,
- Stowarzyszenie "Monar" Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Łodzi,
- Stowarzyszenie "Monar" Ośrodek Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Krakowie,
- Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu – Oddział Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych,
- Krótkoterminowy Ośrodek Leczenia Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Warszawie,
- Ośrodek Leczenia Uzależnień Promaind w Miłkowie,
- Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan” Ośrodek Readaptacyjny dla Osób Uzależnionych w Bogucinie,
- Stowarzyszenie „Monar” Krótkoterminowy Ośrodek Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Budach Zosinych,
- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu – Oddział Krótkoterminowej Terapii Uzależnień.

Placówki ambulatoryjne, które przystąpiły do badań to:

- Stowarzyszenie "Monar" Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Krakowie,
- Ośrodek Terapeutyczny „Szansa” w Gorzowie Wielkopolskim,
- Stowarzyszenie MONAR Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Jeleniej Górze,
- Stowarzyszenie "Nadzieja Rodzinie" w Kielcach,
- Punkt Konsultacyjny dla Osób Uzależnionych i ich Rodzin „Zdrowa Szkoła” w Starachowicach,
- Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych w Zgorzelcu,
- Stowarzyszenie „Monar” Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień dla Młodzieży we Wrocławiu,
- Fundacja „Maraton” Poradnia Profilaktyki Środowiskowej w Warszawie,
- Stowarzyszenie Profesjonalistów Psychoterapii i Psychoedukacji „Wspólna” w Warszawie,
- Częstochowskie Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U” Oddział Wojewódzki Poradnia Terapii Uzależnienia Od Substancji Psychoaktywnych w Częstochowie,
- Stowarzyszenie „Jump” Poradnia Leczenia Uzależnień w Warszawie,
- Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny „Karan” Poradnia Uzależnień w Rzeszowie,
- Ośrodek Leczenia Uzależnień SP ZOZ w Lublinie,
- Przychodnia Terapii Uzależnień od Środków Psychoaktywnych i Współuzależnienia przy Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni,
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Profilaktyki, Diagnozy i Terapii Zdrowia Psychicznego „Rodzina” w Chełmie.

W kolejnym kroku nastąpił dobór wszystkich osób, które w okresie pomiędzy 16.10.2018 rokiem a 12.04.2019 rokiem rozpoczęły terapię w wylosowanych placówkach stacjonarnych oraz ambulatoryjnych. Kryterium włączenia do badań było: uzależnienie od narkotyków (diagnoza nozologiczna zgodnie z ICD-10), minimum 18. rok życia, zgoda na udział w badaniach.

Do udziału w pierwszym etapie badań zostało włączonych 175 osób, z czego 89 podejmowało terapię w formie ambulatoryjnej, natomiast 86 w formie stacjonarnej. Z próby tej, do udziału w drugim pomiarze, na zakończenie terapii, udział wzięło 72 osoby (46 z placówek ambulatoryjnych i 26 z placówek stacjonarnych). W trzecim pomiarze uwzględniającym okres do 6. miesięcy po zakończeniu terapii wzięło udział 29 osób, natomiast w pomiarze czwartym powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii zaledwie 19 osób. Podstawowe informacje o badanej próbie zamieszczono w Rozdziale II.2. niniejszego raportu, a pełną charakterystykę osób biorących udział w badaniach przedstawiono w Szczegółowym raporcie z wynikami badań właściwych (Załącznik 3, Rozdział 1.).

1.6. OPIS REALIZACJI BADAŃ WŁAŚCIWYCH
(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

Przed przystąpieniem do badań właściwych został złożony wniosek do Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Jagiellońskiego o wydanie opinii o projekcie badawczym. W dniu 5 października 2018 r. otrzymano pozytywną opinię dotyczącą badań naukowych, które miały być realizowane pod kierunkiem dr Małgorzaty Piaseckiej w ramach projektu pn. *Ocena bezpośrednich i odroczonych efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków. Model czynników warunkujących* wydaną przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Filozoficznym UJ.

Kolejno przystąpiono do realizacji badań właściwych, które zostały przeprowadzone w okresie od października 2018 roku do grudnia 2019 roku. Na początku realizacji został podjęty kontakt telefoniczny z placówkami ambulatoryjnymi oraz stacjonarnymi w celu uzyskania zgód dyrekcji tych placówek na udział w badaniach. Na tym etapie – ze względu na częste odmowy udziału – konieczne było wykonanie dodatkowych losowań próby w celu uzupełnienia liczebności placówek (szczegółowe informacje o doborze próby do badań zawiera Rozdział II.1.5.). Ostatecznie badania przeprowadzono w 9. placówkach stacjonarnych i 15. ambulatoryjnych.

W placówkach biorących udział w badaniach przez realizatorów projektu zostało przeprowadzone szkolenie osób mających realizować pierwsze dwa pomiary oraz nastąpiło przekazanie kwestionariuszy KPST-N (wersja: pomiar pierwszy, zob. Załącznik 2A). Etap ten został zrealizowany w okresie październik – grudzień 2018 roku.

Schemat prowadzenia badań zakładał dokonanie czterech pomiarów:

1. pomiar pierwszy w momencie rozpoczynania terapii przez osobę badaną (pomiar początkowy)
2. pomiar drugi bezpośrednio po zakończeniu terapii
3. pomiar trzeci w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii
4. pomiar czwarty w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii (pomiar końcowy).

Pierwszy pomiar rozpoczął się zaraz po szkoleniach i przekazaniu materiałów, czyli w październiku 2018 roku. Osoby badane przed przystąpieniem do badań zostały zapoznane z ich celem i procedurą oraz wyraziły pisemną zgodę na udział. Okres zbierania danych w ramach pierwszego pomiaru został przedłużony w stosunku do wcześniej założonego, jednak

i tak nie udało się zakończyć go z osiągniętą zakładaną liczebnością próby. Było to spowodowane tym, iż w placówkach wystąpiła duża różnorodność liczby osób przyjętych na terapię w założonym okresie. Mimo to zgromadzona próba pozwoliła na przejście do kolejnego etapu badań. Uzyskano dane z 9 placówek stacjonarnych i 13 ambulatoryjnych (w 2 placówkach ambulatoryjnych w okresie prowadzenia pierwszego pomiaru nie przyjęto nowych osób na terapię, w związku z czym badacze terenowi nie mieli od kogo zebrać danych). W pierwszym pomiarze wzięło udział 175 respondentów.

Drugi pomiar zrealizowano na zakończenie terapii. Wówczas osoby badane ponownie zostały poproszone o wypełnienie kwestionariusza KPST-N (wersja: pomiar drugi, zob. Załącznik 2B). Etap ten trwał do końca lipca 2019 roku i był indywidualny dla każdego badanego (zależny od czasu trwania terapii). Terenem badań podobnie jak w przypadku pierwszego pomiaru były placówki leczenia uzależnień, w których osoby badane odbywały terapię. Dane były zbierane nie we wszystkich placówkach, które uczestniczyły w pierwszym pomiarze. Wynikało to z tego, iż były placówki, w których wszystkie osoby rozpoczynające terapię i biorące udział w pierwszym pomiarze nie ukończyły terapii ze względu na jej przerwanie (3 placówki) lub jej przedłużenie (1 placówka). W efekcie uzyskano zwrot kwestionariuszy z pomiaru realizowanego na zakończenie terapii z 18 placówek (10 ambulatoryjnych i 8 stacjonarnych). W drugim pomiarze wzięły udział 72 osoby. Pozostałe osoby, które wzięły udział w pierwszym pomiarze, nie wzięły udziału w drugim etapie badań ze względu na to, że zrezygnowali z terapii lub nie ukończyli jej w okresie przeprowadzania drugiego pomiaru (terapia przedłużona u 14 osób ze względów indywidualnych) lub też ich kwestionariusze zostały przesłane po czasie zbierania danych (pomimo wcześniejszego wypełnienia).

Trzeci pomiar był prowadzony za pomocą platformy internetowej, gdyż założono, że po ukończeniu terapii osoby mogą nie pozostawać w kontakcie bezpośrednim z placówką, w której odbywały terapię. Z osobami, które wzięły udział w pomiarze na zakończenie terapii, podjęto kontakt telefoniczny oraz mailowy w celu przekazania adresu strony internetowej, na której umieszczony był kwestionariusz (KPST-N, wersja: pomiar po terapii, zob. Załącznik 2C) wraz z instrukcją wypełniania. Kontakt ten był powtarzany w celu uzyskania jak największej liczby wypełnionych kwestionariuszy, jednak część osób nie odpowiadała na wiadomości mailowe, nie odbierała telefonu lub też numer kontaktowy był nieaktywny. 4 osoby zrezygnowały z udziału w badaniach. 9 osób wypełniło ankietę w czasie powyżej 6. miesięcy od ukończenia terapii, więc zebrane dane należało już zakwalifikować do czwartego pomiaru. Pomiar trzeci (okres do

6. miesięcy po zakończeniu terapii) był prowadzony do końca września 2019 roku. W badaniu wzięło udział 29 osób.

Czwarty pomiar (okres powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) odbył się w sposób analogiczny do pomiaru trzeciego (z badanymi został nawiązany kontakt telefoniczny oraz mailowy z prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety umieszczonego na stronie internetowej). Pomiar czwarty został zakończony na początku grudnia 2019 r. i wzięło w nim udział 19 osób. Tym samym zakończono zbieranie danych.

1.7. ANALIZA STATYSTYCZNA DANYCH

W ramach analizy materiału empirycznego dla danych zgromadzonych w momencie rozpoczęcia oraz zakończenia przez badanych terapii, wyniki przedstawiono z podziałem na typ placówki (ambulatoryjne, stacjonarne), przedstawiano również wyniki dla całej próby. Natomiast począwszy od trzeciego do czwartego pomiaru, czyli w okresie, w którym badani nie znajdowali się już w programie terapeutycznym, wyniki prezentowano wyłącznie dla całej próby.

Dla danych jakościowych zestawiono częstości udzielonych przez badanych odpowiedzi, wraz z zestawieniami procentowymi. Natomiast dla danych ilościowych przedstawiono podstawowe parametry opisujące próbę, dokonano również porównań pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez badanych w poszczególnych pomiarach. Początkowo porównano różnice w wynikach dla pomiaru pierwszego (w okresie rozpoczęcia przez badanych terapii) oraz pomiaru drugiego (w okresie zakończenia terapii). Na tym etapie badań sprawdzono również występowanie istotnych różnic pomiędzy wynikami dla badanych z poszczególnych typów placówek (ambulatoryjne, stacjonarne). Natomiast począwszy od trzeciego (do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) do czwartego pomiaru (powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii), dokonano dwóch rodzajów porównań pomiędzy wynikami dla całej próby: [1] pomiędzy wynikami uzyskanymi w pierwszym, drugim oraz trzecim pomiarze; [2] pomiędzy wynikami pierwszego, drugiego oraz czwartego pomiaru (z wyłączeniem pomiaru trzeciego, co było spowodowane dużą ilością braków danych na dalszych pomiarach).

Uzyskane wyniki zamieszczono w Szczegółowym raporcie z wynikami badań właściwych (Załącznik 3). Wyniki przedstawiono w formie tabel oraz wykresów, dokonując jednocześnie ich opisu i interpretacji.

2. OPIS PRZEBADANEJ PRÓBY

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

W badaniu, w pierwszym pomiarze, udział wzięło 175 osób (89 osób podejmowało terapię ambulatoryjną, natomiast 86 badanych terapię stacjonarną). Za zbieranie danych odpowiedzialni byli terapeuci z poszczególnych placówek, występujących w roli badaczy terenowych. W próbie tej przeważającą większość stanowili mężczyźni (ponad 88% odpowiedzi). W przypadku stanu cywilnego, większość badanych deklarowało, że jest sama (ponad 60%). Stosunkowo dużo było również osób żyjących w związkach nieformalnych (ponad 20%), natomiast najmniej liczną kategorię stanowiły osoby w separacji (ponad 1%). Badani warunki mieszkaniowe najczęściej oceniali jako dobre (ponad 41% odpowiedzi), natomiast najrzadziej pojawiała się odpowiedz wskazująca bardzo złe warunki (3,47%). W przypadku wykształcenia, w badanej próbie dominowało średnie (ponad 42%). Z najmniejszą częstotliwością pojawiało się wykształcenie podstawowe nieukończone (ponad 0,5%). W kwestii związanej z edukacją, przeważająca większość badanych nie kontynuowała nauki (ponad 81%). W przypadku zatrudnienia dominowały osoby bezrobotne (ponad 43%), przy czym zasadnicze różnice występowały pomiędzy osobami z placówek ambulatoryjnych (ponad 33% bezrobotnych) i stacjonarnych (56% bezrobotnych). Jako źródło dochodu badani najczęściej podawali pracę zarobkową (50% odpowiedzi) oraz brak dochodu (ponad 34%). W badanej próbie nie było osób przebywających na emeryturze.

W drugim pomiarze, na zakończenie terapii, wzięły udział jedynie 72 osoby (46 z placówek ambulatoryjnych i 26 z placówek stacjonarnych). Podobnie jak w pierwszym pomiarze, za zgromadzenie materiału empirycznego odpowiedzialni byli terapeuci z poszczególnych placówek. Ponad 83% próby stanowili mężczyźni. W przypadku stanu cywilnego dominowały wskazania na bycie samotnym (ponad 60%). Liczną grupę stanowiły również osoby żyjące w związku nieformalnym (ponad 20%). W okresie zakończenia terapii nastąpiła poprawa w zakresie oceny warunków mieszkaniowych. Najwięcej wskazań świadczyło o dobrych (ponad 47%) i bardzo dobrych (40%) warunkach mieszkaniowych. W przypadku wykształcenia, w okresie zakończenia terapii w badanej próbie dominowało średnie (ponad 45%). W kwestii związanej z edukacją, przeważająca większość badanych nie kontynuowała nauki (ponad 78%). W przypadku statusu zatrudnienia dominowały osoby aktywne zawodowo (ponad 48%), przy czym jako źródło dochodu badani najczęściej deklarowali pracę zarobkową (ponad 56%) oraz brak dochodu (ponad 26%).

W trzecim pomiarze uwzględniającym okres do 6. miesięcy po terapii udział wzięło 29 osób, z czego ponad 86% stanowili mężczyźni. W badanej próbie jako stan cywilny, najczęściej wskazywana była odpowiedz byciu samotnym (ponad 68%), liczną kategorię stanowiły również osoby żyjące w związkach nieformalnych (ponad 20%). Warunki mieszkaniowe badani najczęściej oceniali jako dobre (ponad 55%) oraz bardzo dobre (ponad 37%). Na pytanie dotyczące wykształcenia, najczęściej badani deklarowali średnie (ponad 55%) oraz policealne i zawodowe (po 10,34%). W trzecim pomiarze jedynie 7 badanych kontynuowało naukę (ponad 24%). Natomiast w zakresie zatrudnienia, aktywnych zawodowo było ponad 58% respondentów. Dla większości badanych podstawowym źródłem dochodu była praca zarobkowa (ponad 68% odpowiedzi). Stosunkowo często pojawiała się odpowiedz świadcząca o braku dochodu (ponad 24%).

W czwartym pomiarze, obejmującym okres powyżej 6. miesięcy po zakończeniu w badaniach pozostało jedynie 19 osób, z czego ponad 77% stanowili mężczyźni. W kwestii stanu cywilnego, najwięcej badanych było samotnych (ponad 55%), drugą co do liczebności kategorię stanowiły osoby rozwiedzione (ponad 22%). Warunki mieszkaniowe najczęściej oceniane były jako bardzo dobre (ponad 55%) i dobre (ponad 44%). Podobnie jak w poprzednich pomiarach, również w pomiarze czwartym najwięcej osób deklarowało średnie wykształcenie (ponad 38%). W całej próbie kontynuowało naukę ponad 33% respondentów. Aktywnych zawodowo było ponad 77% badanych. Jako źródło dochodu najczęściej wskazywano na pracę zawodową (ponad 68%) oraz świadczenia socjalne (ponad 15%).

Pełna charakterystyka badanej próby znajduje się w Rozdziale 1. Szczegółowego raportu z wynikami badań właściwych, który stanowi Załącznik 3 do niniejszego raportu.

3. REZULTATY BADAŃ WŁAŚCIWYCH

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

Pełne wyniki z przeprowadzonych analiz zostały zamieszczone w Szczegółowym raporcie z wynikami badań właściwych (Załącznik 3). Raport zawiera opis, zestawienia tabelaryczne oraz wykresy dla wszystkich analizowanych zmiennych, w tym: opis przebadanej próby, charakterystykę uzależnienia i przebieg leczenia, statystyki opisowe oraz wnioskowanie statystyczne obejmujące wszystkie skale zawarte w Kwestionariuszu Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N). Ponadto w raporcie zamieszczono studia przypadku.

Natomiast w niniejszym rozdziale poświęconym opisowi rezultatów badań właściwych zostały zawarte odpowiedzi na pytania badawcze. Pełen wykaz pytań oraz odpowiedzi znajduje się poniżej.

1. Jaka jest różnica pomiędzy bieżącymi efektami ambulatoryjnej i stacjonarnej formy terapii w obrębie określonych wskaźników skuteczności?

Na początku terapii respondenci z różnych typów placówek różnili się między sobą tylko poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (zarówno ogólnego jak i każdego jego rodzaju – badani z placówek ambulatoryjnych byli bardziej zadowoleni z otrzymywanego wsparcia). Pozostałe zmienne mieli na zbliżonym poziomie. Kończąc terapię osoby z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych istotnie różniły się między sobą tylko w zakresie poziomu zadowolenia z relacji towarzyskich – osoby z placówek ambulatoryjnych były bardziej zadowolone ze swoich relacji towarzyskich niż osoby z placówek stacjonarnych.

Pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem zmieniły się istotnie wyniki dla: skali wsparcia społecznego, podskali wsparcia wartościującego, podskali wsparcia duchowego, skali ogólnego poczucia własnej skuteczności i skali motywacji do zmiany. Co ważne – tylko w przypadku ogólnego poczucia własnej skuteczności istotna zmiana miała miejsce zarówno w placówkach stacjonarnych jak i ambulatoryjnych. Dla pozostałych wymienionych zmiennych różnica wystąpiła tylko w przypadku wyników z placówek stacjonarnych.

Ponadto pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem zmieniły się istotnie wyniki dla skali relacji społecznych dla osób pracujących, podskali relacji rodzinnych i podskali relacji towarzyskich. Wszystkie te zmiany zaszły w wynikach osób biorących udział w terapii w placówkach ambulatoryjnych, natomiast u badanych w placówkach stacjonarnych istotnie zmienił się tylko poziom zadowolenia z relacji rodzinnych.

2. Jaki jest współczynnik abstynencji podczas kolejnych pomiarów?

W okresie rozpoczęcia terapii 91,38% badanych deklarowało, że obecnie znajduje się w abstynencji. Przy czym wśród osób rozpoczynających terapię w formie stacjonarnej abstynencję deklarowało 98,8%, natomiast u osób rozpoczynających terapię ambulatoryjną w abstynencji pozostawało 84,1%. W momencie zakończenia terapii abstynencja również utrzymywała się na wysokim poziomie wynosząc 91,55%. Przy czym wśród osób kończących terapię w formie

stacjonarnej abstynencja wynosiła 100%, natomiast wśród osób z placówek ambulatoryjnych wynosiła 86,96%. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii abstynencję deklarowało 82,76% badanych. Natomiast w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii 84,21%.

3. Jaka jest częstotliwość występowania problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków oraz jego długofalowymi konsekwencjami?

Respondenci sporadycznie wskazywali problemy zdrowotne wynikające z zażywania narkotyków. W okresie rozpoczęcia terapii 27 badanych wymagało wizyty lekarskiej, w przypadku 3 badanych zażywanie narkotyków uniemożliwiło podjęcie lub kontynuowanie terapii, natomiast 27 badanych wymagało hospitalizacji. W okresie zakończenia terapii, wizyty lekarskiej wymagało jedynie 9 pacjentów, natomiast 1 badany wymagał hospitalizacji. W trzecim pomiarze, jedynie 2 respondentów wskazało, iż w związku z zażywaniem narkotyków wymagali wizyty lekarskiej. Z wymienionych osób, pacjent który ukończył terapię w formie ambulatoryjnej wymagał dwukrotnej wizyty lekarskiej. Natomiast pacjent z placówki stacjonarnej wskazał na jednorazową wizytę lekarską w okresie ostatnich 30 dni.

W przypadku pytań dotyczących długofalowych konsekwencji wynikających z zażywania narkotyków w trakcie czwartego pomiaru, dwóch respondentów wskazało, iż w związku z zażywaniem narkotyków wymagali wizyty lekarskiej. Z czego jeden z nich był hospitalizowany w związku z zażywaniem narkotyków. Ponadto jeden pacjent wymagał dwukrotnej interwencji lekarskiej.

4. Jaki jest poziom poszczególnych problemów psychicznych podczas kolejnych pomiarów?

W okresie rozpoczęcia terapii, aż 47 osób (26,86%) wskazywało, że doświadcza problemów psychicznych. Najczęściej badani deklarowali występowanie zaburzeń depresyjnych (27,40%), zaburzeń lękowych (23,40%) oraz zaburzeń osobowości (14,89%). Wśród osób, u których występowały problemy psychiczne 33 badanych podejmowało specjalistyczne leczenie. Ponadto 26 osób zażywało leki w związku ze zdiagnozowanymi problemami psychicznymi. W przypadku nasilenia problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni, 13 badanych deklarowało nasilenie, natomiast złagodzenie problemów psychicznych

deklarowało 30 osób. W okresie zakończenia terapii 3 badanych wskazało na zdiagnozowanie nowych problemów psychicznych w okresie trwania terapii. Ponadto 10 badanych wskazało, że z podejmuje leczenie w związku z problemami psychicznymi. Zażywanie leków deklarowało 9 osób. W przypadku 1 osoby nastąpiło nasilenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni, a w przypadku 8 osób stwierdzono złagodzenie. W przypadku 11 osób stwierdzono ustąpienie problemów psychicznych w trakcie terapii.

W okresie dokonywania 3 pomiaru zaobserwowano, że większość pacjentów u których występują problemy psychiczne podejmuje leczenie w tym obszarze. Jest to pozytywna zmiana, gdy zestawimy te wartości z wartościami uzyskanymi w pierwszym pomiarze. Również większość badanych z problemami psychicznymi zażywa leki. W kwestii nasilenia problemów psychicznych u 1 badanego zaobserwowano nasilenie dolegliwości, w przypadku 6 badanych dolegliwości uległy złagodzeniu, a w przypadku 2 osób całkowicie ustąpiły.

Natomiast w okresie dokonania 4 pomiaru zaobserwowano, że 3 badanych (co stanowi połowę osób deklarujących problemy psychiczne w próbie) korzysta ze specjalistycznego leczenia. Podobnie 3 osoby deklarowały zażywanie leków w związku z problemami psychicznymi. 1 osoba deklarowała nasilenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni, natomiast 5 badanych wskazywało złagodzenie problemów, również 4 osoby deklarowały ustąpienie problemów psychicznych.

5. Jaki jest poziom motywacji do zmiany polegającej na osiągnięciu i podtrzymaniu abstynencji lub ograniczeniu zażywania narkotyków podczas kolejnych pomiarów?

Rozpoczynając terapię badani mieli motywację do osiągnięcia i podtrzymania abstynencji lub ograniczenia zażywania narkotyków na wysokim poziomie. 83% badanych twierdziło, że jest wysoko lub bardzo wysoko zmotywowana do zmiany. U 68% dominowała motywacja wewnętrzna. Pod koniec terapii poziom motywacji do zmiany wzrósł istotnie i był bardzo wysoki. Jako taki określiło go 64% badanych. Nadal 68% badanych jako dominujący motyw zmiany wskazywało motywy związane z motywacją wewnętrzną. Podczas trzeciego pomiaru motywacja do zmiany wróciła na wysoki poziom, 86% badanych miało wysoki lub bardzo wysoki poziom zmiennej. U 59% respondentów dominowały wewnętrzne motywy zmiany. Podczas czwartego pomiaru poziom motywacji do zmiany był nadal wysoki (chociaż średnia wyników surowych nieco spadła). Jako przynajmniej wysoki swój poziom motywacji do zmiany określiło 67% badanych. U 61% respondentów dominowała motywacja wewnętrzna.

6. Jakie jest nasilenie pragnienia narkotyku podczas kolejnych pomiarów?

Nasilenie pragnienia narkotyku podczas pierwszego pomiaru było słabe, zdecydowana większość badanych (ponad 68%) uzyskała wynik świadczący o słabym lub bardzo słabym nasileniu. Podczas drugiego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku istotnie spadło, było bardzo słabe (wynik ponad 87% badanych). Podczas kolejnych dwóch pomiarów nasilenie pragnienia narkotyku pozostało na bardzo słabym poziomie. W pomiarze trzecim był to wynik prawie 76% badanych, a w pomiarze czwartym prawie 79%.

7. Jaki jest poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności podczas kolejnych pomiarów?

Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności podczas pierwszego pomiaru był wysoki. 71% badanych określiło swoje ogólne poczucie skuteczności jako wysokie lub bardzo wysokie. Podczas kolejnych pomiarów ogólne poczucie własnej skuteczności badanych utrzymało się na wysokim poziomie (przy drugim pomiarze surowe wyniki na skali wzrosły, ale nie na tyle by określić poziom zmiennej jako bardzo wysoki). Jako wysokie lub bardzo wysokie określało je w kolejnych pomiarach 87%, 90% i 89% badanych.

8. Jak jest poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (ogólnego i poszczególnych rodzajów) podczas kolejnych pomiarów?

Podczas pierwszego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego był wysoki. Ponad 68% badanych zadeklarowało, ze ma wysoki lub bardzo wysoki poziom tej zmiennej. Również wysoki poziom miały trzy z czterech rodzajów wsparcia: emocjonalne, wartościujące i informacyjno-instrumentalne (jako przynajmniej wysoki określiło je kolejno 75%, 67% i 66% respondentów). Tylko zadowolenie ze wsparcia duchowego było na przeciętnym poziomie, choć średnia w przebadanej grupie osób była wartością graniczną pomiędzy przeciętnym, a wysokim poziomem zadowolenia. Dla porównania tylko 54% badanych określiło swój poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego jako przynajmniej wysoki.

Podczas drugiego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, zarówno ogólnego jak i każdego z jego rodzajów, był wysoki. Jako taki lub wyższy określiło go:

dla wsparcia ogólnie 77%, dla wsparcia emocjonalnego 82%, dla wsparcia wartościującego 76%, dla wsparcia informacyjno-instrumentalnego 79%, a dla wsparcia duchowego 63% badanych. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (wszystkich jego rodzajów) nadal był wysoki. Badani uzyskali nieco wyższe wyniki surowe niż podczas drugiego pomiaru. Jako wysoki lub bardzo wysoki swój poziom zadowolenia określiło: ze wsparcia ogólnego i emocjonalnego 79%, z wartościującego 83%, z informacyjno-instrumentalnego i duchowego 72%.

Podczas czwartego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (i wszystkich jego rodzajów) pozostał wysoki. Jako taki lub bardzo wysoki określiło go 83% dla wsparcia ogólnie, emocjonalnego, wartościującego i informacyjno-instrumentalnego, oraz 67% dla wsparcia duchowego.

9. Jakie jest nasilenie zachowań impulsywnych podczas kolejnych pomiarów?

Na początku terapii większość badanych (38,15%) miała niski poziom nasilenia zachowań impulsywnych. Natomiast w momencie zakończenia terapii, większość badanych stanowiły osoby o bardzo niskim poziomie nasilenia zachowań impulsywnych (38,10%). Przy czym, średnie wyniki wskazują, że u osób kończących terapię nasilenie zachowań impulsywnych jest istotnie niższe niż na początku terapii. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii większość badanych (44,83%) deklarowało słabe nasilenie zachowań impulsywnych. Oznacza to, że w tym okresie nastąpił średni wzrost nasilenia zachowań impulsywnych. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii większość badanych (52,63%) miała bardzo niski poziom nasilenia zachowań impulsywnych. Średni wynik uzyskany w tym pomiarze nie różni się w sposób istotny od wyników z początku i zakończenia terapii.

10. Jakie jest ogólne nasilenie zachowań agresywnych oraz nasilenie poszczególnych typów zachowań agresywnych (agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, autoagresji) podczas kolejnych pomiarów?

Na początku terapii większość badanych (55,88%) stanowiły osoby o bardzo niskim nasileniu zachowań agresywnych. W momencie zakończenia terapii nasilenie zachowań agresywnych określanych jako bardzo słabe charakteryzowało 80,30% badanych. Różnica pomiędzy wynikami z początku i z końca terapii świadczy o istotnym spadku nasilenia zachowań

agresywnych w badanej próbie. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii większość badanych (75,86%) cechowało bardzo niskie nasilenie zachowań agresywnych. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii większość badanych (73,68%) stanowiły osoby o bardzo słabym nasileniu zachowań agresywnych. Przy czym średni wynik zarówno dla trzeciego jak i czwartego pomiaru nie różnią się istotnie od wyników z początku oraz zakończenia terapii.

Na początku terapii dla podskali zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom najczęściej badani wskazywali bardzo słabe nasilenie (59,65%). Pod koniec terapii również największy odsetek badanych charakteryzowało bardzo niskie nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (77,94%), przy czym nastąpił istotny spadek nasilenia tego typu agresji. W okresie do 6. Miesięcy po zakończeniu terapii najczęściej badani wskazywali na bardzo słabe nasilenie tego typu zachowań agresywnych (82,76%). W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii również dominowało bardzo słabe nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (73,68% badanych). Przy czym średni wynik zarówno dla trzeciego jak i czwartego pomiaru nie różnią się istotnie od wyników z początku oraz zakończenia terapii.

Nasilenie zachowań autoagresywnych na początku terapii określane było najczęściej jako bardzo słabe (46,20%). W momencie zakończenia terapii również dominowały odpowiedzi świadczące o bardzo słabym nasileniu zachowań autoagresywnych (68,12%). Uzyskana różnica w wynikach okazała się istotna statystycznie, co oznacza, że średni wynik dla autoagresji był niższy pod koniec terapii w porównaniu z początkiem terapii. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii większość badanych (68,97%) wskazywało na bardzo słabe nasilenie zachowań autoagresywnych. Podobnie w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii najczęściej badani (78,95%) stanowiły osoby o bardzo niskim nasileniu zachowań autoagresywnych. Przy czym średni wynik zarówno dla trzeciego jak i czwartego pomiaru nie różnią się istotnie od wyników z początku oraz zakończenia terapii.

11. Jaki jest ogólny poziom zadowolenia z relacji społecznych oraz poziom zadowolenia z poszczególnych rodzajów relacji społecznych (rodzinnych, towarzyskich, zawodowych) podczas kolejnych pomiarów?

W momencie rozpoczęcia terapii wśród osób pracujących dominowało przeciętne i wysokie zadowolenie z relacji społecznych (ponad 67% odpowiedzi). Pod koniec terapii poziom zadowolenia z relacji społecznych w tej grupie wzrósł istotnie i dominowały odpowiedzi

przeciętnego, wysokiego i bardzo wysokiego zadowolenia (ponad 89% odpowiedzi). W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii również dominowało bardzo wysokie zadowolenie z relacji społecznych wśród osób pracujących (52,94%). Również w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii dominowało bardzo wysokie zadowolenie z relacji społecznych (61,54%). Wśród osób niepracujących, w momencie rozpoczęcia terapii dominowało przeciętne i wysokie zadowolenie z relacji społecznych (ponad 68% odpowiedzi). Pod koniec terapii poziom zadowolenia w tej grupie nie zmienił się w sposób istotny. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii najczęściej badani deklarowali wysoki poziom zadowolenia z relacji społecznych (50%). W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii osoby niepracujące również bardzo wysoko oceniały zadowolenie z relacji społecznych (60%).

W momencie rozpoczęcia terapii poziom zadowolenia z relacji rodzinnych badani najczęściej oceniali jako wysoki (37,14%). Pod koniec terapii nastąpił istotny wzrost zadowolenia i dominowały odpowiedzi świadczące o bardzo wysokim zadowoleniu (37,68%). W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii najczęściej badani deklarowali bardzo wysokie zadowolenie z relacji rodzinnych (44,83%). Średni wynik w trzecim pomiarze nie różnił się istotnie od wyników z początku i zakończenia terapii. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii większość badanych (57,89%) stanowiły osoby o bardzo wysokim poziomie zadowolenia z relacji rodzinnych. Przy czym zaobserwowano istotny wzrost zadowolenia z relacji rodzinnych w porównaniu z początkiem i zakończeniem terapii.

W przypadku relacji towarzyskich, w okresie rozpoczęcia terapii, badani najczęściej byli w wysokim stopniu zadowoleni z posiadanych relacji (35,43%). Pod koniec terapii nastąpił wzrost zadowolenia z relacji towarzyskich. Również dominowało wysokie zadowolenie, przy czym wysokie zadowolenie wskazało ponad 51% badanych. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii dominowało wysokie i bardzo wysokie zadowolenie z relacji towarzyskich (ponad 68%). Przy czym zadowolenie z relacji towarzyskich w tym okresie znajdowało się na wyższym poziomie w porównaniu z początkiem terapii. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii również najczęściej badani byli bardzo zadowoleni z relacji towarzyskich (57,89%). Również w tym okresie średni wynik był istotnie wyższy od wyniku z początku terapii.

Poziom zadowolenia z relacji zawodowych nie uległ istotnej zmianie w przedziale pomiędzy początkiem i zakończeniem terapii. Zarówno na początku, jak i na końcu terapii badani określali zadowolenie z relacji zawodowych jako wysokie. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii najczęściej badani byli bardzo zadowoleni z relacji zawodowych (47,06%).

Podobnie zresztą jak w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, gdzie bardzo wysokie zadowolenie z relacji zawodowych deklarowało 53,85%.

12. Jaka jest sytuacja zawodowa badanych podczas kolejnych pomiarów?

Wśród badanych najliczniejsze kategorie stanowiły osoby pracujące oraz bezrobotni. W przypadku dwóch początkowych pomiarów uwidacznia się dysproporcja statusu zatrudnienia pomiędzy pacjentami placówek stacjonarnych i ambulatoryjnych. W przypadku osób odbywających terapię w formie stacjonarnej, w momencie rozpoczęcia terapii, przeważały osoby bezrobotne (57,10%), aktywnych zawodowo było 31% respondentów. Natomiast w przypadku pacjentów ośrodków ambulatoryjnych częściej znajdowały się osoby pracujące zarobkowo (55,30%), bezrobotnych było 30,60% badanych. Również w okresie zakończenia terapii, osoby z placówek stacjonarnych częściej deklarowały bezrobocie (56%), pracujących było natomiast 36%. W porównaniu do placówek ambulatoryjnych, gdzie osób bezrobotnych było 33,33%, natomiast pracujących zarobkowo 56,41%. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii 58,62% badanych pracowało zarobkowo, bezrobotnych było natomiast 20,69%. Natomiast w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii liczba osób pracujących zarobkowo wzrosła do 72,22%, liczba bezrobotnych spadła do poziomu 11,11% badanych.

13. Jaki jest współczynnik przestępczości podczas kolejnych pomiarów?

W trakcie pierwszego pomiaru, popełnienie przestępstwa w okresie ostatnich 30 dni deklarowało 12% badanych, natomiast w momencie zakończenia terapii, przestępstwo popełnione w okresie ostatnich 30 dni deklarował tylko jeden badany (1,39%). Podobnie, w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii przestępstwo popełniła tylko jedna osoba (3,45%). Natomiast w okresie powyżej 6 miesięcy po zakończeniu terapii żaden z badanych nie popełnił przestępstwa.

14. Z jaką częstotliwością badani podlegają środkowi izolacyjnemu podczas kolejnych pomiarów?

W trakcie pierwszego pomiaru, przebywanie w areszcie lub zakładzie karnym w okresie ostatnich 6 miesięcy deklarowało 16% badanych. W momencie zakończenia terapii, podleganie środkowi izolacyjnemu w okresie począwszy od rozpoczęcia terapii deklarował tylko 1 badany (1,39%). W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii również 1 osoba (3,45%) deklarowała podleganie środkowi izolacyjnemu. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii żaden z badanych nie podlegał środkowi izolacyjnemu.

Ponadto w celu syntetycznego zaprezentowania uzyskanych wyników, poniżej zamieszczona jest Tabela 16, która zawiera nasilenie zmiennych w poszczególnych okresach dokonywanego pomiaru, wraz ze wskazaniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy pomiarami oraz pomiędzy typami placówek.

Tabela 16. Średnie nasilenie poszczególnych cech i ich zmiana podczas kolejnych pomiarów

Skale	I POMIAR			II POMIAR			III POMIAR	IV POMIAR
	ogółem	ambulatoryjne	stacjonarne	ogółem	ambulatoryjne	stacjonarne	ogółem	ogółem
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	znaczne	znaczne	umiarkowane*	umiarkowane*	łagodne*	umiarkowane*	umiarkowane*
Skala pragnienia narkotyku	słabe	słabe	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	wysokie	bardzo wysokie	wysokie	wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Skala wsparcia społecznego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
P. wsparcia emocjonalnego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
P. wsparcia wartościującego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
P. wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
P. wsparcia duchowego	przeciętne	wysokie	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (pracujący)	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (niepracujący)	wysokie	wysokie	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
P. relacji rodzinnych	przeciętne	wysokie	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
P. relacji towarzyskich	wysokie	wysokie	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
P. relacji zawodowych	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	umiarkowane	umiarkowane	słabe	słabe	słabe	słabe	słabe
Skala zachowań agresywnych	słabe	bardzo słabe	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
P. agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	słabe	bardzo słabe	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
P. autoagresji	słabe	słabe	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe	bardzo słabe

* Symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej określano tylko dla osób, które nie były w abstynencji. Liczebność tej próby nie pozwoliła na wykonanie testów istotności różnic pomiędzy pomiarami.

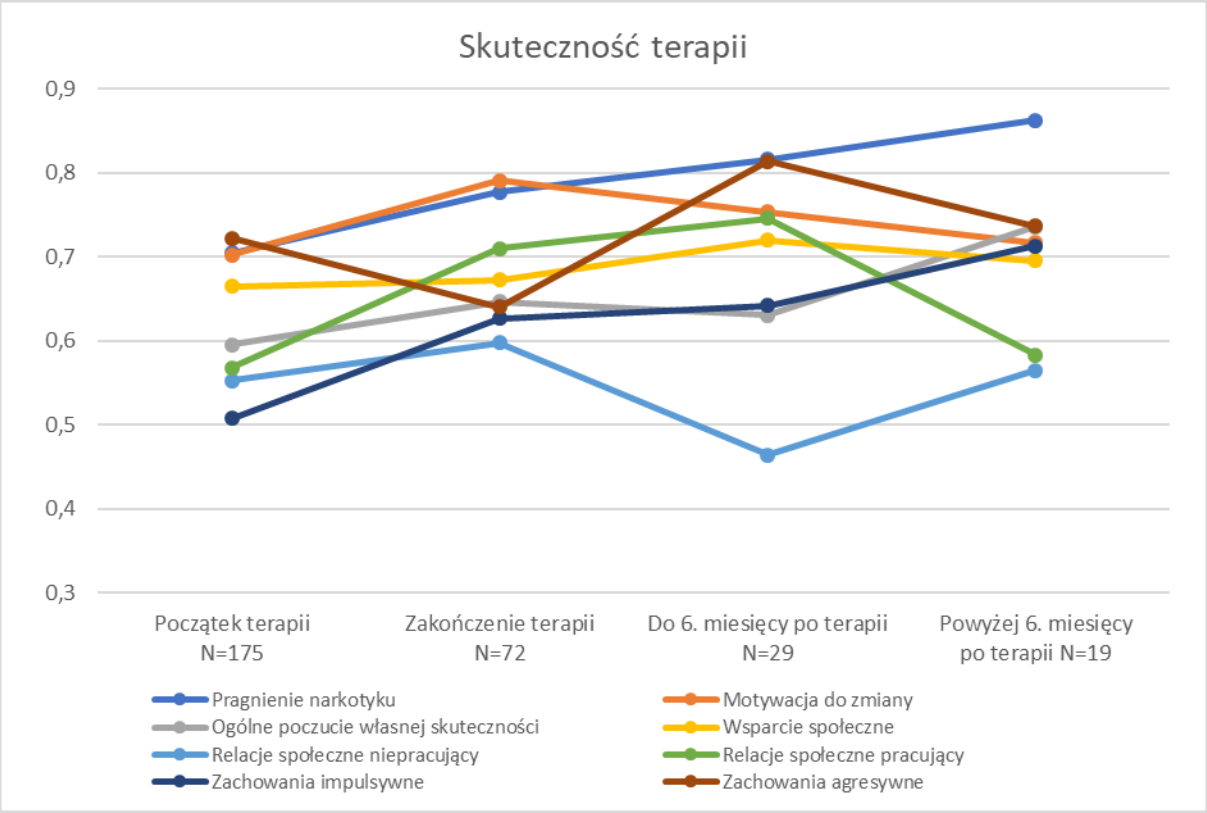
Kolorem zielonym zaznaczono te wyniki, które różniły się istotnie od wyników z pierwszego pomiaru. Pamiętać jednak należy, że tabela zawiera dane dla całej dostępnej podczas danego pomiaru próby, a oznaczenia istotnych zmian (kolor zielony) dotyczą tylko tej grupy osób, która brała udział łącznie w pierwszym i porównywanym pomiarze.

Żółtym tłem zaznaczono istotnie różne wyniki pomiędzy placówkami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi. Należy pamiętać, że różnice te dotyczyły wyników surowych, czego nie oddaje przypisany do tych wyników poziom nasilenia.

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Ponadto zaprezentowano znormalizowane wartości dla każdej zmiennej w poszczególnych pomiarach. Dzięki czemu wizualnie można zaobserwować, które ze zmiennych dążyły do najlepszego efektu. Szczegółowe wyniki zawiera **Wykres 1**.

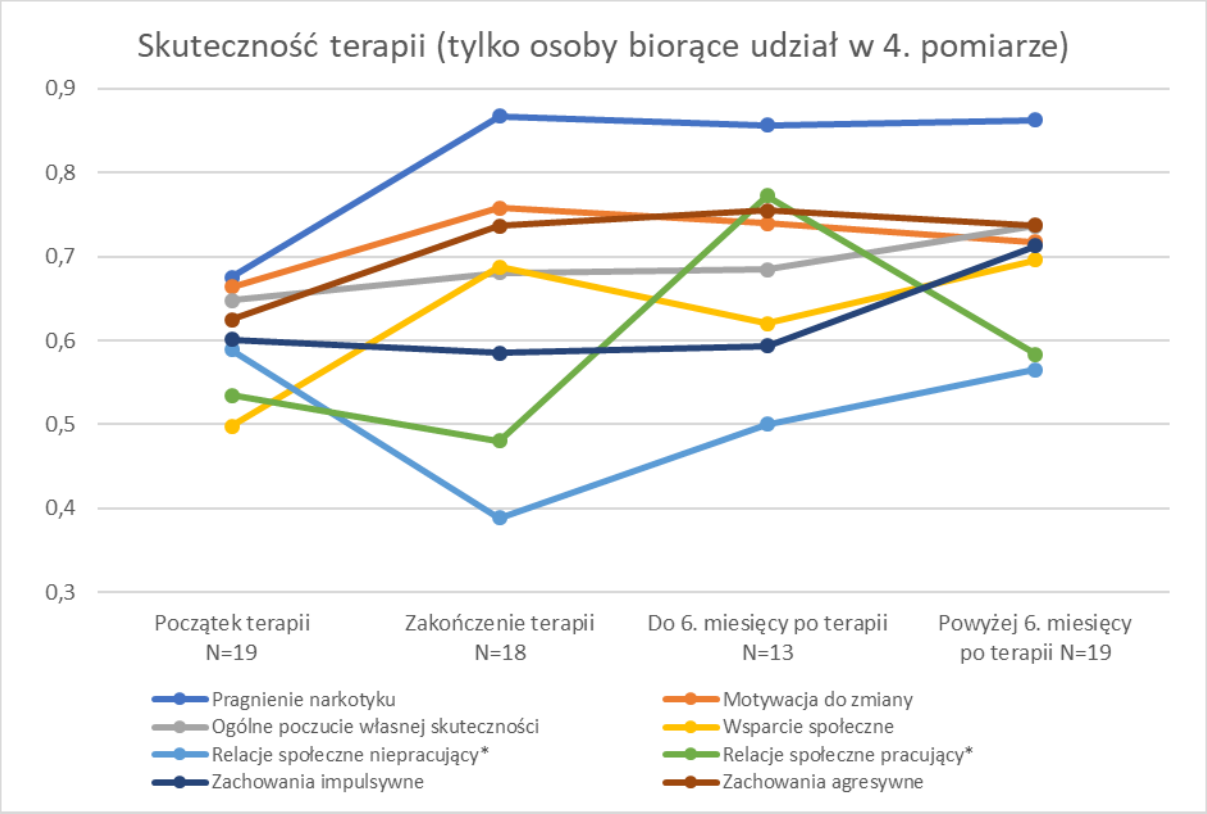
Wykres 1 Skuteczność terapii[a] osób uzależnionych od narkotyków



[a] Na potrzeby prezentacji wyników znormalizowano wartości dla każdej zmiennej metodą unitaryzacji zerowanej. Im bliżej wartości 1 tym bardziej cecha dąży do pożądanego poziomu (relatywnie do najlepszego wyniku w próbie).
Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Ponadto wizualnie zaprezentowano znormalizowane wartości dla osób, które wzięły udział tylko w czwartym pomiarze. Szczegółowe dane na ten temat zawiera **Wykres 2**.

Wykres 2 Skuteczność terapii[a] osób uzależnionych od narkotyków – tylko osoby biorące udział w 4. pomiarze



[a] Na potrzeby prezentacji wyników znormalizowano wartości dla każdej zmiennej metodą unitaryzacji zerowanej. Im bliżej wartości 1 tym bardziej cecha dąży do pożądanego poziomu (relatywnie do najlepszego wyniku w próbie).

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

III. WNIOSKI I REKOMENDACJE
(opracowanie: Małgorzata Piasecka, Kinga Karteczka-Świętek, Łukasz Szwejka)

W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostaną zebrane wnioski i rekomendacje z przeprowadzanych badań nad skutecznością terapii osób uzależnionych od narkotyków. Przedstawione zostaną z podziałem na poszczególne wskaźniki skuteczności terapii, które podlegały pomiarowi w trakcie badań zrealizowanych w ramach projektu.

Charakterystyka uzależnienia i przebieg leczenia

Najważniejsze informacje zebrane na temat charakterystyki uzależnienia i przebiegu leczenia dotyczą tego, jakie osoby przychodzą na terapię. Poniżej zamieszczono najważniejsze cechy opisujące pacjentów rozpoczynających terapię.

- Deklarowany średni wiek rozpoczęcia zażywania narkotyków wynosił niewiele ponad 16,5 lat. Pomiędzy pacjentami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie było istotnych różnic w tym względzie.
- Podjęcie wcześniejszej terapii deklarowało aż 47,7% badanych, a 17,4% z wszystkich respondentów ukończyło wcześniej rozpoczętą terapię. Częściej wcześniejszą terapię podejmowali pacjenci placówek stacjonarnych, jednak w ich przypadku również częściej terapia ta była przerywana.
- Wachlarz narkotyków stosowanych przez badanych przed pierwszym pomiarem był zdecydowanie najszerszy ze wszystkich czterech pomiarów. Najwięcej osób deklarowało, że zażywa marihuanę, kolejnym narkotykiem z dużą liczbą wskazań była amfetamina, w dalszej kolejności tzw. dopalacze. Pozostałe środki psychoaktywne były wskazywane z dużo mniejszą częstotliwością.
- W przeważającej większości celem terapii było osiągnięcie abstynencji od narkotyków. Zdecydowanie model ten dominował w placówkach stacjonarnych. W placówkach ambulatoryjnych częściej niż w placówkach stacjonarnych badani wskazywali ograniczenie zażywania narkotyków jako cel swojej terapii.
- W abstynencji od narkotyków znajdowało się 91,4% badanych. Wśród osób w placówkach stacjonarnych było to 98,8%, natomiast w placówkach ambulatoryjnych 84,1%.

(W momencie zakończenia terapii współczynnik abstynencji również utrzymywał się na wysokim poziomie wynosząc 91,6%. Przy czym wśród osób kończących terapię w formie stacjonarnej 100% było w abstynencji, natomiast wśród osób z placówek ambulatoryjnych było to 87,0%).

- Problem z innym uzależnieniem niż od narkotyków wskazało 54,9% badanych.
- Zdiagnozowane problemy psychiczne miało 47 osób (26,9%). Najczęściej badani deklarowali występowanie zaburzeń depresyjnych (27,4%), zaburzeń lękowych (23,4%) oraz zaburzeń osobowości (14,9%).
- Popełnienie przestępstwa w okresie 30 dni przed pierwszym pomiarem deklarowało 12% badanych. (W momencie zakończenia terapii była to tylko jedna osoba.)
- Przebywanie w areszcie lub zakładzie karnym w okresie 6. miesięcy przed rozpoczęciem terapii deklarowało 16% badanych. (Podczas drugiego pomiaru była to jedna osoba, która w okresie terapii podlegała środkowi izolacyjnemu.)

Symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej

- Zdecydowana większość badanych (ponad 90%) w momencie rozpoczynania terapii miała znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
- Typ placówki (ambulatoryjna lub stacjonarna) nie różnicuje osób badanych rozpoczynających terapię pod względem nasilenia symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Zatem osoby rozpoczynające terapię w warunkach ambulatoryjnych miały podobny poziom nasilenia symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej co osoby w warunkach stacjonarnych.
- Brak różnic w nasileniu symptomów zaburzenia pomiędzy osobami rozpoczynającymi terapię w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych może świadczyć o niewłaściwym pokierowaniu danej osoby do odpowiedniego typu placówki (gdzie intensywność działań byłaby dostosowana do nasilenia zaburzenia). Warto uwzględniać poziom nasilenia zaburzenia przy doborze typu placówki (jeśli nie pozostaje to w sprzeczności z założonymi celami osób, których potencjalna zmiana ma dotyczyć), gdyż źle dobrany typ placówki może obniżać poziom osiągnięcia zakładanych efektów terapii.
- Nie ma różnic w nasileniu zaburzenia na początku terapii pomiędzy osobami, które ukończyły terapię i tymi, które ją przerwały. Zatem nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej na początku terapii nie może być traktowane jako czynnik prognostyczny ukończenia lub przerwania terapii.

Pragnienie narkotyku

- Większość badanych (ponad 65%) na początku terapii miała słabe pragnienie narkotyku, tylko około 10% badanych wykazywało silne lub bardzo silne pragnienie narkotyku. Na zakończenie terapii około 93% badanych wykazywało bardzo słabe lub słabe nasilenie pragnienia narkotyku, a około 4% badanych wykazywało silne lub bardzo silne pragnienie narkotyku. Podczas trzeciego pomiaru, czyli w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii zdecydowana większość osób (ponad 75%) wykazywała bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Dodatkowo nikt z badanych nie zaliczał się do grupy osób z bardzo silnym pragnieniem narkotyku, a silne pragnienie miała tylko jedna osoba. Podczas czwartego pomiaru, czyli w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, około 79% badanych wykazywało bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Tylko jedna osoba miała bardzo silne pragnienie narkotyku, nikt z badanych nie zaliczał się do grupy osób z silnym pragnieniem narkotyku. Zatem podczas każdego z pomiarów w większości przypadków osoby uzależnione odczuwały słabe lub bardzo słabe pragnienie narkotyku.
- Nasilenie pragnienia narkotyku na początku terapii było istotnie wyższe od nasilenia pragnienia narkotyku zarówno na zakończenie terapii jak i podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Natomiast wyniki z pomiaru drugiego i trzeciego oraz wyniki z pomiaru drugiego i czwartego nie różniły się w sposób istotny statystycznie. Zatem w trakcie trwania terapii nastąpiło wyraźne osłabienie pragnienia narkotyku, a po jej zakończeniu utrzymywało się ono na podobnym, dość słabym poziomie.
- Typ placówki (ambulatoryjna lub stacjonarna) nie różnicuje osób badanych pod względem nasilenia pragnienia narkotyku, zarówno na etapie rozpoczęcia terapii jak i jej ukończenia. Zatem osoby podejmujące terapię oraz osoby kończące ją w warunkach ambulatoryjnych miały podobne nasilenie pragnienia narkotyku co osoby biorące udział w terapii w warunkach stacjonarnych.
- Nie odnotowano różnic w nasileniu pragnienia narkotyku na początku terapii pomiędzy osobami, które ukończyły terapię i tymi, które ją przerwały. Zatem nasilenie pragnienie narkotyku na początku terapii nie może być traktowane jako czynnik prognostyczny ukończenia lub przerwania terapii.
- Ze względu na powyższe warto byłoby przeprowadzić badania, które będą zakładały kontakt z osobami przerywającymi terapię w celu identyfikacji poziomu nasilenia pragnienia narkotyku tuż przed przerwaniem terapii i domniemanym złamaniem

abstynencji. Pozwoli to zweryfikować istnienie zależności pomiędzy poziomem nasilenia pragnienia narkotyku a przerwaniem terapii lub złamaniem abstynencji.

Motywacja do zmiany

- Na początku terapii najliczniejszą grupę (ponad 50%) stanowiły osoby odznaczające się bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany. Około 30% miało wysoki poziom motywacji do zmiany. Na zakończenie terapii około 90% stanowiły osoby z bardzo wysokim lub wysokim poziomem motywacji do zmiany, do 6. miesięcy od zakończenia terapii wynik ten uzyskało około 85% badanych, a w pomiarze powyżej 6. miesięcy ponad 65% stanowiły osoby z bardzo wysokim lub wysokim poziomem motywacji do zmiany.
- Wśród najczęściej pojawiających się motywów podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków na początku terapii znalazły się: utrata kontroli nad własnym życiem, chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, brak poczucia zadowolenia z życia, świadomość ranienia bliskich oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Wśród najczęściej pojawiających się motywów na zakończenie terapii znalazły się: utrata kontroli nad własnym życiem, chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, brak poczucia zadowolenia z życia oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Motywem wybieranym najczęściej (bez uwzględniania nadawanej mu rangi) przy pomiarze do 6. miesięcy od zakończenia terapii była utrata kontroli nad własnym życiem. Wskazało ją prawie 50% przebadanych osób. Na drugim miejscu znalazła się chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. W pomiarze w okresie ponad 6. miesięcy od zakończenia terapii motywem wybieranym najczęściej (bez uwzględniania nadawanej mu rangi) była utrata kontroli nad własnym życiem. Wskazało ją prawie 45% przebadanych osób. Na drugim miejscu znalazła się chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi (wskazana przez 39% badanych). Trzecim pojawiającym się najczęściej motywem był brak poczucia zadowolenia z życia. Co warte podkreślenia, na początku i na zakończenie terapii zdecydowana większość badanych (ponad 68%) wybierała motywy wskazujące na motywację wewnętrzną, na etapie trzeciego pomiaru było to prawie 59%, a na etapie czwartego pomiaru ponad 60%.
- Dla Skali motywacji do zmiany stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych oraz w grupie osób z placówek stacjonarnych. Poziom motywacji do zmiany był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku. Natomiast w placówkach ambulatoryjnych nie stwierdzono

istotnej statystycznie różnicy w poziomie motywacji do zmiany pomiędzy początkiem terapii a jej końcem. Ogólnie ujmując w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu motywacji do zmiany, natomiast po jej zakończeniu odnotowano wyraźny spadek poziomu motywacji (poniżej wartości początkowej).

- Na początku terapii i na jej zakończenie poziom motywacji do zmiany badanych z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie różnił się. Zatem osoby rozpoczynające i kończące terapię w placówkach ambulatoryjnych były zmotywowane do zmiany w takim samym stopniu jak osoby z placówek stacjonarnych.
- Nie ma różnic w poziomie motywacji do zmiany oraz jej rodzaju na początku terapii pomiędzy osobami, które ukończyły terapię i tymi, które ją przerwały. Zatem poziom motywacji do zmiany oraz jej rodzaj (zewnętrzna lub wewnętrzna) określone na początku terapii nie mogą być traktowane jako czynnik prognostyczny ukończenia lub przerwania terapii.

Ogólne poczucie własnej skuteczności

- Na początku terapii około 70% badanych odznaczało się wysokim lub bardzo wysokim ogólnym poczuciem własnej skuteczności. Na zakończenie terapii było to około 87% badanych, do 6. miesięcy od zakończenia terapii wynik ten uzyskało prawie 90% badanych, a w pomiarze powyżej 6. miesięcy około 89%. Reasumując, w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu ogólnego poczucia własnej skuteczności, natomiast po jej zakończeniu nadal utrzymywała się niewielka tendencja wzrostowa.
- Dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych, w grupie osób z placówek stacjonarnych oraz w grupie osób z placówek ambulatoryjnych. Zatem poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności badanych był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku.
- Na początku i na zakończenie terapii poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności badanych z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie różnił się. Zatem osoby podejmujące terapię oraz kończące ją w warunkach ambulatoryjnych miały podobny poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności co osoby biorące udział w terapii w warunkach stacjonarnych.
- Nie ma różnic w początkowym poziomie ogólnego poczucia własnej skuteczności pomiędzy osobami, które ukończyły terapię i tymi, które ją przerwały. Zatem poziom ogólnego

poczucia własnej skuteczności na początku terapii nie może być traktowany jako czynnik prognostyczny ukończenia lub przerwania terapii.

- Grupa osób, która wzięła udział w trzecim pomiarze kończąc terapię miała istotnie wyższy poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności niż grupa osób, które terapię ukończyły jednak nie wzięły udziału w trzecim pomiarze.

Wsparcie społeczne

- Najliczniejsza grupa osób badanych (prawie 45%) na początku terapii miała wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Natomiast bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego uzyskało około 23% badanych. Analizując poszczególne podskale należy stwierdzić, że około 75% badanych miało wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego, 66% badanych miało wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego, 66% badanych miało wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego, około 54% badanych miało wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego. Na zakończenie terapii około 77% badanych wskazywało na wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Wysoki i bardzo wysoki poziom zadowolenia przeważał również w wynikach na poszczególnych podskalach (wsparcie emocjonalne około 81%, wsparcie wartościujące 76%, wsparcie informacyjno-instrumentalne 79%, wsparcie duchowe 63%). Zatem zarówno na etapie rozpoczęcia jak i zakończenia terapii przeważały osoby z wysokim lub bardzo wysokim zadowoleniem z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz jego poszczególnych rodzajów. Reasumując, w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, w tym wsparcia emocjonalnego, wartościującego, informacyjno-instrumentalnego i duchowego, a po jej zakończeniu utrzymała się tendencja wzrostowa.
- Dla Skali wsparcia społecznego, podskali wsparcia wartościującego i podskali wsparcia duchowego stwierdzono istotne różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych oraz w grupie osób z placówek stacjonarnych (dla osób z placówek ambulatoryjnych takich różnic nie stwierdzono). Zatem poziom zadowolenia ze wsparcia społecznego, wsparcia wartościującego oraz wsparcia duchowego badanych był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku. Wystąpiła również istotna różnica w wynikach ze Skali wsparcia społecznego oraz trzech z jej podskal (oprócz wsparcia

emocjonalnego) pomiędzy pierwszym i trzecim pomiarem. Oznacza to, że w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii poziom zadowolenia z prawie wszystkich rodzajów wsparcia był wyższy niż na początku terapii. Dla wyników z pierwszego i czwartego pomiaru takich różnic nie stwierdzono.

- Na początku terapii osoby z placówek ambulatoryjnych uzyskiwały na Skali wsparcia społecznego i wszystkich jej podskalach wyniki istotnie wyższe niż osoby z placówek stacjonarnych. Zatem można stwierdzić, iż rozpoczynając terapię osoby w placówkach ambulatoryjnych były bardziej zadowolone z otrzymywanego wsparcia społecznego (ogólnego jak również z poszczególnych jego rodzajów) niż osoby w placówkach stacjonarnych. Różnica ta nie jest już widoczna u osób kończących terapię, gdzie osoby badane w placówkach ambulatoryjnych były zadowolone z otrzymywanego wsparcia społecznego na podobnym poziomie co osoby w placówkach stacjonarnych.
- Nie ma różnic w początkowych wynikach na Skali wsparcia społecznego i trzech jej podskalach pomiędzy osobami, które ukończyły terapię i tymi, które ją przerwały. Zatem poziom zadowolenia ze wsparcia społecznego ogólnie, emocjonalnego, wartościującego i duchowego nie może być traktowany jako czynnik prognostyczny ukończenia lub przerwania terapii. Wyjątek stanowi podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego. Osoby które ukończyły terapię miały na jej początku istotnie wyższy poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego niż osoby, które terapii nie ukończyły. Warto zatem rozpoczynając terapię określić poziom zadowolenia badanego z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego w celu kompensacji ewentualnych braków.

Relacje społeczne

- Na początku terapii poziom zadowolenia z relacji społecznych zarówno wśród osób pracujących jak i niepracujących najczęściej oceniany był jako wysoki (odpowiednio 42,1% oraz 35,0%). Na zakończenie terapii również najczęściej pojawiało się wysokie zadowolenie z relacji społecznych – dla osób pracujących było to 34,5%, dla osób niepracujących 56,7%. W okresie do 6. miesięcy od zakończenia terapii najczęściej respondenci pracujący zadowolenie z relacji społecznych oceniali jako bardzo wysokie (52,9%), natomiast osoby niepracujące najczęściej deklarowały wysokie zadowolenie (50,0%). W okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii najczęściej zadowolenie z relacji społecznych wśród osób pracujących ocenianie było jako bardzo wysokie (61,5%), podobnie zresztą jak wśród

osób niepracujących (60,0%). Ogólny wniosek na podstawie uzyskanych wyników jest taki, że wśród badanych zadowolenie z relacji społecznych sukcesywnie rosło. Analizując poszczególne podskale należy stwierdzić, że zadowolenie z relacji rodzinnych w okresie rozpoczęcia terapii najczęściej oceniane było jako wysokie (37,1%). W okresie zakończenia terapii badani najczęściej zadowolenie z relacji rodzinnych oceniali jako bardzo wysokie (37,7%). Podobnie w okresie do i powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii najczęściej ponownie pojawiał się bardzo wysoki poziom zadowolenia (odpowiednio 44,8% i 57,9%). W podskali relacji towarzyskich w okresie rozpoczęcia oraz zakończenia terapii badani najczęściej wskazywali na wysokie zadowolenie – na początku terapii było to 35,4%, a na zakończenie 51,5%. W okresie do 6. miesięcy od zakończenia terapii badani wskazywali z taką samą częstotliwością na wysokie i bardzo wysokie zadowolenie z relacji towarzyskich (po 34,5%). W okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii badani zadowolenie z relacji towarzyskich najczęściej oceniali jako bardzo wysokie (53,9%). W podskali relacji zawodowych w momencie rozpoczęcia terapii oraz jej zakończenia dominował wysoki poziom zadowolenia (odpowiednio 46,6% i 61,3%). Natomiast w okresie do i powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii zadowolenie z relacji zawodowych było określane jako bardzo wysokie (odpowiednio 47,1% oraz 53,9%).

- Dla skali relacji społecznych wśród osób pracujących oraz dla podskal relacji rodzinnych i towarzyskich stwierdzono istotne różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii. Oznacza to, że poziom zadowolenia z relacji społecznych wśród osób pracujących oraz poziom zadowolenia z relacji rodzinnych i relacji towarzyskich był istotnie wyższy w momencie zakończenia terapii niż na jej początku. Dla skali relacji społecznych osób niepracujących oraz podskali relacji zawodowych nie stwierdzono takich różnic. Zatem ogólny poziom zadowolenia z relacji społecznych wśród osób niepracujących oraz poziom zadowolenia z relacji zawodowych na początku terapii i na jej zakończeniu były podobne.
- Stwierdzono istotne różnice dla wyników z podskali relacji towarzyskich pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem oraz pomiędzy pierwszym a czwartym pomiarem. W każdym z tych porównań poziom zadowolenia z relacji towarzyskich w okresie po terapii był istotnie wyższy niż na jej początku. Istotna różnica wystąpiła również pomiędzy pierwszym a czwartym pomiarem dla podskali relacji rodzinnych. Poziom zadowolenia badanych z relacji rodzinnych był istotnie wyższy w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii niż na jej początku.

- Pomiędzy osobami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie ma istotnych różnic w poziomie zadowolenia z relacji społecznych (zarówno wśród osób pracujących i niepracujących) oraz z relacji rodzinnych i zawodowych. Oznacza to, że osoby rozpoczynające i kończące terapię w placówkach ambulatoryjnych mają podobny poziom zadowolenia z relacji społecznych ogólnie, relacji rodzinnych oraz zawodowych co osoby odbywające terapię w warunkach stacjonarnych.
- Stwierdzono istotną różnicę w zakresie zadowolenia z relacji towarzyskich pomiędzy osobami kończącymi terapię ambulatoryjną i stacjonarną (na początku terapii różnicy tej nie było). Osoby kończące terapię w formie ambulatoryjnej wyżej oceniały zadowolenie z relacji towarzyskich niż osoby kończące terapię stacjonarną.

Zachowania impulsywne

- Na początku terapii większość badanych (38,2%) miała słabe nasilenia zachowań impulsywnych. Natomiast w momencie zakończenia terapii, większość badanych stanowiły osoby o bardzo słabym nasileniu zachowań impulsywnych (38,1%). W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii, większość badanych (44,8%) deklarowała słabe nasilenie zachowań impulsywnych. Natomiast w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii u badanych najczęściej występowało bardzo słabe nasilenie zachowań impulsywnych (52,6%).
- Dla skali zachowań impulsywnych wykazano istotne różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii. U osób kończących terapię nasilenie zachowań impulsywnych było słabsze niż na jej początku. Zależność ta zachodzi zarówno dla całej przebadanej próby jak również z uwzględnieniem typu placówki. Należy jednak podkreślić, że wyniki osób odbywających terapię w placówkach ambulatoryjnych nie różniły się istotnie od wyników osób w placówkach stacjonarnych.

Zachowania agresywne

- Na początku terapii większość badanych (55,9%) stanowiły osoby o bardzo słabym nasileniu zachowań agresywnych. Dla podskali zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom również najczęściej badani wskazywali bardzo słabe nasilenie (59,7%), podobnie jak dla podskali zachowań autoagresywnych (46,2% badanych). W momencie zakończenia terapii bardzo słabe nasilenie zachowań agresywnych charakteryzowało 80,3% badanych. Podobnie nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub

rzeczom oraz zachowań autoagresywnych najczęściej było bardzo słabe (odpowiednio 77,9% i 68,1% badanych). Zbliżona częstotliwość występowania bardzo słabego nasilenia zachowań agresywnych oraz agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji charakterystyczna była dla większości badanych w okresie do i powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

- Dla skali zachowań agresywnych oraz jej podskal (agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i autoagresji) stwierdzono istotne różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii. Nasilenie zachowań agresywnych pod koniec terapii było słabsze niż na jej początku. Zależność ta zachodzi zarówno dla całej przebadanej próby jak również z uwzględnieniem typu placówki. Należy jednak podkreślić, że wyniki osób odbywających terapię w placówkach ambulatoryjnych nie różniły się istotnie od wyników osób w placówkach stacjonarnych.

Wnioski z badań potwierdzają potrzebę podtrzymania zachodzącej już zmiany myślenia o współczesnym obrazie osoby uzależnionej od narkotyków. Obraz ten nie prezentuje już osoby uzależnionej jako tej, która wypada z pełnionych ról społecznych i funkcjonuje na marginesie życia społecznego. Obecnie często osoby uzależnione od narkotyków utrzymują się w pełnionych rolach i realizują zadania z nich wynikające. Uwzględnienie obszarów, w których jednostka funkcjonuje na poziomie optymalnym i wykorzystanie ich jako jej zasobów może wzmacniać efekty terapii.

W celu uchwycenia zindywidualizowanych czynników mających wpływ na nasilenie poszczególnych wskaźników skuteczności terapii zalecane jest przeprowadzenie badań jakościowych uwzględniających długoterminowy pomiar losów osób uzależnionych. Zatem ilościowy pomiar wskaźników skuteczności warty jest uzupełnienia poprzez badania jakościowe. Mogą one dać obraz czynników (uwarunkowań i zależności), które w analizach ilościowych (a więc z natury uogólniających) umykają i pozostają niezauważone.

Stworzony na potrzeby badań Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N) może być wykorzystywany w praktyce terapeutycznej jako uzupełnienie diagnozy problemowej oraz w celu identyfikacji zmian jakie zaszły w obszarach, które podlegają pomiarowi.

SPIS TABEL

Tabela 1. Korelacja wyników Skali pragnienia narkotyku z odpowiadającym jej kryterium 11
Tabela 2. Korelacje wyników Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności oraz Skali motywacji do zmiany z odpowiadającymi im kryteriami 11
Tabela 3. Korelacje wyników Skali wsparcia społecznego i jej podskal z odpowiadającymi im kryteriami 11
Tabela 4. Korelacje wyników Skali relacji społecznych i jej podskal z odpowiadającymi im kryteriami 11
Tabela 5. Korelacje wyników Skali zachowań agresywnych i jej podskal oraz Skali zachowań impulsywnych z odpowiadającymi im kryteriami 12
Tabela 6. Wartość Alfa Cronbacha dla skal (pilotaż, pomiary na początek i zakończenie terapii) 13
Tabela 7. Macierz korelacji wyników poszczególnych skal i podskal – początek terapii 19
Tabela 8. Macierz korelacji wyników poszczególnych skal i podskal – zakończenie terapii 20
Tabela 9. Symptomy zaburzenia i odpowiadające im pytania KPST-N 23
Tabela 10. Klucz do skal i podskal KPST-N 28
Tabela 11. Przedziały punktowe dla nasilenia poszczególnych zmiennych 29
Tabela 12. Przedziały punktowe dla poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego 29
Tabela 13. Przedziały punktowe dla poziomu zadowolenia z relacji społecznych 29
Tabela 14. Przedziały punktowe dla poziomu motywacji do zmiany i ogólnego poczucia własnej skuteczności 29
Tabela 15.Układ zmiennych i wskaźników 33
Tabela 16. Średnie nasilenie poszczególnych cech i ich zmiana podczas kolejnych pomiarów 51

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1 Skuteczność terapii osób uzależnionych od narkotyków 52
Wykres 2 Skuteczność terapii osób uzależnionych od narkotyków – tylko osoby biorące udział w 4. pomiarze 53

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

ZAŁĄCZNIK 1 Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N) - wersje do użytku w praktyce terapeutycznej: [A] pomiar pierwszy; [B] pomiar drugi; [C] pomiar po terapii
ZAŁĄCZNIK 1 Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N) - wersje użyte w badaniach właściwych: [A] pomiar pierwszy; [B] pomiar drugi; [C] pomiar po terapii
ZAŁĄCZNIK 3 Szczegółowy raport z wynikami badań właściwych
ZAŁĄCZNIK 4 Ocena właściwości psychometrycznych KPST-N

BIBLIOGRAFIA

Akhter A., Fiedorowicz J.G., Zhang T., Potash J.B., Cavanaugh J., Solomon D.A., Coryell W.H. (2014). Seasonal variation of manic and depressive symptoms in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 15*(4), 377–384.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Anderson C.A., Bushman B.J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology, 53*, 27-51.

Babbie E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. (1999). *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*. PZWL. Warszawa.

Barlow D.H. (2005). What's new about evidence-based assessment?. *Psychological Assessment, 17*, 308-311.

Bower P. (2003). Efficacy in evidence-based practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 328-336.

Brzeziński J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Buss A.H. (1961). *The psychology of aggression*. Wiley. New York.

Chodkiewicz J. (2014). Głód alkoholu – konceptualizacja, wybrane modele i metody pomiaru. *Alkoholizm i Narkomania, 27*, 265-272.

Chodkiewicz J., Ziółkowski M., Czarnecki D., Gąsior K., Juczyński A., Biedrzycka A., Nowakowska-Domagała K. (2018). Walidacja polskiej wersji Skali Głodu Alkoholu Penn (Penn Alcohol Craving Scale – PACS). *Psychiatria Polska, 52*(2), 399-410.

Cypryańska M., Bedyńska S. (2013). Testy *t*-Studenta i ich nieparametryczne odpowiedniki. W: Bedyńska S., Cypryańska M. (red.) *Statystyczny drogowskaz 1. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*. Wydawnictwo Akademickie Sedno. Warszawa.

Eastwood M.R., Peacocke J. (1976). Seasonal patterns of suicide, depression and electroconvulsive therapy. *The British Journal of Psychiatry, 129*, 472-475.

Ferguson G.A., Takane Y. (1999). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Frączek A. (1979). *Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN. Warszawa.

Hamilton K.R., Littlefield A.K., Anastasio N.C., Cunningham K.A., Fink L.H.L., Wing V.C., Mathias C.W., Lane S.D., Schütz C.G., Swann A.C., Lejuez C.W., Clark L., Moeller F.G., Potenza M.N. (2015). Rapid-response impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(2), 168-181.

Heszen-Niejodek I. (2003). Wymiar duchowy człowieka a zdrowie. W: Juczyński Z., Ogińska-Bulik Z. (red.) *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź.

Hornowska E. (2005). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe „Scholar". Warszawa.

Juczyński Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności: teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica, 4*, 11-23.

Kaczmarczyk K. (2016). *Bierność i bezrobocie młodzieży w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Toruń.

Karteczka-Świętek K., Opozda-Suder S., Piasecka M., Sztuka M., Szwejka Ł. (2017). *Określenie na drodze metaanalizy wskaźników skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków.* www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1155208 [odczyt 11.12.2019].

Kmiecik-Baran K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny, 38* (1/2), 201-214.

Kmiecik-Baran K. (2000). *Narzędzia do rozpoznawania zagrożeń społecznych w szkole*. Wydawnictwo „Przegląd Oświatowy". Gdańsk.

Kotarbiński T. (1986). *Elementy teorii poznania logiki formalnej i metodologii nauk*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Kożuch A., Marzec I. (2014). Studium przypadku jako strategia badawcza w naukach społecznych. *Zeszyty Naukowe WSOWL, 2*(172), 32-44.

Krahé B. (2005). *Agresja*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.

Kukuła K. (2000). *Metoda unitaryzacji zerowanej*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Marlatt G.A., Bowen S.W., Witkiewitz K. (2009). Zapobieganie nawrotom picia: dane empiryczne i kierunki rozwoju W: Miller P.M. (red.) *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa.

McKenzie D.L. (2011). *What works in correction. Reducing the criminal activities of offenders and delinquents*. Cambridge.

Miller W., Rollnick S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

Miller W., Rollnick S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

Miszczyńska D., Miszczyński M. (2002). *Wybrane metody badań operacyjnych*. Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna. Skierniewice.

Morrison J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

Pilch T., Bauman T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych*. Strategie ilościowe i jakościowe. Wydawnictwo Akademickie Żak. Warszawa.

Sęk H., Brzezińska A.I. (2008). Podstawy pomocy psychologicznej. W: Strelau J., Doliński D. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.

Sęk H., Cieślak R. (2005). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* PWN. Warszawa.

Wojnar M., Ślufarska A., Jakubczyk A. (2006). Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Cześć 1: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania, 4*, 379-394.

Zimbardo P.G. (1995). The psychology of evil: A situationist perspective on recruiting good people to engage in anti-social acts. *The Japanese Journal of Social Psychology, 11*(2), 125-133.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

ZAŁĄCZNIK 1

KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII (KPST-N)
WERSJE DO UŻYTKU W PRAKTYCE TERAPEUTYCZNEJ

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

ID BADANEGO

KPST-N
KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII
wersja: pomiar pierwszy

w opracowaniu: K. Karteczki-Świętek, J. Kusztal, S. Opozdy-Suder, M. Piaseckiej, Ł. Szwejki, A. Wójciak

Niniejsza ankieta składa się z pytań związanych z Pana (-i) sytuacją życiową (obejmującą również problem uzależnienia od narkotyków), oraz różnych twierdzeń dotyczących cech, zachowań, umiejętności i zdolności, które odnoszą się do potencjalnych Pana (-i) problemów wynikających z zażywania narkotyków.

Wypełniając ankietę prosimy kierować się tym, że nie ma odpowiedzi dobrych, ani złych. Najważniejsze, aby udzielane odpowiedzi były całkowicie szczere. Kwestia ta jest dla nas bardzo ważna, gdyż na podstawie udzielonych odpowiedzi możliwa będzie ocena skuteczności oferowanej Panu (-i) pomocy i terapii celem lepszego dostosowania ich do indywidualnych potrzeb oraz trudności w różnych obszarach funkcjonowania.

Ankieta jest podzielona na kilka części. Każda z nich została opatrzona krótkim komentarzem oraz dokładną informacją, jak należy postępować udzielając odpowiedzi. Po zakończeniu pracy prosimy upewnić się, że dokonał (-a) Pan (-i) wszystkich wyborów i nie opuścił (-a) żadnego pytania. *Za wyrozumiałość i rzetelne odpowiedzi z góry dziękujemy.*

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny stopnia nasilenia problemów związanych z używaniem narkotyków.

Prosimy wybrać swoją odpowiedź stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SYMPTOMY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Gdy myślisz o ostatnim roku swojego życia, to czy:

	TAK	NIE
1. Zażywając narkotyki zwiększałeś (-aś) zaplanowaną pierwotnie dawkę?		
2. Zażywając narkotyki robiłeś (-aś) to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?		
3. Chciałeś (-aś) zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?		
4. Podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?		
5. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?		
6. Poświęcałeś (-aś)dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?		
7. Odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?		
8. Ze względu na używanie narkotyków:		
a) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków rodzinnych lub domowych?		
b) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?		
c) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?		
d) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?		
e) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?		
f) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?		
g) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
9. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?		
10. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że miałeś (-aś) przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne?		
11. Zażywałeś (-aś) coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?		
12. Odczuwałeś (-aś) zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?		
13. Po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwałeś (-aś) nieprzyjemne objawy?		

Kolejny zestaw pytań odnosi się do opisu uzależnienia od narkotyków, przebiegu leczenia i problemów zdrowotnych.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x)**. Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

1. W jakim wieku zacząłeś / zaczęłaś brać narkotyki?	

	LATA	MIESIĄCE	TYGODNIE
2. Kiedy miałeś(-aś) ostatnią, co najmniej 2-tygodniową przerwę w zażywaniu narkotyków? Określ, ile czasu minęło od tej przerwy (wpisz liczbę lat, miesięcy i tygodni).			

	TAK	NIE
3. Czy obecnie jesteś w abstynencji narkotykowej? ***Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania nr 4 i 5.***		
4. Czy Twoja abstynencja jest dobrowolna?		

	MIESIĄCE	TYGODNIE	DNI
5. Od jak dawna utrzymujesz abstynencję narkotykową? Określ, ile czasu już minęło (wpisz liczbę miesięcy, tygodni i dni).			

	TAK	NIE
6. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zażywałeś (-aś) narkotyki? ***Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania od 7 do 11.***		
7. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zmieniłeś (-aś) sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny)?		

	LICZBA DNI
8. Ile dni w ciągu ostatnich 7. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?	
9. Ile dni w ciągu ostatnich 30. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?	

10. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 7. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?	PLN
11. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 30. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?	PLN

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

12. Poniżej znajduje się lista narkotyków. Wybierz **trzy najczęściej** zażywane i uszereguj przypisując wartość **1** substancji najczęściej stosowanej, a 2 i 3 następnym w kolejności. Wskaż przy każdym z nich średnią dawkę jaką jednorazowo przyjmujesz/przyjmowałeś (-aś) (wpisz, czy są to gramy, mililitry, liczba tabletek, itp.).

NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA	NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA
[ ] marihuana		[ ] crack	
[ ] haszysz		[ ] amfetamina	
[ ] LSD		[ ] metamfetamina	
[ ] ecstasy (MDMA)		[ ] heroina (brown sugar)	
[ ] dopalacze		[ ] polska heroina (kompot)	
[ ] grzyby halucynogenne		[ ] metadon	
[ ] środki wziewne		[ ] buprenorfina	
[ ] kokaina		[ ] inne, jakie?	

13. Jaki stawiasz sobie cel terapii? [ ] osiągnięcie i utrzymanie abstynencji [ ] ograniczenie zażywania narkotyków

	TAK	NIE
14. Czy kiedykolwiek wcześniej podjąłeś / podjęłaś terapię uzależnień od narkotyków? *Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 15.*		
15. Czy kiedykolwiek ukończyłeś (-aś) podjętą terapię uzależnień od narkotyków?		

	TAK	NIE
16. Czy masz problem z uzależnieniem innym niż od narkotyków? *Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 17.*		

17. Poniżej znajduje się lista różnego rodzaju uzależnień, innych niż uzależnienie od narkotyków. Wybierz, które z poniższych problemów Cię dotyczą.

[ ] uzależnienie od alkoholu	[ ] uzależnienie od sieci społecznościowych
[ ] uzależnienie od leków (np. nasennych, uspokajających, przeciwbólowych)	[ ] uzależnienie od hazardu
[ ] uzależnienie od jedzenia	[ ] uzależnienie od seksu
[ ] uzależnienie od komputera, telefonu	[ ] uzależnienie od zakupów
[ ] uzależnienie od Internetu	[ ] uzależnienie od nikotyny
[ ] uzależnienie od gier	[ ] inne uzależnienie, jakie? .....

	LICZBA
18. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków:	
a) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej?	
b) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii?	
c) byłeś (-aś) leczony (-a) w szpitalu?	

	TAK	NIE
19. Czy zdiagnozowano u Ciebie jakieś problemy psychiczne? *Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania od 20 do 24.*		

20. Wpisz zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
21. Czy leczysz się z powodu któregoś ze wskazanych przez Ciebie problemów psychicznych?		
22. Czy w związku z problemami psychicznymi regularnie zażywasz leki?		
23. Czy w ciągu ostatnich 30 dni nasiliły się zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne?		
24. Czy w ciągu ostatnich 30 dni uległy złagodzeniu zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne?		

	TAK	NIE
25. Czy w ciągu ostatnich 30. dni popełniłeś (-aś) jakiekolwiek przestępstwo?		
26. Czy przebywałeś (-aś) w areszcie lub zakładzie karnym w ciągu ostatnich 6. miesięcy?		

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny siły pragnienia narkotyku. Udzielając odpowiedzi na zadane pytania **prosimy określić częstotliwość występowania poniższych sytuacji lub stanów**.

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków					
5. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, jak często zdarza się Panu (-i) reagować w dany sposób**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SPOSOBÓW REAGOWANIA

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania					
2. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
3. Używam siły przeciwko innym					
4. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
5. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji					
6. Działam pod wpływem impulsu					
7. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
8. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
9. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
10. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
11. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
12. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
13. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
14. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
15. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
16. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
17. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty					
18. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					
19. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
20. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
21. Zdarza mi się kogoś pobić					
22. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę					
23. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
24. Złośliwie nie pomagam innym					
25. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
26. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
27. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
28. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty					
30. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
31. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
32. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
33. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
34. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
35. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
36. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
37. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa					
38. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
39. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
40. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem. Jeżeli jest Pan (-i) osobą niepracującą, przy pytaniach odnoszących się do pracy prosimy wybrać odpowiedź „nie dotyczy".

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
3. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					
4. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
nie dotyczy					
5. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
6. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					
7. Lubię ludzi z mojej pracy					
nie dotyczy					
8. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
nie dotyczy					
9. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
10. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
11. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
nie dotyczy					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
14. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
15. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
16. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
17. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
18. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
19. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
nie dotyczy					
20. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajdują się pytania odnoszące się do konfliktów z innymi ludźmi.

W przypadku pytań otwartych prosimy wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (x). Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

	TAK	NIE
1. Czy jesteś z kimś w długotrwałym, poważnym konflikcie?		
2. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni popadłeś (-aś) w poważny (zagrażający relacji) konflikt z innymi osobami?		
3. Z kim jesteś skonfliktowany lub najczęściej wchodzisz w konflikt? *Prosimy wpisać inicjały wszystkich osób, które przychodzą Ci na myśl i określić, kim dana osoba jest dla Ciebie (np. matka, ojciec, znajomy, współpracownik, itp.)*		
	TAK	NIE
4. Czy Twoje konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków?		
5. Czy szukałeś (-aś) / szukasz specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu?		

Poniższe pytania dotyczą osób w Pana (-i) życiu, które udzielają wsparcia.

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy pomyśleć o osobach, na których pomoc może Pan (-i) liczyć w opisanych sytuacjach. Następnie należy określić, **jak bardzo jest Pan (-i) zadowolony (-a) z ogólnie otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia.** Niezależnie od tego o ilu osobach Pan (-i) pomyśli prosimy zaznaczyć **jedną** uśrednioną wartość poziomu swojego zadowolenia dla wszystkich tych osób.

Odpowiadając prosimy zakreślić kółkiem swój wybór, gdzie:

5 - bardzo zadowolony (-a); 4 – zadowolony (-a) ; 3 – trudno powiedzieć; 2 – niezadowolony (-a); 1 – bardzo niezadowolony (-a)

W sytuacji, gdy nie przychodzi Panu (-i) na myśl żadna osoba, na której pomoc może Pan (-i) liczyć, prosimy wybrać odpowiedź „brak".

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
5	4	3	2	1	brak
2. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
5	4	3	2	1	brak
3. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
5	4	3	2	1	brak
4. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
5. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
5	4	3	2	1	brak
6. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
5	4	3	2	1	brak
7. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
5	4	3	2	1	brak
8. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
9. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
5	4	3	2	1	brak

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
5	4	3	2	1	brak
11. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
12. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
5	4	3	2	1	brak
13. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
14. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
5	4	3	2	1	brak
15. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
5	4	3	2	1	brak
16. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
5	4	3	2	1	brak
17. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
5	4	3	2	1	brak
18. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
5	4	3	2	1	brak
19. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
5	4	3	2	1	brak
20. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
5	4	3	2	1	brak
21. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
22. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
5	4	3	2	1	brak
23. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
5	4	3	2	1	brak
24. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
5	4	3	2	1	brak

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SAMOOCENY

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
3. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
4. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
5. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
6. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
7. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich					
8. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
9. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
10. Potrafię dobrze planować swoje działania					
11. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda					
12. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
13. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
14. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
15. Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)					
16. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
17. Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
18. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					
19. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam					
20. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
21. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
22. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
23. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków					
24. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
25. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
26. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
27. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
28. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
29. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

30. Poniżej znajduje się lista potencjalnych motywów, które skłoniły Cię do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wybierz z nich **trzy najistotniejsze** i uszereguj w porządku ważności, gdzie 1 to najistotniejszy motyw, a 2 i 3 następne w kolejności.

[ ] pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	[ ] brak poczucia zadowolenia z życia
[ ] chęć odzyskania stabilności finansowej	[ ] świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół
[ ] chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	[ ] utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej
[ ] naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	[ ] poczucie winy i/lub wstydu
[ ] utrata kontroli nad własnym życiem	[ ] rosnące poczucie osamotnienia
[ ] świadomość ranienia bliskich	[ ] strach przed utratą tego, co w życiu ważne
[ ] groźba utraty pracy	[ ] smutek i stale obniżony nastrój
[ ] sądowy nakaz leczenia	[ ] poczucie napięcia
[ ] strach przed konsekwencjami prawnymi	[ ] poczucie lęku i niepewności
[ ] spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	[ ] inne, jakie? .....

METRYCZKA

Na koniec prosimy o podanie kilku informacji o sobie. Poniższe pytania pozwolą nam zebrać ogólne informacje, które będą stanowić podstawę oceny sytuacji społecznej i ekonomicznej wszystkich badanych osób.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.** W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

27. Data wypełniania:

28. Płeć: [ ] kobieta [ ] mężczyzna

29. Wiek [w pełnych latach]:

30. Miejsce zamieszkania:

Nazwa miejscowości:	Województwo:

31. Stan cywilny:

[ ] sama / sam	[ ] rozwiedziona / rozwiedziony
[ ] zamężna / żonaty	[ ] w separacji
[ ] wdowa /wdowiec	[ ] w związku nieformalnym

32. Warunki mieszkaniowe:

[ ] bardzo dobre	[ ] złe
[ ] dobre	[ ] bardzo złe
[ ] przeciętne	

33. Wykształcenie

[ ] podstawowe nieukończone	[ ] średnie
[ ] podstawowe ukończone	[ ] policealne
[ ] gimnazjalne	[ ] wyższe
[ ] zawodowe	

34. Łączna liczba lat nauki:

35. Czy Pan (-i) nadal się uczy?

TAK	NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania nr 10, 11 i 12.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

36. Stosunek do obowiązku szkolnego:
- [ ] systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji
- [ ] na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)
- [ ] zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn
- [ ] niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję
- [ ] bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję

37. Osiągane wyniki w nauce:
- [ ] bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre
- [ ] wysokie – przewaga ocen dobrych
- [ ] przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe
- [ ] niskie – przewaga ocen dopuszczających
- [ ] bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe

38. Liczba nieuzasadnionych nieobecności w szkole w ciągu ostatnich 30. dni: ..... DNI

39. Status zatrudnienia:

[ ] pracujący (-a) zarobkowo	[ ] bezrobotny (-a)	[ ] niepracujący (-a), uczący (-a) się
Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni z nieuzasadnionych powodów nie byłeś (-aś) w pracy?	Od jak dawna nie pracujesz? ..... [liczba miesięcy] Czy szukasz zatrudnienia? [ ] TAK [ ] NIE	*Prosimy pominąć pytanie nr 14 i 15.*

40. Wykonywany lub wyuczony zawód: .....

41. Charakter wykonywanej pracy:
- [ ] praca fizyczna
- [ ] praca umysłowa

42. Źródło Twojego dochodu (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź):
- [ ] praca zarobkowa
- [ ] zasiłek dla bezrobotnych
- [ ] emerytura
- [ ] świadczenia socjalne
- [ ] renta
- [ ] brak

43. Twój średni miesięczny dochód netto (tzw. na rękę): ..... PLN

DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

WYPEŁNIA OSOBA PRZEPROWADZAJĄCA BADANIE

Bardzo prosimy, by udzielając odpowiedzi kierowali się Państwo następującą zasadą: w przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem w przeznaczonym na to polu, natomiast w przypadku pytań otwartych wpisać pełną treść odpowiedzi w wyznaczonym na to miejscu.

1. Technika przeprowadzenia badania:

   [ ] ankieta [ ] wywiad

2. Proszę wskazać typ placówki:

   [ ] placówka ambulatoryjna [ ] placówka stacjonarna

3. Data przyjęcia osoby badanej do placówki:

4. Proszę wskazać formę terapii/pomocy, która jest oferowana osobie badanej.

   [ ] terapia indywidualna [ ] terapia grupowa [ ] inne formy pomocy

   ↓

   Proszę wypisać, jakie inne?:
   .....
   .....

5. Proszę wypisać podejście/podejścia stosowane w terapii zgodnie z założeniami prowadzonego przez placówkę programu terapeutycznego.

6. Proszę napisać jaki jest zakładany czas trwania programu terapeutycznego, w którym uczestniczy osoba badana [w tygodniach lub miesiącach].

7. Proszę napisać jaka jest zakładana częstotliwość sesji indywidualnych, w których uczestniczy lub będzie uczestniczyć osoba badana.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

ID BADANEGO

KPST-N
KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII
wersja: pomiar drugi

w opracowaniu: K. Karteczki-Świętek, J. Kusztal, S. Opozdy-Suder, M. Piaseckiej, Ł. Szwejki, A. Wójciak

Niniejsza ankieta składa się z pytań związanych z Pana (-i) sytuacją życiową (obejmującą również problem uzależnienia od narkotyków), oraz różnych twierdzeń dotyczących cech, zachowań, umiejętności i zdolności, które odnoszą się do potencjalnych Pana (-i) problemów wynikających z zażywania narkotyków.

Wypełniając ankietę prosimy kierować się tym, że nie ma odpowiedzi dobrych, ani złych. Najważniejsze, aby udzielane odpowiedzi były całkowicie szczere. Kwestia ta jest dla nas bardzo ważna, gdyż na podstawie udzielonych odpowiedzi możliwa będzie ocena skuteczności oferowanej Panu (-i) pomocy i terapii celem lepszego dostosowania ich do indywidualnych potrzeb oraz trudności w różnych obszarach funkcjonowania.

Ankieta jest podzielona na kilka części. Każda z nich została opatrzona krótkim komentarzem oraz dokładną informacją, jak należy postępować udzielając odpowiedzi. Po zakończeniu pracy prosimy upewnić się, że dokonał (-a) Pan (-i) wszystkich wyborów i nie opuścił (-a) żadnego pytania. *Za wyrozumiałość i rzetelne odpowiedzi z góry dziękujemy.*

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do opisu uzależnienia od narkotyków, przebiegu leczenia, problemów zdrowotnych i oceny stopnia nasilenia symptomów uzależnienia.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA, PRZEBIEG LECZENIA I SYMPTOMY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

1. Jaki był cel Twojej terapii?

[ ] osiągnięcie i utrzymanie abstynencji

[ ] ograniczenie zażywania narkotyków

Czy osiągnąłeś / osiągnęłaś abstynencję?
[ ] TAK [ ] NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) TAK to przejdź do pytania nr 17.

Gdy myślisz o czasie od rozpoczęcia swojej terapii, to czy:

	TAK	NIE
2. Zażywając narkotyki zwiększałeś (-aś) zaplanowaną pierwotnie dawkę?		
3. Zażywając narkotyki robiłeś (-aś) to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?		
4. Chciałeś (-aś) zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?		
5. Podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?		
6. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?		
7. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?		
8. Odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?		

	TAK	NIE
9. Ze względu na używanie narkotyków:		
a) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków rodzinnych lub domowych?		
b) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?		
c) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?		
d) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?		
e) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?		
f) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?		
g) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?		
10. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?		
11. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że miałeś (-aś) przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne?		
12. Zażywałeś (-aś) coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?		
13. Odczuwałeś (-aś) zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?		
14. Po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwałeś (-aś) nieprzyjemne objawy?		

15. Poniżej znajduje się lista narkotyków. Wybierz **trzy najczęściej** zażywane w okresie trwania terapii i uszereguj przypisując wartość 1 substancji najczęściej stosowanej, a 2 i 3 następnym w kolejności. Wskaż przy każdym z nich średnią dawkę jaką jednorazowo przyjmujesz/przyjmowałeś (-aś) (wpisz, czy są to gramy, mililitry, liczba tabletek, itp.).

NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA	NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA
[ ] marihuana		[ ] crack	
[ ] haszysz		[ ] amfetamina	
[ ] LSD		[ ] metamfetamina	
[ ] ecstasy (MDMA)		[ ] heroina (brown sugar)	
[ ] dopalacze		[ ] polska heroina (kompot)	
[ ] grzyby halucynogenne		[ ] metadon	
[ ] środki wziewne		[ ] buprenorfina	
[ ] kokaina		[ ] inne, jakie?	

	TAK	NIE
16. Czy obecnie jesteś w abstynencji narkotykowej? *Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 21.*		

	TAK	NIE
17. Czy Twoja abstynencja jest dobrowolna?		
18. Czy zachowałeś (-aś) całkowitą abstynencję przez okres trwania terapii? *Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) TAK to przejdź do pytania nr 27.*		

	LICZBA
19. Ile razy w trakcie trwania terapii złamałeś (-aś) abstynencję?	

	MIESIĄCE	TYGODNIE	DNI
20. Od jak dawna utrzymujesz abstynencję narkotykową? Określ, ile czasu już minęło (wpisz liczbę miesięcy, tygodni i dni).			

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
21. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zażywałeś (-aś) narkotyki? *Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 27.*		
22. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zmieniłeś (-aś) sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny)?		

	LICZBA DNI	
23. Ile dni w ciągu ostatnich 7. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?		
24. Ile dni w ciągu ostatnich 30. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?		
25. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 7. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?		PLN
26. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 30. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?		PLN

	TAK	NIE
27. Czy w trakcie trwania terapii zmienił się zakładany przez Ciebie na jej początku cel (osiągnięcie i utrzymanie abstynencji lub ograniczenie zażywania narkotyków)?		
28. Czy w trakcie trwania terapii pojawiły się u Ciebie jakieś nowe uzależnienia inne niż od narkotyków? *Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 29.*		

29. Poniżej znajduje się lista różnego rodzaju uzależnień, innych niż uzależnienie od narkotyków. Wybierz, które z poniższych problemów Cię dotyczą.

[ ] uzależnienie od alkoholu	[ ] uzależnienie od sieci społecznościowych
[ ] uzależnienie od leków (np. nasennych, uspokajających, przeciwbólowych)	[ ] uzależnienie od hazardu
[ ] uzależnienie od jedzenia	[ ] uzależnienie od seksu
[ ] uzależnienie od komputera, telefonu	[ ] uzależnienie od zakupów
[ ] uzależnienie od Internetu	[ ] uzależnienie od nikotyny
[ ] uzależnienie od gier	[ ] inne uzależnienie, jakie? .....

	LICZBA
30. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami:	
a) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej?	
b) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie lub ukończenie terapii?	
c) byłeś (-aś) leczony (-a) w szpitalu?	

	TAK	NIE
31. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie jakieś problemy psychiczne? *Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 39.*		
32. Czy w trakcie trwania terapii zdiagnozowano u Ciebie jakieś nowe problemy psychiczne? *Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 33.*		
33. Wpisz zdiagnozowane u Ciebie nowe problemy psychiczne		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
34. Czy leczysz się z powodu któregoś ze zdiagnozowanych u Ciebie problemów psychicznych?		
35. Czy w związku z problemami psychicznymi regularnie zażywasz leki?		
36. Czy w ciągu ostatnich 30. dni nasiliły się zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne?		
37. Czy w ciągu ostatnich 30. dni uległy złagodzeniu zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne?		
38. Czy w trakcie trwania terapii ustąpił któryś ze zdiagnozowanych u Ciebie problemów psychicznych?		

	TAK	NIE
39. Czy w ciągu ostatnich 30. dni popełniłeś (-aś) jakiekolwiek przestępstwo?		
40. Czy przebywałeś (-aś) w areszcie lub zakładzie karnym od momentu rozpoczęcia terapii?		

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny siły pragnienia narkotyku. Udzielając odpowiedzi na zadane pytania **prosimy określić częstotliwość występowania poniższych sytuacji lub stanów**.

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków					
5. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, jak często zdarza się Panu (-i) reagować w dany sposób**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x)**. Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SPOSOBÓW REAGOWANIA

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania					
2. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
3. Używam siły przeciwko innym					
4. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
5. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji					
6. Działam pod wpływem impulsu					
7. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
8. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
9. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
10. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
11. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
12. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
13. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
14. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
15. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
16. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
17. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty					
18. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					
19. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
20. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
21. Zdarza mi się kogoś pobić					
22. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę					
23. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
24. Złośliwie nie pomagam innym					
25. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
26. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
27. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
28. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty					
30. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
31. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
32. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
33. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
34. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
35. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
36. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
37. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa					
38. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
39. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
40. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem. Jeżeli jest Pan (-i) osobą niepracującą, przy pytaniach odnoszących się do pracy prosimy wybrać odpowiedź „nie dotyczy".

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
3. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					
4. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
nie dotyczy					
5. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
6. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					
7. Lubię ludzi z mojej pracy					
nie dotyczy					
8. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
nie dotyczy					
9. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
10. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
11. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
nie dotyczy					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
14. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
15. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
16. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
17. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
18. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
19. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
nie dotyczy					
20. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajdują się pytania odnoszące się do konfliktów z innymi ludźmi.

W przypadku pytań otwartych prosimy wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (x). Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

	TAK	NIE
1. Czy jesteś z kimś w długotrwałym, poważnym konflikcie?		
2. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni popadłeś (-aś) w poważny (zagrażający relacji) konflikt z innymi osobami?		
3. Z kim jesteś skonfliktowany lub najczęściej wchodzisz w konflikt? *Prosimy wpisać inicjały wszystkich osób, które przychodzą Ci na myśl i określić, kim dana osoba jest dla Ciebie (np. matka, ojciec, znajomy, współpracownik, itp.)*		
	TAK	NIE
4. Czy Twoje konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków lub z tym, że kiedyś je zażywałeś (-aś)?		
5. Czy szukałeś (-aś) / szukasz specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu?		

Poniższe pytania dotyczą osób w Pana (-i) życiu, które udzielają wsparcia.

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy pomyśleć o osobach, na których pomoc może Pan (-i) liczyć w opisanych sytuacjach. Następnie należy określić, **jak bardzo jest Pan (-i) zadowolony (-a) z ogólnie otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia**. Niezależnie od tego o ilu osobach Pan (-i) pomyśli prosimy zaznaczyć **jedną** uśrednioną wartość poziomu swojego zadowolenia dla wszystkich tych osób.

Odpowiadając prosimy zakreślić kółkiem swój wybór, gdzie:

5 - bardzo zadowolony (-a); 4 – zadowolony (-a) ; 3 – trudno powiedzieć; 2 – niezadowolony (-a); 1 – bardzo niezadowolony (-a)

W sytuacji, gdy nie przychodzi Panu (-i) na myśl żadna osoba, na której pomoc może Pan (-i) liczyć, prosimy wybrać odpowiedź „brak".

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
5	4	3	2	1	brak
2. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
5	4	3	2	1	brak
3. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
5	4	3	2	1	brak
4. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
5. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
5	4	3	2	1	brak
6. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
5	4	3	2	1	brak
7. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
5	4	3	2	1	brak
8. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
9. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
5	4	3	2	1	brak

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
5	4	3	2	1	brak
11. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
12. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
5	4	3	2	1	brak
13. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
14. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
5	4	3	2	1	brak
15. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
5	4	3	2	1	brak
16. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
5	4	3	2	1	brak
17. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
5	4	3	2	1	brak
18. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
5	4	3	2	1	brak
19. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
5	4	3	2	1	brak
20. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
5	4	3	2	1	brak
21. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
22. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
5	4	3	2	1	brak
23. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
5	4	3	2	1	brak
24. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
5	4	3	2	1	brak

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SAMOOCENY

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
3. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
4. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
5. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
6. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
7. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich					
8. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
9. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
10. Potrafię dobrze planować swoje działania					
11. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda					
12. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
13. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
14. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
15. Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)					
16. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
17. Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
18. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					
19. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam					
20. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
21. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
22. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
23. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków					
24. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
25. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
26. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
27. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
28. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
29. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

30. Poniżej znajduje się lista potencjalnych motywów, które skłoniły Cię do podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wybierz z nich **trzy najistotniejsze** i uszereguj w porządku ważności, gdzie 1 to najistotniejszy motyw, a 2 i 3 następne w kolejności.

[ ] pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	[ ] brak poczucia zadowolenia z życia
[ ] chęć odzyskania stabilności finansowej	[ ] świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół
[ ] chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	[ ] utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej
[ ] naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	[ ] poczucie winy i/lub wstydu
[ ] utrata kontroli nad własnym życiem	[ ] rosnące poczucie osamotnienia
[ ] świadomość ranienia bliskich	[ ] strach przed utratą tego, co w życiu ważne
[ ] groźba utraty pracy	[ ] smutek i stale obniżony nastrój
[ ] sądowy nakaz leczenia	[ ] poczucie napięcia
[ ] strach przed konsekwencjami prawnymi	[ ] poczucie lęku i niepewności
[ ] spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	[ ] inne, jakie? .....

METRYCZKA

Na koniec prosimy o podanie kilku informacji o sobie. Poniższe pytania pozwolą nam zebrać ogólne informacje, które będą stanowić podstawę oceny sytuacji społecznej i ekonomicznej wszystkich badanych osób.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.** W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

1. Data wypełniania:

2. Płeć: [ ] kobieta [ ] mężczyzna

3. Wiek [w pełnych latach]:

4. Miejsce zamieszkania:

Nazwa miejscowości:	Województwo:

5. Stan cywilny:

[ ] sama / sam	[ ] rozwiedziona / rozwiedziony
[ ] zamężna / żonaty	[ ] w separacji
[ ] wdowa /wdowiec	[ ] w związku nieformalnym

6. Warunki mieszkaniowe:

[ ] bardzo dobre	[ ] złe
[ ] dobre	[ ] bardzo złe
[ ] przeciętne	

7. Wykształcenie

[ ] podstawowe nieukończone	[ ] średnie
[ ] podstawowe ukończone	[ ] policealne
[ ] gimnazjalne	[ ] wyższe
[ ] zawodowe	

8. Łączna liczba lat nauki:

9. Czy Pan (-i) nadal się uczy?

TAK	NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 13.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Stosunek do obowiązku szkolnego:
- [ ] systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji
- [ ] na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)
- [ ] zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn
- [ ] niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję
- [ ] bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję

11. Osiągane wyniki w nauce:
- [ ] bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre
- [ ] wysokie – przewaga ocen dobrych
- [ ] przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe
- [ ] niskie – przewaga ocen dopuszczających
- [ ] bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe

12. Liczba nieuzasadnionych nieobecności w szkole w ciągu ostatnich 30. dni: ..... DNI

13. Status zatrudnienia:

[ ] pracujący (-a) zarobkowo	[ ] bezrobotny (-a)	[ ] niepracujący (-a), uczący (-a) się
Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni z nieuzasadnionych powodów nie byłeś (-aś) w pracy?	Od jak dawna nie pracujesz? ..... [liczba miesięcy] Czy szukasz zatrudnienia? [ ] TAK [ ] NIE	*Prosimy pominąć pytania nr 14 i 15.*

14. Wykonywany lub wyuczony zawód: .....

15. Charakter wykonywanej pracy:
- [ ] praca fizyczna
- [ ] praca umysłowa

16. Źródło Twojego dochodu (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź):
- [ ] praca zarobkowa
- [ ] zasiłek dla bezrobotnych
- [ ] emerytura
- [ ] świadczenia socjalne
- [ ] renta
- [ ] brak

17. Twój średni miesięczny dochód netto (tzw. na rękę): ..... PLN

DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

WYPEŁNIA OSOBA PRZEPROWADZAJĄCA BADANIE

Bardzo prosimy, by udzielając odpowiedzi kierowali się Państwo następującą zasadą: w przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x)** w przeznaczonym na to polu, natomiast w przypadku pytań otwartych **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**.

1. Technika przeprowadzenia badania:

   [ ] ankieta [ ] wywiad

2. Proszę wskazać typ placówki:

   [ ] placówka ambulatoryjna [ ] placówka stacjonarna

3. Data ukończenia terapii przez osobę badaną:

4. Proszę wskazać formę terapii/pomocy, która była oferowana osobie badanej.

   [ ] terapia indywidualna [ ] terapia grupowa [ ] inne formy pomocy

   ↓

   Proszę wypisać, jakie inne?:
   .....
   .....

5. Proszę wypisać podejście/podejścia stosowane w terapii zgodnie z założeniami prowadzonego przez placówkę programu terapeutycznego.

6. Proszę napisać, jaki był czas trwania programu terapeutycznego, w którym uczestniczyła osoba badana [w tygodniach lub miesiącach].

7. Proszę napisać, jaka była częstotliwość sesji indywidualnych, w których uczestniczyła osoba badana.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

ID BADANEGO

KPST-N
KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII
wersja: pomiar po terapii

w opracowaniu: K. Karteczki-Świętek, J. Kusztal, S. Opozdy-Suder, M. Piaseckiej, Ł. Szwejki, A. Wójciak

Niniejsza ankieta składa się z pytań związanych z Pana (-i) sytuacją życiową (obejmującą również problem uzależnienia od narkotyków), oraz różnych twierdzeń dotyczących cech, zachowań, umiejętności i zdolności, które odnoszą się do potencjalnych Pana (-i) problemów wynikających z zażywania narkotyków.

Wypełniając ankietę prosimy kierować się tym, że nie ma odpowiedzi dobrych, ani złych. Najważniejsze, aby udzielane odpowiedzi były całkowicie szczere. Kwestia ta jest dla nas bardzo ważna, gdyż na podstawie udzielonych odpowiedzi możliwa będzie ocena skuteczności oferowanej Panu (-i) pomocy i terapii celem lepszego dostosowania ich do indywidualnych potrzeb oraz trudności w różnych obszarach funkcjonowania.

Ankieta jest podzielona na kilka części. Każda z nich została opatrzona krótkim komentarzem oraz dokładną informacją, jak należy postępować udzielając odpowiedzi. Po zakończeniu pracy prosimy upewnić się, że dokonał (-a) Pan (-i) wszystkich wyborów i nie opuścił (-a) żadnego pytania. *Za wyrozumiałość i rzetelne odpowiedzi z góry dziękujemy.*

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do opisu uzależnienia od narkotyków, przebiegu leczenia, problemów zdrowotnych i oceny stopnia nasilenia symptomów uzależnienia.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA, PRZEBIEG LECZENIA I SYMPTOMY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

1. Czy zachowałeś (-aś) całkowitą abstynencję przez ostatnie dwa miesiące? [ ] TAK [ ] NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) TAK to przejdź do pytania nr 25.

Gdy myślisz o ostatnich dwóch miesiącach swojego życia, to czy:

	TAK	NIE
2. Zażywając narkotyki zwiększałeś (-aś) zaplanowaną pierwotnie dawkę?		
3. Zażywając narkotyki robiłeś (-aś) to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?		
4. Chciałeś (-aś) zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?		
5. Podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?		
6. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?		
7. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?		
8. Odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

9. Ze względu na używanie narkotyków:	TAK	NIE
a) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków rodzinnych lub domowych?		
b) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?		
c) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?		
d) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?		
e) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?		
f) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?		
g) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?		
10. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?		
11. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że miałeś (-aś) przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne?		
12. Zażywałeś (-aś) coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?		
13. Odczuwałeś (-aś) zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?		
14. Po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwałeś (-aś) nieprzyjemne objawy?		

15. Poniżej znajduje się lista narkotyków. Wybierz trzy najczęściej zażywane w okresie ostatnich dwóch miesięcy i uszereguj przypisując wartość 1 substancji najczęściej stosowanej, a 2 i 3 następnym w kolejności. Wskaż przy każdym z nich średnią dawkę jaką jednorazowo przyjmujesz/przyjmowałeś (-aś) (wpisz, czy są to gramy, mililitry, liczba tabletek, itp.).

NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA	NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA
[ ] marihuana		[ ] crack	
[ ] haszysz		[ ] amfetamina	
[ ] LSD		[ ] metamfetamina	
[ ] ecstasy (MDMA)		[ ] heroina (brown sugar)	
[ ] dopalacze		[ ] polska heroina (kompot)	
[ ] grzyby halucynogenne		[ ] metadon	
[ ] środki wziewne		[ ] buprenorfina	
[ ] kokaina		[ ] inne, jakie?	

	TAK	NIE
16. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zażywałeś (-aś) narkotyki?		
Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 23.		
17. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zmieniłeś (-aś) sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny)?		

	LICZBA DNI	
18. Ile dni w ciągu ostatnich 7. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?		
19. Ile dni w ciągu ostatnich 30. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?		
20. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 7. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?		PLN
21. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 30. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?		PLN

	TAK	NIE
22. Czy obecnie jesteś w abstynencji narkotykowej?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 26.

	MIESIĄCE	TYGODNIE	DNI
23. Od jak dawna utrzymujesz abstynencję narkotykową? Określ, ile czasu już minęło (wpisz liczbę miesięcy, tygodni i dni).			

	LICZBA
24. Ile razy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy złamałeś (-aś) abstynencję?	

	TAK	NIE
25. Czy Twoja abstynencja jest dobrowolna?		

	TAK	NIE
26. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy podjąłeś/podjęłaś kolejną terapię uzależnień od narkotyków?		
27. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy korzystałeś (-aś) z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (np. grupy samopomocowej)?		

	TAK	NIE
28. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy pojawiły się u Ciebie jakieś nowe uzależnienia inne niż od narkotyków?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 29.

29. Poniżej znajduje się lista różnego rodzaju uzależnień, innych niż uzależnienie od narkotyków. Wybierz, które z poniższych problemów Cię dotyczą.

[ ] uzależnienie od alkoholu	[ ] uzależnienie od sieci społecznościowych
[ ] uzależnienie od leków (np. nasennych, uspokajających, przeciwbólowych)	[ ] uzależnienie od hazardu
[ ] uzależnienie od jedzenia	[ ] uzależnienie od seksu
[ ] uzależnienie od komputera, telefonu	[ ] uzależnienie od zakupów
[ ] uzależnienie od Internetu	[ ] uzależnienie od nikotyny
[ ] uzależnienie od gier	[ ] inne uzależnienie, jakie? .....

	LICZBA
30. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami:	
a) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej?	
b) byłeś (-aś) leczony (-a) w szpitalu?	

	TAK	NIE
31. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie jakieś problemy psychiczne?		

Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 39.

	TAK	NIE
32. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy zdiagnozowano u Ciebie jakieś nowe problemy psychiczne?		

Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 33.

33. Wpisz zdiagnozowane u Ciebie nowe problemy psychiczne	

	TAK	NIE
34. Czy leczysz się z powodu któregoś ze zdiagnozowanych u Ciebie problemów psychicznych?		
35. Czy w związku z problemami psychicznymi regularnie zażywasz leki?		
36. Czy w ciągu ostatnich 30. dni nasiliły się zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne?		
37. Czy w ciągu ostatnich 30. dni uległy złagodzeniu zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne?		
38. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy ustąpił któryś ze zdiagnozowanych u Ciebie problemów psychicznych?		

	TAK	NIE
39. Czy w ciągu ostatnich 30. dni popełniłeś (-aś) jakiekolwiek przestępstwo?		
40. Czy przebywałeś (-aś) w areszcie lub zakładzie karnym w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?		

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny siły pragnienia narkotyku. Udzielając odpowiedzi na zadane pytania **prosimy określić częstotliwość występowania poniższych sytuacji lub stanów.**

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków					
5. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, jak często zdarza się Panu (-i) reagować w dany sposób**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x)**. Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SPOSOBÓW REAGOWANIA

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania					
2. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
3. Używam siły przeciwko innym					
4. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
5. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji					
6. Działam pod wpływem impulsu					
7. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
8. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
9. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
10. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
11. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
12. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
13. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
14. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
15. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
16. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
17. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty					
18. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					
19. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
20. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
21. Zdarza mi się kogoś pobić					
22. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę					
23. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
24. Złośliwie nie pomagam innym					
25. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
26. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
27. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
28. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty					
30. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
31. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
32. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
33. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
34. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
35. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
36. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
37. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa					
38. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
39. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
40. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem. Jeżeli jest Pan (-i) osobą niepracującą, przy pytaniach odnoszących się do pracy prosimy wybrać odpowiedź „nie dotyczy".

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
3. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					
4. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
nie dotyczy					
5. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
6. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					
7. Lubię ludzi z mojej pracy					
nie dotyczy					
8. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
nie dotyczy					
9. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
10. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
11. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
nie dotyczy					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
14. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
15. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
16. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
17. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
18. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
19. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
nie dotyczy					
20. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajdują się pytania odnoszące się do konfliktów z innymi ludźmi.

W przypadku pytań otwartych prosimy wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (x). Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

	TAK	NIE
1. Czy jesteś z kimś w długotrwałym, poważnym konflikcie?		
2. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni popadłeś (-aś) w poważny (zagrażający relacji) konflikt z innymi osobami?		
3. Z kim jesteś skonfliktowany lub najczęściej wchodzisz w konflikt? *Prosimy wpisać inicjały wszystkich osób, które przychodzą Ci na myśl i określić, kim dana osoba jest dla Ciebie (np. matka, ojciec, znajomy, współpracownik, itp.)*		
	TAK	NIE
4. Czy Twoje konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków lub z tym, że kiedyś je zażywałeś (-aś)?		
5. Czy szukałeś (-aś) / szukasz specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu?		

Poniższe pytania dotyczą osób w Pana (-i) życiu, które udzielają wsparcia.

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy pomyśleć o osobach, na których pomoc może Pan (-i) liczyć w opisanych sytuacjach. Następnie należy określić, **jak bardzo jest Pan (-i) zadowolony (-a) z ogólnie otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia**. Niezależnie od tego o ilu osobach Pan (-i) pomyśli prosimy zaznaczyć **jedną** uśrednioną wartość poziomu swojego zadowolenia dla wszystkich tych osób.

Odpowiadając prosimy zakreślić kółkiem swój wybór, gdzie:

5 - bardzo zadowolony (-a); 4 – zadowolony (-a) ; 3 – trudno powiedzieć; 2 – niezadowolony (-a); 1 – bardzo niezadowolony (-a)

W sytuacji, gdy nie przychodzi Panu (-i) na myśl żadna osoba, na której pomoc może Pan (-i) liczyć, prosimy wybrać odpowiedź „brak".

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
5	4	3	2	1	brak
2. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
5	4	3	2	1	brak
3. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
5	4	3	2	1	brak
4. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
5. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
5	4	3	2	1	brak
6. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
5	4	3	2	1	brak
7. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
5	4	3	2	1	brak
8. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
9. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
5	4	3	2	1	brak

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
5	4	3	2	1	brak
11. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
12. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
5	4	3	2	1	brak
13. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
14. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
5	4	3	2	1	brak
15. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
5	4	3	2	1	brak
16. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
5	4	3	2	1	brak
17. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
5	4	3	2	1	brak
18. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
5	4	3	2	1	brak
19. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
5	4	3	2	1	brak
20. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
5	4	3	2	1	brak
21. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
22. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
5	4	3	2	1	brak
23. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
5	4	3	2	1	brak
24. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
5	4	3	2	1	brak

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SAMOOCENY

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
3. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
4. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
5. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
6. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
7. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich					
8. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
9. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
10. Potrafię dobrze planować swoje działania					
11. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda					
12. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
13. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
14. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
15. Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)					
16. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
17. Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
18. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					
19. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam					
20. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
21. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
22. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
23. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków					
24. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
25. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
26. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
27. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
28. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
29. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

30. Poniżej znajduje się lista potencjalnych motywów, które skłoniły Cię do podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wybierz z nich **trzy najistotniejsze** i uszereguj w porządku ważności, gdzie 1 to najistotniejszy motyw, a 2 i 3 następne w kolejności.

[ ] pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	[ ] brak poczucia zadowolenia z życia
[ ] chęć odzyskania stabilności finansowej	[ ] świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół
[ ] chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	[ ] utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej
[ ] naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	[ ] poczucie winy i/lub wstydu
[ ] utrata kontroli nad własnym życiem	[ ] rosnące poczucie osamotnienia
[ ] świadomość ranienia bliskich	[ ] strach przed utratą tego, co w życiu ważne
[ ] groźba utraty pracy	[ ] smutek i stale obniżony nastrój
[ ] sądowy nakaz leczenia	[ ] poczucie napięcia
[ ] strach przed konsekwencjami prawnymi	[ ] poczucie lęku i niepewności
[ ] spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	[ ] inne, jakie? .....

METRYCZKA

Na koniec prosimy o podanie kilku informacji o sobie. Poniższe pytania pozwolą nam zebrać ogólne informacje, które będą stanowić podstawę oceny sytuacji społecznej i ekonomicznej wszystkich badanych osób.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.** W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

1. Data wypełniania:

2. Płeć: [ ] kobieta [ ] mężczyzna

3. Wiek [w pełnych latach]:

4. Miejsce zamieszkania:

Nazwa miejscowości:	Województwo:

5. Stan cywilny:

[ ] sama / sam	[ ] rozwiedziona / rozwiedziony
[ ] zamężna / żonaty	[ ] w separacji
[ ] wdowa /wdowiec	[ ] w związku nieformalnym

6. Warunki mieszkaniowe:

[ ] bardzo dobre	[ ] złe
[ ] dobre	[ ] bardzo złe
[ ] przeciętne	

7. Wykształcenie

[ ] podstawowe nieukończone	[ ] średnie
[ ] podstawowe ukończone	[ ] policealne
[ ] gimnazjalne	[ ] wyższe
[ ] zawodowe	

8. Łączna liczba lat nauki:

9. Czy Pan (-i) nadal się uczy?

TAK	NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 13.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Stosunek do obowiązku szkolnego:
- [ ] systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji
- [ ] na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)
- [ ] zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn
- [ ] niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję
- [ ] bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję

11. Osiągane wyniki w nauce:
- [ ] bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre
- [ ] wysokie – przewaga ocen dobrych
- [ ] przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe
- [ ] niskie – przewaga ocen dopuszczających
- [ ] bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe

12. Liczba nieuzasadnionych nieobecności w szkole w ciągu ostatnich 30. dni: ..... DNI

13. Status zatrudnienia:

[ ] pracujący (-a) zarobkowo	[ ] bezrobotny (-a)	[ ] niepracujący (-a), uczący (-a) się
Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni z nieuzasadnionych powodów nie byłeś (-aś) w pracy?	Od jak dawna nie pracujesz? ..... [liczba miesięcy] Czy szukasz zatrudnienia? [ ] TAK [ ] NIE	*Prosimy pominąć pytania nr 14 i 15.*

14. Wykonywany lub wyuczony zawód: .....

15. Charakter wykonywanej pracy:
- [ ] praca fizyczna
- [ ] praca umysłowa

16. Źródło Twojego dochodu (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź):
- [ ] praca zarobkowa
- [ ] zasiłek dla bezrobotnych
- [ ] emerytura
- [ ] świadczenia socjalne
- [ ] renta
- [ ] brak

17. Twój średni miesięczny dochód netto (tzw. na rękę): ..... PLN

DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

ZAŁĄCZNIK 2

KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII (KPST-N) WERSJE UŻYTE W BADANIACH WŁAŚCIWYCH

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

ID BADANEGO

KPST-N
KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII

w opracowaniu: K. Karteczki-Świętek, J. Kusztal, S. Opozdy-Suder, M. Piaseckiej, Ł. Szwejki, A. Wójciak

Niniejsza ankieta składa się z pytań związanych z Pana (-i) sytuacją życiową (obejmującą również problem uzależnienia od narkotyków), oraz różnych twierdzeń dotyczących cech, zachowań, umiejętności i zdolności, które odnoszą się do potencjalnych Pana (-i) problemów wynikających z zażywania narkotyków.

Wypełniając ankietę prosimy kierować się tym, że nie ma odpowiedzi dobrych, ani złych. Najważniejsze, aby udzielane odpowiedzi były całkowicie szczere. Kwestia ta jest dla nas bardzo ważna, gdyż na podstawie zebranych danych od wszystkich osób biorących udział w badaniach możliwe będzie przeprowadzenie oceny skuteczności oferowanej pomocy i terapii celem lepszego dostosowania ich do indywidualnych potrzeb oraz trudności każdego klienta w różnych obszarach funkcjonowania.

Ankieta jest podzielona na kilka części. Każda z nich została opatrzona krótkim komentarzem oraz dokładną informacją, jak należy postępować udzielając odpowiedzi. Po zakończeniu pracy prosimy upewnić się, że dokonał (-a) Pan (-i) wszystkich wyborów i nie opuścił (-a) żadnego pytania. *Za wyrozumiałość i rzetelne odpowiedzi z góry dziękujemy.*

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny stopnia nasilenia problemów związanych z używaniem narkotyków.

Prosimy wybrać swoją odpowiedź stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SYMPTOMY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Gdy myślisz o ostatnim roku swojego życia, to czy:

	TAK	NIE
1. Zażywając narkotyki zwiększałeś (-aś) zaplanowaną pierwotnie dawkę?		
2. Zażywając narkotyki robiłeś (-aś) to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?		
3. Chciałeś (-aś) zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?		
4. Podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?		
5. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?		
6. Poświęcałeś (-aś)dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?		
7. Odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?		
8. Ze względu na używanie narkotyków:		
a) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków rodzinnych lub domowych?		
b) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?		
c) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?		
d) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?		
e) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?		
f) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?		
g) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

9. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?		
10. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że miałeś (-aś) przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne?		
11. Zażywałeś (-aś) coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?		
12. Odczuwałeś (-aś) zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?		
13. Po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwałeś (-aś) nieprzyjemne objawy?		

Kolejny zestaw pytań odnosi się do opisu uzależnienia od narkotyków, przebiegu leczenia i problemów zdrowotnych.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

1. W jakim wieku zacząłeś / zaczęłaś brać narkotyki?	

	LATA	MIESIĄCE	TYGODNIE
2. Kiedy miałeś(-aś) ostatnią, co najmniej 2-tygodniową przerwę w zażywaniu narkotyków? Określ, ile czasu minęło od tamtego momentu (wpisz liczbę lat, miesięcy i tygodni).			

	TAK	NIE
3. Czy obecnie jesteś w abstynencji narkotykowej?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania nr 4 i 5.

4. Czy Twoja abstynencja jest dobrowolna?		

	MIESIĄCE	TYGODNIE	DNI
5. Od jak dawna utrzymujesz abstynencję narkotykową? Określ, ile czasu już minęło (wpisz liczbę miesięcy, tygodni i dni).			

	TAK	NIE
6. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zażywałeś (-aś) narkotyki?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania od 7 do 11.

7. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zmieniłeś (-aś) sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny)?		

	LICZBA DNI
8. Ile dni w ciągu ostatnich 7. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?	
9. Ile dni w ciągu ostatnich 30. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?	

	PLN
10. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 7. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?	
11. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 30. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?	

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

12. Poniżej znajduje się lista narkotyków. Wybierz **trzy najczęściej** zażywane i uszereguj przypisując wartość **1** substancji najczęściej stosowanej, a 2 i 3 następnym w kolejności. Wskaż przy każdym z nich średnią dawkę jaką jednorazowo przyjmujesz/przyjmowałeś (-aś) (wpisz, czy są to gramy, mililitry, liczba tabletek, itp.).

NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA	NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA
[ ] marihuana		[ ] crack	
[ ] haszysz		[ ] amfetamina	
[ ] LSD		[ ] metamfetamina	
[ ] ecstasy (MDMA)		[ ] heroina (brown sugar)	
[ ] dopalacze		[ ] polska heroina (kompot)	
[ ] grzyby halucynogenne		[ ] metadon	
[ ] środki wziewne		[ ] buprenorfina	
[ ] kokaina		[ ] inne, jakie?	

	TAK	NIE
13. Czy kiedykolwiek wcześniej podjąłeś / podjęłaś terapię uzależnień od narkotyków?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 14.

14. Czy kiedykolwiek ukończyłeś (-aś) podjętą terapię uzależnień od narkotyków?		

	TAK	NIE
15. Czy masz problem z uzależnieniem innym niż od narkotyków?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 16.

16. Poniżej znajduje się lista różnego rodzaju uzależnień, innych iż uzależnienie od narkotyków. Wybierz, które z poniższych problemów Cię dotyczą.

[ ] alkoholu	[ ] sieci społecznościowych
[ ] leków (np. nasennych, uspokajających, przeciwbólowych)	[ ] hazardu
[ ] jedzenia	[ ] seksu
[ ] komputera, telefonu	[ ] zakupów
[ ] Internetu	[ ] inne, jakie? .....
[ ] gier	

	LICZBA
17. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków:	
a) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej?	
b) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii?	
c) byłeś (-aś) leczony (-a) w szpitalu?	

	TAK	NIE
18. Czy zdiagnozowano u Ciebie jakieś problemy psychiczne?		

Jeżeli nie wskazałeś (-aś) żadnego problemu pomiń pytania od 19 do 23.

19. Wpisz zdiagnozowane u Ciebie problemy psychiczne	

	TAK	NIE
20. Czy leczysz się z powodu któregoś ze wskazanych przez Ciebie problemów psychicznych?		
21. Czy w związku z problemami psychicznymi regularnie zażywasz leki?		
22. Czy w ciągu ostatnich 30 dni nasiliły się Twoje problemy psychiczne?		
23. Czy w ciągu ostatnich 30 dni uległy złagodzeniu Twoje problemy psychiczne?		

	TAK	NIE
24. Czy w ciągu ostatnich 30. dni popełniłeś (-aś) jakiekolwiek przestępstwo?		
25. Czy przebywałeś (-aś) w areszcie lub zakładzie karnym w ciągu ostatnich 6. miesięcy?		

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny siły pragnienia narkotyku. Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy kierować się instrukcją umieszczoną przed zestawem.

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

Prosimy określić częstotliwość występowania poniższych sytuacji lub stanów.	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków					
5. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, jak często zdarza się Panu (-i) reagować w dany sposób**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SPOSOBÓW REAGOWANIA

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania					
2. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
3. Używam siły przeciwko innym					
4. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
5. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji					
6. Działam pod wpływem impulsu					
7. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
8. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
9. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
10. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
11. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
12. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
13. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
14. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
15. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
16. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
17. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty					
18. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					
19. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
20. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
21. Zdarza mi się kogoś pobić					
22. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę					
23. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
24. Złośliwie nie pomagam innym					
25. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
26. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
27. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
28. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty					
30. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
31. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
32. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
33. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
34. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
35. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
36. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
37. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa					
38. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
39. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
40. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem. Jeżeli jest Pan (-i) osobą niepracującą, przy pytaniach odnoszących się do pracy prosimy wybrać odpowiedź „nie dotyczy".

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
3. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					
4. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
nie dotyczy					
5. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
6. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					
7. Lubię ludzi z mojej pracy					
nie dotyczy					
8. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
nie dotyczy					
9. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
10. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
11. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
nie dotyczy					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
14. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
15. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
16. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
17. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
18. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
19. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
nie dotyczy					
20. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajdują się pytania odnoszące się do konfliktów z innymi ludźmi.

W przypadku pytań otwartych prosimy wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (x). Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

	TAK	NIE
1. Czy jesteś z kimś w długotrwałym, poważnym konflikcie?		
2. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni popadłeś (-aś) w poważny (zagrażający relacji) konflikt z innymi osobami?		
3. Z kim jesteś skonfliktowany lub najczęściej wchodzisz w konflikt? *Prosimy wpisać inicjały wszystkich osób, które przychodzą Ci na myśl i określić, kim dana osoba jest dla Ciebie (np. matka, ojciec, znajomy, współpracownik, itp.)*		
4. Czy Twoje konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków?		
5. Czy szukałeś (-aś) / szukasz specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu?		

Poniższe pytania dotyczą osób w Pana (-i) życiu, które udzielają wsparcia.

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy pomyśleć o osobach, na których pomoc może Pan (-i) liczyć w opisanych sytuacjach. Następnie należy określić, **jak bardzo jest Pan (-i) zadowolony (-a) z ogólnie otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia**. Niezależnie od tego o ilu osobach Pan (-i) pomyśli prosimy zaznaczyć **jedną** uśrednioną wartość poziomu swojego zadowolenia dla wszystkich tych osób.

Odpowiadając prosimy zakreślić kółkiem swój wybór, gdzie:

5 - bardzo zadowolony (-a); 4 – zadowolony (-a) ; 3 – trudno powiedzieć; 2 – niezadowolony (-a); 1 – bardzo niezadowolony (-a)

W sytuacji, gdy nie przychodzi Panu (-i) na myśl żadna osoba, na której pomoc może Pan (-i) liczyć, prosimy wybrać odpowiedź „brak".

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
5	4	3	2	1	brak
2. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
5	4	3	2	1	brak
3. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
5	4	3	2	1	brak
4. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
5. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
5	4	3	2	1	brak
6. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
5	4	3	2	1	brak
7. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
5	4	3	2	1	brak
8. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
9. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
5	4	3	2	1	brak

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
5	4	3	2	1	brak
11. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
12. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
5	4	3	2	1	brak
13. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
14. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
5	4	3	2	1	brak
15. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
5	4	3	2	1	brak
16. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
5	4	3	2	1	brak
17. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
5	4	3	2	1	brak
18. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
5	4	3	2	1	brak
19. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
5	4	3	2	1	brak
20. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
5	4	3	2	1	brak
21. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
22. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
5	4	3	2	1	brak
23. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
5	4	3	2	1	brak
24. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
5	4	3	2	1	brak

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SAMOOCENY

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
3. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
4. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
5. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
6. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
7. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich					
8. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
9. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
10. Potrafię dobrze planować swoje działania					
11. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda					
12. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
13. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
14. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
15. Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)					
16. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
17. Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
18. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					
19. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam					
20. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
21. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
22. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
23. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków					
24. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
25. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
26. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
27. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
28. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
29. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

30. Poniżej znajduje się lista potencjalnych motywów, które skłoniły Cię do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wybierz z nich **trzy najistotniejsze** i uszereguj w porządku ważności, gdzie 1 to najistotniejszy motyw, a 2 i 3 następne w kolejności.

[ ] pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	[ ] brak poczucia zadowolenia z życia
[ ] chęć odzyskania stabilności finansowej	[ ] świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół
[ ] chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	[ ] utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej
[ ] naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	[ ] poczucie winy i/lub wstydu
[ ] utrata kontroli nad własnym życiem	[ ] rosnące poczucie osamotnienia
[ ] świadomość ranienia bliskich	[ ] strach przed utratą tego, co w życiu ważne
[ ] groźba utraty pracy	[ ] smutek i stale obniżony nastrój
[ ] sądowy nakaz leczenia	[ ] poczucie napięcia
[ ] strach przed konsekwencjami prawnymi	[ ] poczucie lęku i niepewności
[ ] spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	[ ] inne, jakie? .....

METRYCZKA

Na koniec prosimy o podanie kilku informacji o sobie. Poniższe pytania pozwolą nam zebrać ogólne informacje, które będą stanowić podstawę oceny sytuacji społecznej i ekonomicznej wszystkich badanych osób.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.** W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

1. Data wypełniania:		
2. Płeć:	[ ] kobieta	[ ] mężczyzna
3. Wiek [w pełnych latach]:		
4. Miejsce zamieszkania:	Nazwa miejscowości:	Województwo:
5. Stan cywilny:	[ ] sama / sam	[ ] rozwiedziona / rozwiedziony
	[ ] zamężna / żonaty	[ ] w separacji
	[ ] wdowa /wdowiec	[ ] w związku nieformalnym
6. Warunki mieszkaniowe:	[ ] bardzo dobre	[ ] złe
	[ ] dobre	[ ] bardzo złe
	[ ] przeciętne	
7. Wykształcenie	[ ] podstawowe nieukończone	[ ] średnie
	[ ] podstawowe ukończone	[ ] policealne
	[ ] gimnazjalne	[ ] wyższe
	[ ] zawodowe	
8. Łączna liczba lat nauki:		

9. Czy Pan (-i) nadal się uczy?	TAK	NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytania nr 10, 11 i 12.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Stosunek do obowiązku szkolnego:
- [ ] systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji
- [ ] na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)
- [ ] zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn
- [ ] niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję
- [ ] bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję

11. Osiągane wyniki w nauce:
- [ ] bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre
- [ ] wysokie – przewaga ocen dobrych
- [ ] przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe
- [ ] niskie – przewaga ocen dopuszczających
- [ ] bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe

12. Liczba nieuzasadnionych nieobecności w szkole w ciągu ostatnich 30. dni: ..... DNI

13. Status zatrudnienia:

[ ] pracujący (-a) zarobkowo	[ ] bezrobotny (-a)	[ ] niepracujący (-a), uczący (-a) się
Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni z nieuzasadnionych powodów nie byłeś (-aś) w pracy?	Od jak dawna nie pracujesz? ..... [liczba miesięcy] Czy szukasz zatrudnienia? [ ] TAK [ ] NIE	*Prosimy pominąć pytanie nr 14 i 15.*

14. Wykonywany lub wyuczony zawód: .....

15. Charakter wykonywanej pracy:
- [ ] praca fizyczna
- [ ] praca umysłowa

16. Źródło Twojego dochodu (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź):
- [ ] praca zarobkowa
- [ ] zasiłek dla bezrobotnych
- [ ] emerytura
- [ ] świadczenia socjalne
- [ ] renta
- [ ] brak

17. Twój średni miesięczny dochód netto (tzw. na rękę): ..... PLN

DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

WYPEŁNIA OSOBA PRZEPROWADZAJĄCA BADANIE

Bardzo prosimy, by udzielając odpowiedzi kierowali się Państwo następującą zasadą: w przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem w przeznaczonym na to polu, natomiast w przypadku pytań otwartych wpisać pełną treść odpowiedzi w wyznaczonym na to miejscu.

1. Technika przeprowadzenia badania:

   [ ] ankieta [ ] wywiad

2. Proszę wskazać typ placówki:

   [ ] placówka ambulatoryjna [ ] placówka stacjonarna

3. Proszę wskazać formę terapii/pomocy, która jest oferowana osobie badanej.

   [ ] terapia indywidualna [ ] terapia grupowa [ ] inne formy pomocy

   ↓

   Proszę wypisać, jakie inne?:
   .....
   .....

4. Proszę wypisać podejście/podejścia stosowane w terapii zgodnie z założeniami prowadzonego przez placówkę programu terapeutycznego.

5. Proszę napisać jaki jest zakładany czas trwania programu terapeutycznego, w którym uczestniczy osoba badana [w tygodniach lub miesiącach].

6. Proszę napisać jaka jest zakładana częstotliwość sesji indywidualnych, w których uczestniczy lub będzie uczestniczyć osoba badana.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

ID BADANEGO

KPST-N
KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII
wersja: pomiar drugi

w opracowaniu: K. Karteczki-Świętek, J. Kusztal, S. Opozdy-Suder, M. Piaseckiej, Ł. Szwejki, A. Wójciak

Niniejsza ankieta składa się z pytań związanych z Pana (-i) sytuacją życiową (obejmującą również problem uzależnienia od narkotyków), oraz różnych twierdzeń dotyczących cech, zachowań, umiejętności i zdolności, które odnoszą się do potencjalnych Pana (-i) problemów wynikających z zażywania narkotyków.

Wypełniając ankietę prosimy kierować się tym, że nie ma odpowiedzi dobrych, ani złych. Najważniejsze, aby udzielane odpowiedzi były całkowicie szczere. Kwestia ta jest dla nas bardzo ważna, gdyż na podstawie zebranych danych od wszystkich osób biorących udział w badaniach możliwe będzie przeprowadzenie oceny skuteczności oferowanej pomocy i terapii celem lepszego dostosowania ich do indywidualnych potrzeb oraz trudności każdego klienta w różnych obszarach funkcjonowania.

Ankieta jest podzielona na kilka części. Każda z nich została opatrzona krótkim komentarzem oraz dokładną informacją, jak należy postępować udzielając odpowiedzi. Po zakończeniu pracy prosimy upewnić się, że dokonał (-a) Pan (-i) wszystkich wyborów i nie opuścił (-a) żadnego pytania. *Za wyrozumiałość i rzetelne odpowiedzi z góry dziękujemy.*

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do opisu uzależnienia od narkotyków, przebiegu leczenia, problemów zdrowotnych i oceny stopnia nasilenia symptomów uzależnienia.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA, PRZEBIEG LECZENIA I SYMPTOMY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

1. Jaki był cel Twojej terapii? [ ] osiągnięcie abstynencji [ ] ograniczenie zażywania narkotyków

   ↓

   Czy osiągnąłeś / osiągnęłaś abstynencję?
   [ ] TAK [ ] NIE

   Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) TAK to przejdź do pytania nr 17.

Gdy myślisz o czasie od rozpoczęcia swojej terapii, to czy:

	TAK	NIE
2. Zażywając narkotyki zwiększałeś (-aś) zaplanowaną pierwotnie dawkę?		
3. Zażywając narkotyki robiłeś (-aś) to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?		
4. Chciałeś (-aś) zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?		
5. Podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?		
6. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?		
7. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?		
8. Odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
9. Ze względu na używanie narkotyków:		
a) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków rodzinnych lub domowych?		
b) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?		
c) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?		
d) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?		
e) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?		
f) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?		
g) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?		
10. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?		
11. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że miałeś (-aś) przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne?		
12. Zażywałeś (-aś) coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?		
13. Odczuwałeś (-aś) zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?		
14. Po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwałeś (-aś) nieprzyjemne objawy?		

15. Poniżej znajduje się lista narkotyków. Wybierz trzy najczęściej zażywane w okresie trwania terapii i uszereguj przypisując wartość 1 substancji najczęściej stosowanej, a 2 i 3 następnym w kolejności. Wskaż przy każdym z nich średnią dawkę jaką jednorazowo przyjmujesz/przyjmowałeś (-aś) (wpisz, czy są to gramy, mililitry, liczba tabletek, itp.).

NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA	NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA
[ ] marihuana		[ ] crack	
[ ] haszysz		[ ] amfetamina	
[ ] LSD		[ ] metamfetamina	
[ ] ecstasy (MDMA)		[ ] heroina (brown sugar)	
[ ] dopalacze		[ ] polska heroina (kompot)	
[ ] grzyby halucynogenne		[ ] metadon	
[ ] środki wziewne		[ ] buprenorfina	
[ ] kokaina		[ ] inne, jakie?	

	TAK	NIE
16. Czy obecnie jesteś w abstynencji narkotykowej?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 21.

	TAK	NIE
17. Czy Twoja abstynencja jest dobrowolna?		
18. Czy zachowałeś (-aś) całkowitą abstynencję przez okres trwania terapii?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) TAK to przejdź do pytania nr 27.

	LICZBA
19. Ile razy w trakcie trwania terapii złamałeś (-aś) abstynencję?	

	MIESIĄCE	TYGODNIE	DNI
20. Od jak dawna utrzymujesz abstynencję narkotykową? Określ, ile czasu już minęło (wpisz liczbę miesięcy, tygodni i dni).			

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
21. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zażywałeś (-aś) narkotyki?		
Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 27.		
22. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zmieniłeś (-aś) sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny)?		

	LICZBA DNI	
23. Ile dni w ciągu ostatnich 7. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?		
24. Ile dni w ciągu ostatnich 30. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?		
25. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 7. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?		PLN
26. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 30. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?		PLN

	TAK	NIE
27. Czy w trakcie trwania terapii pojawiły się u Ciebie jakieś nowe uzależnienia inne niż od narkotyków?		
Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 28.		

28. Poniżej znajduje się lista różnego rodzaju uzależnień, innych niż uzależnienie od narkotyków. Wybierz, które z poniższych problemów Cię dotyczą.

[ ] uzależnienie od alkoholu	[ ] uzależnienie od sieci społecznościowych
[ ] uzależnienie od leków (np. nasennych, uspokajających, przeciwbólowych)	[ ] uzależnienie od hazardu
[ ] uzależnienie od jedzenia	[ ] uzależnienie od seksu
[ ] uzależnienie od komputera, telefonu	[ ] uzależnienie od zakupów
[ ] uzależnienie od Internetu	[ ] inne uzależnienie, jakie? .....
[ ] uzależnienie od gier	

	LICZBA
29. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami:	
a) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej?	
b) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie lub ukończenie terapii?	
c) byłeś (-aś) leczony (-a) w szpitalu?	

	TAK	NIE
30. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie jakieś problemy psychiczne?		
Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 38.		
31. Czy w trakcie trwania terapii zdiagnozowano u Ciebie jakieś nowe problemy psychiczne?		
Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 32.		
32. Wpisz zdiagnozowane u Ciebie nowe problemy psychiczne		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
33. Czy leczysz się z powodu któregoś z Twoich problemów psychicznych?		
34. Czy w związku z problemami psychicznymi regularnie zażywasz leki?		
35. Czy w ciągu ostatnich 30. dni nasiliły się Twoje problemy psychiczne?		
36. Czy w ciągu ostatnich 30. dni uległy złagodzeniu Twoje problemy psychiczne?		
37. Czy w trakcie trwania terapii ustąpił któryś z Twoich problemów psychicznych?		

	TAK	NIE
38. Czy w ciągu ostatnich 30. dni popełniłeś (-aś) jakiekolwiek przestępstwo?		
39. Czy przebywałeś (-aś) w areszcie lub zakładzie karnym od momentu rozpoczęcia terapii?		

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny siły pragnienia narkotyku. Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy kierować się instrukcją umieszczoną przed zestawem.

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

Prosimy określić częstotliwość występowania poniższych sytuacji lub stanów.	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków					
5. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, jak często zdarza się Panu (-i) reagować w dany sposób**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x)**. Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SPOSOBÓW REAGOWANIA

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania					
2. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
3. Używam siły przeciwko innym					
4. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
5. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji					
6. Działam pod wpływem impulsu					
7. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
8. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
9. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
10. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
11. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
12. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
13. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
14. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
15. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
16. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
17. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty					
18. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					
19. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
20. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
21. Zdarza mi się kogoś pobić					
22. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę					
23. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
24. Złośliwie nie pomagam innym					
25. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
26. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
27. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
28. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty					
30. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
31. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
32. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
33. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
34. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
35. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
36. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
37. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa					
38. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
39. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
40. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem. Jeżeli jest Pan (-i) osobą niepracującą, przy pytaniach odnoszących się do pracy prosimy wybrać odpowiedź „nie dotyczy".

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
3. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					
4. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
nie dotyczy					
5. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
6. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					
7. Lubię ludzi z mojej pracy					
nie dotyczy					
8. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
nie dotyczy					
9. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
10. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
11. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
nie dotyczy					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
14. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
15. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
16. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
17. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
18. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
19. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
nie dotyczy					
20. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajdują się pytania odnoszące się do konfliktów z innymi ludźmi.

W przypadku pytań otwartych prosimy wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (x). Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

	TAK	NIE
1. Czy jesteś z kimś w długotrwałym, poważnym konflikcie?		
2. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni popadłeś (-aś) w poważny (zagrażający relacji) konflikt z innymi osobami?		
3. Z kim jesteś skonfliktowany lub najczęściej wchodzisz w konflikt? *Prosimy wpisać inicjały wszystkich osób, które przychodzą Ci na myśl i określić, kim dana osoba jest dla Ciebie (np. matka, ojciec, znajomy, współpracownik, itp.)*		
4. Czy Twoje konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków lub z tym, że kiedyś je zażywałeś (-aś)?		
5. Czy szukałeś (-aś) / szukasz specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu?		

Poniższe pytania dotyczą osób w Pana (-i) życiu, które udzielają wsparcia.

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy pomyśleć o osobach, na których pomoc może Pan (-i) liczyć w opisanych sytuacjach. Następnie należy określić, **jak bardzo jest Pan (-i) zadowolony (-a) z ogólnie otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia**. Niezależnie od tego o ilu osobach Pan (-i) pomyśli prosimy zaznaczyć **jedną** uśrednioną wartość poziomu swojego zadowolenia dla wszystkich tych osób.

Odpowiadając prosimy zakreślić kółkiem swój wybór, gdzie:

5 - bardzo zadowolony (-a); 4 – zadowolony (-a) ; 3 – trudno powiedzieć; 2 – niezadowolony (-a); 1 – bardzo niezadowolony (-a)

W sytuacji, gdy nie przychodzi Panu (-i) na myśl żadna osoba, na której pomoc może Pan (-i) liczyć, prosimy wybrać odpowiedź „brak".

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
5	4	3	2	1	brak
2. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
5	4	3	2	1	brak
3. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
5	4	3	2	1	brak
4. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
5. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
5	4	3	2	1	brak
6. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
5	4	3	2	1	brak
7. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
5	4	3	2	1	brak
8. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
9. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
5	4	3	2	1	brak

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
5	4	3	2	1	brak
11. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
12. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
5	4	3	2	1	brak
13. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
14. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
5	4	3	2	1	brak
15. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
5	4	3	2	1	brak
16. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
5	4	3	2	1	brak
17. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
5	4	3	2	1	brak
18. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
5	4	3	2	1	brak
19. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
5	4	3	2	1	brak
20. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
5	4	3	2	1	brak
21. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
22. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
5	4	3	2	1	brak
23. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
5	4	3	2	1	brak
24. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
5	4	3	2	1	brak

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SAMOOCENY

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
3. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
4. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
5. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
6. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
7. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich					
8. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
9. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
10. Potrafię dobrze planować swoje działania					
11. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda					
12. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
13. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
14. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
15. Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)					
16. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
17. Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
18. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					
19. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam					
20. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
21. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
22. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
23. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków					
24. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
25. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
26. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
27. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
28. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
29. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

30. Poniżej znajduje się lista potencjalnych motywów, które skłoniły Cię do podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wybierz z nich **trzy najistotniejsze** i uszereguj w porządku ważności, gdzie 1 to najistotniejszy motyw, a 2 i 3 następne w kolejności.

[ ] pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	[ ] brak poczucia zadowolenia z życia
[ ] chęć odzyskania stabilności finansowej	[ ] świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół
[ ] chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	[ ] utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej
[ ] naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	[ ] poczucie winy i/lub wstydu
[ ] utrata kontroli nad własnym życiem	[ ] rosnące poczucie osamotnienia
[ ] świadomość ranienia bliskich	[ ] strach przed utratą tego, co w życiu ważne
[ ] groźba utraty pracy	[ ] smutek i stale obniżony nastrój
[ ] sądowy nakaz leczenia	[ ] poczucie napięcia
[ ] strach przed konsekwencjami prawnymi	[ ] poczucie lęku i niepewności
[ ] spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	[ ] inne, jakie? .....

METRYCZKA

Na koniec prosimy o podanie kilku informacji o sobie. Poniższe pytania pozwolą nam zebrać ogólne informacje, które będą stanowić podstawę oceny sytuacji społecznej i ekonomicznej wszystkich badanych osób.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.** W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

1. Data wypełniania:

2. Płeć: [ ] kobieta [ ] mężczyzna

3. Wiek [w pełnych latach]:

4. Miejsce zamieszkania:

Nazwa miejscowości:	Województwo:

5. Stan cywilny:

[ ] sama / sam	[ ] rozwiedziona / rozwiedziony
[ ] zamężna / żonaty	[ ] w separacji
[ ] wdowa /wdowiec	[ ] w związku nieformalnym

6. Warunki mieszkaniowe:

[ ] bardzo dobre	[ ] złe
[ ] dobre	[ ] bardzo złe
[ ] przeciętne	

7. Wykształcenie

[ ] podstawowe nieukończone	[ ] średnie
[ ] podstawowe ukończone	[ ] policealne
[ ] gimnazjalne	[ ] wyższe
[ ] zawodowe	

8. Łączna liczba lat nauki:

9. Czy Pan (-i) nadal się uczy?

TAK	NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 13.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Stosunek do obowiązku szkolnego:
- [ ] systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji
- [ ] na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)
- [ ] zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn
- [ ] niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję
- [ ] bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję

11. Osiągane wyniki w nauce:
- [ ] bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre
- [ ] wysokie – przewaga ocen dobrych
- [ ] przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe
- [ ] niskie – przewaga ocen dopuszczających
- [ ] bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe

12. Liczba nieuzasadnionych nieobecności w szkole w ciągu ostatnich 30. dni: ..... DNI

13. Status zatrudnienia:

[ ] pracujący (-a) zarobkowo	[ ] bezrobotny (-a)	[ ] niepracujący (-a), uczący (-a) się
Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni z nieuzasadnionych powodów nie byłeś (-aś) w pracy?	Od jak dawna nie pracujesz? ..... [liczba miesięcy] Czy szukasz zatrudnienia? [ ] TAK [ ] NIE	*Prosimy pominąć pytania nr 14 i 15.*

14. Wykonywany lub wyuczony zawód: .....

15. Charakter wykonywanej pracy:
- [ ] praca fizyczna
- [ ] praca umysłowa

16. Źródło Twojego dochodu (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź):
- [ ] praca zarobkowa
- [ ] zasiłek dla bezrobotnych
- [ ] emerytura
- [ ] świadczenia socjalne
- [ ] renta
- [ ] brak

17. Twój średni miesięczny dochód netto (tzw. na rękę): ..... PLN

DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

WYPEŁNIA OSOBA PRZEPROWADZAJĄCA BADANIE

Bardzo prosimy, by udzielając odpowiedzi kierowali się Państwo następującą zasadą: w przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x)** w przeznaczonym na to polu, natomiast w przypadku pytań otwartych **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**.

1. Technika przeprowadzenia badania:

   [ ] ankieta [ ] wywiad

2. Proszę wskazać typ placówki:

   [ ] placówka ambulatoryjna [ ] placówka stacjonarna

3. Data przyjęcia osoby badanej do placówki:

4. Data ukończenia terapii przez osobę badaną:

5. Proszę wskazać formę terapii/pomocy, która była oferowana osobie badanej.

   [ ] terapia indywidualna [ ] terapia grupowa [ ] inne formy pomocy

   ↓

   Proszę wypisać, jakie inne?:
   .....
   .....

6. Proszę wypisać podejście/podejścia stosowane w terapii zgodnie z założeniami prowadzonego przez placówkę programu terapeutycznego.

7. Proszę napisać, jaki był czas trwania programu terapeutycznego, w którym uczestniczyła osoba badana [w tygodniach lub miesiącach].

8. Proszę napisać, jaka była częstotliwość sesji indywidualnych, w których uczestniczyła osoba badana.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

ID BADANEGO

KPST-N
KWESTIONARIUSZ POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII
wersja: pomiar po terapii

w opracowaniu: K. Karteczki-Świętek, J. Kusztal, S. Opozdy-Suder, M. Piaseckiej, Ł. Szwejki, A. Wójciak

Niniejsza ankieta składa się z pytań związanych z Pana (-i) sytuacją życiową (obejmującą również problem uzależnienia od narkotyków), oraz różnych twierdzeń dotyczących cech, zachowań, umiejętności i zdolności, które odnoszą się do potencjalnych Pana (-i) problemów wynikających z zażywania narkotyków.

Wypełniając ankietę prosimy kierować się tym, że nie ma odpowiedzi dobrych, ani złych. Najważniejsze, aby udzielane odpowiedzi były całkowicie szczere. Kwestia ta jest dla nas bardzo ważna, gdyż na podstawie zebranych danych od wszystkich osób biorących udział w badaniach możliwe będzie przeprowadzenie oceny skuteczności oferowanej pomocy i terapii celem lepszego dostosowania ich do indywidualnych potrzeb oraz trudności każdego klienta w różnych obszarach funkcjonowania.

Ankieta jest podzielona na kilka części. Każda z nich została opatrzona krótkim komentarzem oraz dokładną informacją, jak należy postępować udzielając odpowiedzi. Po zakończeniu pracy prosimy upewnić się, że dokonał (-a) Pan (-i) wszystkich wyborów i nie opuścił (-a) żadnego pytania. *Za wyrozumiałość i rzetelne odpowiedzi z góry dziękujemy.*

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do opisu uzależnienia od narkotyków, przebiegu leczenia, problemów zdrowotnych i oceny stopnia nasilenia symptomów uzależnienia.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu**. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA, PRZEBIEG LECZENIA I SYMPTOMY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

1. Czy zachowałeś (-aś) całkowitą abstynencję przez ostatnie dwa miesiące? [ ] TAK [ ] NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) TAK to przejdź do pytania nr 25.

Gdy myślisz o ostatnich dwóch miesiącach swojego życia, to czy:

	TAK	NIE
2. Zażywając narkotyki zwiększałeś (-aś) zaplanowaną pierwotnie dawkę?		
3. Zażywając narkotyki robiłeś (-aś) to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?		
4. Chciałeś (-aś) zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?		
5. Podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?		
6. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?		
7. Poświęcałeś (-aś) dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?		
8. Odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?		

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
9. Ze względu na używanie narkotyków:		
a) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków rodzinnych lub domowych?		
b) nie realizowałeś (-aś) swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?		
c) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?		
d) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?		
e) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?		
f) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?		
g) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?		
10. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?		
11. Zażywałeś (-aś) narkotyki mimo tego, że miałeś (-aś) przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne?		
12. Zażywałeś (-aś) coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?		
13. Odczuwałeś (-aś) zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?		
14. Po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwałeś (-aś) nieprzyjemne objawy?		

15. Poniżej znajduje się lista narkotyków. Wybierz trzy najczęściej zażywane w okresie ostatnich dwóch miesięcy i uszereguj przypisując wartość 1 substancji najczęściej stosowanej, a 2 i 3 następnym w kolejności. Wskaż przy każdym z nich średnią dawkę jaką jednorazowo przyjmujesz/przyjmowałeś (-aś) (wpisz, czy są to gramy, mililitry, liczba tabletek, itp.).

NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA	NAZWA NARKOTYKU	ŚREDNIA DAWKA
[ ] marihuana		[ ] crack	
[ ] haszysz		[ ] amfetamina	
[ ] LSD		[ ] metamfetamina	
[ ] ecstasy (MDMA)		[ ] heroina (brown sugar)	
[ ] dopalacze		[ ] polska heroina (kompot)	
[ ] grzyby halucynogenne		[ ] metadon	
[ ] środki wziewne		[ ] buprenorfina	
[ ] kokaina		[ ] inne, jakie?	

	TAK	NIE
16. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zażywałeś (-aś) narkotyki?		
Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 22.		
17. Czy w ciągu ostatnich 30. dni zmieniłeś (-aś) sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny)?		

	LICZBA DNI
18. Ile dni w ciągu ostatnich 7. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?	
19. Ile dni w ciągu ostatnich 30. dni byłeś (-aś) pod wpływem narkotyków?	
20. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 7. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?	PLN
21. Ile łącznie pieniędzy w ciągu ostatnich 30. dni przeznaczyłeś (-aś) na narkotyki?	PLN

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	TAK	NIE
22. Czy obecnie jesteś w abstynencji narkotykowej?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 26.

	LICZBA
23. Ile razy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy złamałeś (-aś) abstynencję?	

	MIESIĄCE	TYGODNIE	DNI
24. Od jak dawna utrzymujesz abstynencję narkotykową? Określ, ile czasu już minęło (wpisz liczbę miesięcy, tygodni i dni).			

	TAK	NIE
25. Czy Twoja abstynencja jest dobrowolna?		

	TAK	NIE
26. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy podjąłeś/podjęłaś kolejną terapię uzależnień od narkotyków?		
27. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy korzystałeś (-aś) z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (np. grupy samopomocowej)?		

	TAK	NIE
28. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy pojawiły się u Ciebie jakieś nowe uzależnienia inne niż od narkotyków?		

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 29.

29. Poniżej znajduje się lista różnego rodzaju uzależnień, innych niż uzależnienie od narkotyków. Wybierz, które z poniższych problemów Cię dotyczą.

[ ] uzależnienie od alkoholu	[ ] uzależnienie od sieci społecznościowych
[ ] uzależnienie od leków (np. nasennych, uspokajających, przeciwbólowych)	[ ] uzależnienie od hazardu
[ ] uzależnienie od jedzenia	[ ] uzależnienie od seksu
[ ] uzależnienie od komputera, telefonu	[ ] uzależnienie od zakupów
[ ] uzależnienie od Internetu	[ ] inne uzależnienie, jakie? .....
[ ] uzależnienie od gier	

	LICZBA
30. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami:	
a) doświadczyłeś (-aś) problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej?	
b) byłeś (-aś) leczony (-a) w szpitalu?	

	TAK	NIE
31. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie jakieś problemy psychiczne?		

Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 39.

32. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy zdiagnozowano u Ciebie jakieś nowe problemy psychiczne?		

Jeżeli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to pomiń pytanie nr 33.

33. Wpisz zdiagnozowane u Ciebie nowe problemy psychiczne	

	TAK	NIE
34. Czy leczysz się z powodu któregoś z Twoich problemów psychicznych?		
35. Czy w związku z problemami psychicznymi regularnie zażywasz leki?		
36. Czy w ciągu ostatnich 30. dni nasiliły się Twoje problemy psychiczne?		
37. Czy w ciągu ostatnich 30. dni uległy złagodzeniu Twoje problemy psychiczne?		
38. Czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy ustąpił któryś z Twoich problemów psychicznych?		

	TAK	NIE
39. Czy w ciągu ostatnich 30. dni popełniłeś (-aś) jakiekolwiek przestępstwo?		
40. Czy przebywałeś (-aś) w areszcie lub zakładzie karnym w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?		

Poniżej znajduje się zestaw pytań służący do oceny siły pragnienia narkotyku. Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy kierować się instrukcją umieszczoną przed zestawem.

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

Prosimy określić częstotliwość występowania poniższych sytuacji lub stanów.	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków					
5. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do sposobów reagowania człowieka w różnych sytuacjach, gdy towarzyszą mu silne emocje lub trudne uczucia.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, jak często zdarza się Panu (-i) reagować w dany sposób**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x)**. Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SPOSOBÓW REAGOWANIA

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania					
2. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
3. Używam siły przeciwko innym					
4. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
5. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji					
6. Działam pod wpływem impulsu					
7. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
8. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	BARDZO CZĘSTO	CZĘSTO	CZASAMI	RZADKO	BARDZO RZADKO
9. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
10. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
11. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
12. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
13. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
14. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
15. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
16. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
17. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty					
18. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					
19. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
20. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
21. Zdarza mi się kogoś pobić					
22. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę					
23. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
24. Złośliwie nie pomagam innym					
25. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
26. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
27. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
28. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty					
30. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
31. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
32. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
33. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
34. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
35. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
36. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
37. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa					
38. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
39. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
40. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do zadowolenia z posiadanych relacji z innymi ludźmi.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem. Jeżeli jest Pan (-i) osobą niepracującą, przy pytaniach odnoszących się do pracy prosimy wybrać odpowiedź „nie dotyczy".

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
3. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					
4. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
nie dotyczy					
5. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
6. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					
7. Lubię ludzi z mojej pracy					
nie dotyczy					
8. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
nie dotyczy					
9. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
10. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
11. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
nie dotyczy					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
14. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
15. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
16. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
17. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
18. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
19. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
nie dotyczy					
20. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

Poniżej znajdują się pytania odnoszące się do konfliktów z innymi ludźmi.

W przypadku pytań otwartych prosimy wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu. W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem (x). Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

	TAK	NIE
1. Czy jesteś z kimś w długotrwałym, poważnym konflikcie?		
2. Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni popadłeś (-aś) w poważny (zagrażający relacji) konflikt z innymi osobami?		
3. Z kim jesteś skonfliktowany lub najczęściej wchodzisz w konflikt? *Prosimy wpisać inicjały wszystkich osób, które przychodzą Ci na myśl i określić, kim dana osoba jest dla Ciebie (np. matka, ojciec, znajomy, współpracownik, itp.)*		
4. Czy Twoje konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków lub z tym, że kiedyś je zażywałeś (-aś)?		
5. Czy szukałeś (-aś) / szukasz specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu?		

Poniższe pytania dotyczą osób w Pana (-i) życiu, które udzielają wsparcia.

Udzielając odpowiedzi na zadane pytania prosimy pomyśleć o osobach, na których pomoc może Pan (-i) liczyć w opisanych sytuacjach. Następnie należy określić, **jak bardzo jest Pan (-i) zadowolony (-a) z ogólnie otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia**. Niezależnie od tego o ilu osobach Pan (-i) pomyśli prosimy zaznaczyć **jedną** uśrednioną wartość poziomu swojego zadowolenia dla wszystkich tych osób.

Odpowiadając prosimy zakreślić kółkiem swój wybór, gdzie:

5 - bardzo zadowolony (-a); 4 – zadowolony (-a) ; 3 – trudno powiedzieć; 2 – niezadowolony (-a); 1 – bardzo niezadowolony (-a)

W sytuacji, gdy nie przychodzi Panu (-i) na myśl żadna osoba, na której pomoc może Pan (-i) liczyć, prosimy wybrać odpowiedź „brak".

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
5	4	3	2	1	brak
2. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
5	4	3	2	1	brak
3. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
5	4	3	2	1	brak
4. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
5. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
5	4	3	2	1	brak
6. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
5	4	3	2	1	brak
7. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
5	4	3	2	1	brak
8. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
9. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
5	4	3	2	1	brak

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

10. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
5	4	3	2	1	brak
11. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
12. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
5	4	3	2	1	brak
13. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					
5	4	3	2	1	brak
14. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
5	4	3	2	1	brak
15. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
5	4	3	2	1	brak
16. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
5	4	3	2	1	brak
17. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
5	4	3	2	1	brak
18. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
5	4	3	2	1	brak
19. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
5	4	3	2	1	brak
20. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
5	4	3	2	1	brak
21. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
5	4	3	2	1	brak
22. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
5	4	3	2	1	brak
23. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
5	4	3	2	1	brak
24. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
5	4	3	2	1	brak

Poniżej znajduje się zestaw pytań odnoszących się do samooceny własnych możliwości radzenia sobie z różnymi problemami, w tym związanymi z uzależnieniem od narkotyków.

Udzielając odpowiedzi **prosimy kierować się tym, na ile dane stwierdzenie Pana (-ią) dotyczy**, stawiając w odpowiednim polu **krzyżyk (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

SKALA SAMOOCENY

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
3. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
4. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
5. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
6. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

	ZDECYDOWANIE TAK	RACZEJ TAK	TRUDNO POWIEDZIEĆ	RACZEJ NIE	ZDECYDOWANIE NIE
7. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich					
8. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
9. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
10. Potrafię dobrze planować swoje działania					
11. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda					
12. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
13. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
14. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
15. Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)					
16. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
17. Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
18. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					
19. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam					
20. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
21. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
22. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu					
23. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków					
24. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
25. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
26. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
27. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
28. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
29. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Ministerstwo Zdrowia

30. Poniżej znajduje się lista potencjalnych motywów, które skłoniły Cię do podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wybierz z nich **trzy najistotniejsze** i uszereguj w porządku ważności, gdzie 1 to najistotniejszy motyw, a 2 i 3 następne w kolejności.

[ ] pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	[ ] brak poczucia zadowolenia z życia
[ ] chęć odzyskania stabilności finansowej	[ ] świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół
[ ] chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	[ ] utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej
[ ] naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	[ ] poczucie winy i/lub wstydu
[ ] utrata kontroli nad własnym życiem	[ ] rosnące poczucie osamotnienia
[ ] świadomość ranienia bliskich	[ ] strach przed utratą tego, co w życiu ważne
[ ] groźba utraty pracy	[ ] smutek i stale obniżony nastrój
[ ] sądowy nakaz leczenia	[ ] poczucie napięcia
[ ] strach przed konsekwencjami prawnymi	[ ] poczucie lęku i niepewności
[ ] spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	[ ] inne, jakie? .....

METRYCZKA

Na koniec prosimy o podanie kilku informacji o sobie. Poniższe pytania pozwolą nam zebrać ogólne informacje, które będą stanowić podstawę oceny sytuacji społecznej i ekonomicznej wszystkich badanych osób.

W przypadku pytań otwartych prosimy **wpisać swoją odpowiedź w wyznaczonym polu.** W przypadku pytań zamkniętych wybraną odpowiedź należy zaznaczyć **krzyżykiem (x).** Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (-i) błędną odpowiedź to należy ją zaznaczyć dodatkowo kółkiem, a tą prawidłową ponownie krzyżykiem.

1. Data wypełniania:

2. Płeć: [ ] kobieta [ ] mężczyzna

3. Wiek [w pełnych latach]:

4. Miejsce zamieszkania:

Nazwa miejscowości:	Województwo:

5. Stan cywilny:

[ ] sama / sam	[ ] rozwiedziona / rozwiedziony
[ ] zamężna / żonaty	[ ] w separacji
[ ] wdowa /wdowiec	[ ] w związku nieformalnym

6. Warunki mieszkaniowe:

[ ] bardzo dobre	[ ] złe
[ ] dobre	[ ] bardzo złe
[ ] przeciętne	

7. Wykształcenie

[ ] podstawowe nieukończone	[ ] średnie
[ ] podstawowe ukończone	[ ] policealne
[ ] gimnazjalne	[ ] wyższe
[ ] zawodowe	

8. Łączna liczba lat nauki:

9. Czy Pan (-i) nadal się uczy?

TAK	NIE

Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś (-aś) NIE to przejdź do pytania nr 13.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Ministerstwo Zdrowia

10. Stosunek do obowiązku szkolnego:
- [ ] systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji
- [ ] na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)
- [ ] zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn
- [ ] niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję
- [ ] bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję

11. Osiągane wyniki w nauce:
- [ ] bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre
- [ ] wysokie – przewaga ocen dobrych
- [ ] przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe
- [ ] niskie – przewaga ocen dopuszczających
- [ ] bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe

12. Liczba nieuzasadnionych nieobecności w szkole w ciągu ostatnich 30. dni: ..... DNI

13. Status zatrudnienia:

[ ] pracujący (-a) zarobkowo	[ ] bezrobotny (-a)	[ ] niepracujący (-a), uczący (-a) się
Ile razy w ciągu ostatnich 30. dni z nieuzasadnionych powodów nie byłeś (-aś) w pracy?	Od jak dawna nie pracujesz? ..... [liczba miesięcy] Czy szukasz zatrudnienia? [ ] TAK [ ] NIE	*Prosimy pominąć pytania nr 14 i 15.*

14. Wykonywany lub wyuczony zawód: .....

15. Charakter wykonywanej pracy: [ ] praca fizyczna [ ] praca umysłowa

16. Źródło Twojego dochodu (możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź):
- [ ] praca zarobkowa
- [ ] zasiłek dla bezrobotnych
- [ ] emerytura
- [ ] świadczenia socjalne
- [ ] renta
- [ ] brak

17. Twój średni miesięczny dochód netto (tzw. na rękę): ..... PLN

DZIĘKUJEMY ZA UDZIAŁ W BADANIU

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

ZAŁĄCZNIK 3

SZCZEGÓŁOWY RAPORT Z WYNIKAMI BADAŃ WŁAŚCIWYCH

MAŁGORZATA PIASECKA (kierownik projektu)
KINGA KARTECZKA-ŚWIĘTEK, , ŁUKASZ SZWEJKA

KRAKÓW 2019

SPIS TREŚCI

Wstęp ... 5

CZĘŚĆ I ... 6

1. OPIS PRZEBADANEJ PRÓBY ... 7

1.1. PLACÓWKI BIORĄCE UDZIAŁ W BADANIACH ... 7
1.2. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W BADANIACH ... 11

2. CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA ... 37

CZĘŚĆ II ... 60

3. SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ ... 62

3.1. Początek terapii ... 62
3.2. Zakończenie terapii ... 63
3.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii ... 64
3.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ... 65
3.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) ... 66
3.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii ... 66
3.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) ... 67

4. SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU ... 68

4.1. Początek terapii ... 68
4.2. Zakończenie terapii ... 69
4.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii ... 70
4.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ... 71
4.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) ... 72
4.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii ... 74
4.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) ... 74

5. SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY ... 77

5.1. Początek terapii ... 77
5.2. Zakończenie terapii ... 81
5.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii ... 86
5.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ... 87
5.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) ... 91
5.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii ... 92
5.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) ... 96

6. SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI 99

6.1. Początek terapii 99
6.2. Zakończenie terapii 100
6.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii 101
6.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii 102
6.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru
(w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 103
6.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii 104
6.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru
(w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 105

7. SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO 107

7.1. Początek terapii 107
7.2. Zakończenie terapii 110
7.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii 113
7.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii 118
7.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru
(w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 121
7.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii 125
7.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru
(w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 128

CZĘŚĆ III 135

8. SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH 137

8.1. Początek terapii 137
8.2. Zakończenie terapii 141
8.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii 146
8.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii 150
8.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru
(w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 155
8.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii 157
8.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru
(w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 160

9. SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH 167

9.1. Początek terapii 167
9.2. Zakończenie terapii 168
9.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii 169
9.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii 171
9.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru
(w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 172
9.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii 174
9.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru
(w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 175

10. SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH 177

10.1. Początek terapii 177
10.2. Zakończenie terapii 178
10.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii 180
10.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii 185

10.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru
(w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii) 186
10.6. Pomiar w okresie powyżej 6 miesięcy po zakończeniu terapii 188
10.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru
(w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu terapii 190

CZĘŚĆ IV 194

11. STUDIUM PRZYPADKU 194

11.1. Przypadek 1 195
11.2. Przypadek 2 203
11.3. Przypadek 3 210
11.4. Przypadek 4 216
11.5. Przypadek 5 223
11.6. Przypadek 6 231
11.7. Przypadek 7 238
11.8. Przypadek 8 245
11.9. Przypadek 9 252
11.10. Przypadek 10 259
11.11. Przypadek 11 266
11.12. Przypadek 12 272
11.13. Przypadek 13 278
11.14. Przypadek 14 284
11.15. Przypadek 15 290
11.16. Przypadek 16 296
11.17. Przypadek 17 302
11.18. Przypadek 18 308
11.19. Przypadek 19 313

SPIS TABEL 320

SPIS WYKRESÓW 329

BIBLIOGRAFIA 331

Wstęp

W niniejszym raporcie zawarto całość analiz zrealizowanych w ramach projektu „*Ocena bezpośrednich i odroczonych efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków. Model czynników warunkujących*”. Tym samym określono bieżące i odroczone efekty terapii osób uzależnionych od narkotyków. Materiał empiryczny został zgromadzony przy wykorzystaniu autorskiego narzędzia badawczego, jakim jest Kwestionariusz Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST-N), podczas czterech pomiarów:

1. pomiar pierwszy w momencie rozpoczynania terapii (pomiar początkowy)
2. pomiar drugi bezpośrednio po zakończeniu terapii
3. pomiar trzeci w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii
4. pomiar czwarty w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii (pomiar końcowy).

Dokładny zakres i kolejność prezentacji treści opisano przed poszczególnymi częściami raportu. Wszystkie tabele oraz wykresy – o ile nie zostało wskazane inaczej – zostały opracowane przez autora danej części na podstawie wykonanej analizy danych zebranych podczas realizacji projektu.

CZĘŚĆ I

W pierwszej części raportu zawarto wyniki obejmujące:

1. Opis przebadanej próby, na który składa się:
    - Charakterystyka oddziaływań terapeutycznych, w których brały udział osoby badane. W części tej wyniki uzyskiwane w poszczególnych pomiarach zostały zestawione w formie tabel zawierających częstości udzielanych odpowiedzi oraz procentowe zestawienia. Zawarte w tej części informacje obejmują dwa początkowe pomiary, w których badani brali udział w terapii.
    - Charakterystyka badanej grupy. W części tej dokonano zestawienia wyników w formie tabel zawierających częstości udzielanych odpowiedzi, procentowe zestawienie odpowiedzi oraz statystyki opisowe dla zmiennych ilościowych.
2. Charakterystykę uzależnienia i przebieg leczenia, na które składają się kwestie dotyczące zażywania narkotyków oraz osiągnięcia i podtrzymania abstynencji. W rozdziale tym przedstawiono również dane na temat udziału we wcześniejszej terapii oraz udziału w innych formach pomocy. Ponadto zawarto dane na temat innych niż od narkotyków uzależnieniach oraz zdiagnozowanych zaburzeniach psychicznych. Rozdział ten zawiera również informacje na temat popełnionych przez badanych przestępstw i podleganiu środkowi izolacyjnemu. Zgormadzone dane dla każdego pomiaru przedstawiono w formie zestawień tabelarycznych zawierających częstości udzielanych odpowiedzi, procentowe zestawienia, natomiast dla zmiennych ilościowych wygenerowano statystyki opisowe.

1. OPIS PRZEBADANEJ PRÓBY

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

1.1. PLACÓWKI BIORĄCE UDZIAŁ W BADANIACH

Do pierwszego pomiaru zostało włączonych 175 pacjentów, z czego 89 (50,90%) odbywało terapię w formie ambulatoryjnej, natomiast 86 (49,10%) w formie stacjonarnej. Z próby tej, w drugim etapie badań, mającym miejsce w okresie zakończenia terapii pozostały 72 osoby. Z czego, bardziej liczna była grupa pacjentów kończących terapię w formie ambulatoryjnej (n=46), w porównaniu do stacjonarnej (n=26). Poniższej zamieszczona Tabela 1 oraz Tabela 2 zawierają zestawienie osób włączonych do pierwszego i drugiego pomiaru.

Tabela 1. Typ placówek włączonych do badań

TYP PLACÓWKI	N	%
Placówki ambulatoryjne	89	50,90
Placówki stacjonarne	86	49,10
Ogółem	**175**	**100**

Tabela 2. Typ placówek włączonych do badań (2 pomiar)

TYP PLACÓWKI	N	%
Placówki ambulatoryjne	46	63,89
Placówki stacjonarne	26	36,11
Ogółem	**72**	**100**

W przypadku stosowanego podejścia terapeutycznego, terapeuci (będący badaczami terenowymi) mieli dowolność wpisania odpowiedzi. W efekcie powstał szeroki wachlarz odpowiedzi. Celem usystematyzowana danych dokonano zblokowania odpowiedzi na bardziej syntetyczne. Poniższej zamieszczona Tabela 3 oraz Tabela 4 zawierają częstości oraz procent badanych objętych poszczególnym podejściem terapeutycznym.

Tabela 3. Podejście terapeutyczne (1 pomiar)

Podejście terapeutyczne	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 85	%	N= 85	%	N= 170	%
Kognitywno-behawioralne	45	52,94	7	8,24	52	30,59
Kognitywno-behawioralne + dialog motywujący	20	23,53	4	4,71	24	14,12
Kognitywno-behawioralne + inne	10	11,76	22	25,88	32	18,82
Inne podejścia terapeutyczne	10	11,76	52	61,18	62	36,47

Tabela 4. Podejście terapeutyczne (2 pomiar)

Podejście terapeutyczne	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N=43	%	N=21	%	N= 64	%
Kognitywno-behawioralne	15	34,88	1	4,76	16	25,00
Kognitywno-behawioralne + dialog motywujący	16	37,21	0	0,00	16	25,00
Kognitywno-behawioralne + inne	2	4,65	9	42,86	11	17,19
Inne podejścia terapeutyczne	10	23,26	11	52,38	21	32,81

W pierwszym oraz w drugim pomiarze najczęściej pojawiającą się kategorią były inne podejścia terapeutyczne. Do grupy tej terapeuci zaliczali model społeczności terapeutycznej, elementy dialogu motywującego, podejście humanistyczne, podejście integracyjne oraz terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach.

W przypadku kategorii – Kognitywno-behawioralne+ inne, najczęściej do procesu terapeutycznego włączane były elementy dialogu motywującego wraz z modelem społeczności terapeutycznej. Pojawiały się również elementy podejścia humanistycznego, transteoretyczny model zmiany, podejście skoncentrowane na rozwiązaniach, terapia rodzinna.

Dalsze pytanie obejmowało formę w jakiej odbywa się terapia. Tu również terapeuci mieli dowolność wpisywania odpowiedzi, które następnie zostały pogrupowane. W tabelach poniżej znajdują się częstości wskazań poszczególnej formy terapeutycznej. Terapeuci mieli dowolność wpisywanych odpowiedzi, z tego względu dla poszczególnych pacjentów możliwe było wskazanie większej ilości odpowiedzi. Szczegółowe dane zawiera Tabela 5 i Tabela 6.

Tabela 5. Forma terapii z podziałem na typ placówki (1 pomiar).

Forma terapii	Placówki ambulatoryjne	Placówki stacjonarne
Jedynie terapia indywidualna	46[a]	0
Jedynie terapia grupowa	3	0
Terapia indywidualna i grupowa	37	85
Ergoterapia	0	51
Zajęcia edukacyjne	7	27
Arteterapia	1	22
Małe grupy tematyczne	0	21
Pomoc prawna	7	1
Warsztaty	7	1
Zajęcia relaksacyjne	0	7
Zajęcia rekreacyjne	0	5
Interwencja kryzysowa	1	2
Maratony terapeutyczne	1	0

[a] Przy wyborze formy terapii możliwy był wybór większej ilości odpowiedzi.

Tabela 6. Forma terapii z podziałem na typ placówki (2 pomiar).

Forma terapii	Placówki ambulatoryjne	Placówki stacjonarne
Jedynie terapia indywidualna	26[a]	0
Jedynie terapia grupowa	2	0
Terapia indywidualna i grupowa	13	21
Zajęcia edukacyjne	4	2
Warsztaty	5	1
Pomoc prawna	4	0
Interwencja kryzysowa	0	2

[a] Przy wyborze formy terapii możliwy był wybór większej ilości odpowiedzi.

Na podstawie powyższego zestawienia wynika, że w przypadku placówek ambulatoryjnych, zarówno w pierwszym jak i w drugim podejściu, przeważała terapia indywidualna. Natomiast w placówkach stacjonarnych dominowała forma indywidualna wraz z grupową.

Do badań włączono jedynie placówki prowadzące terapię krótkoterminową. Z tego względu najdłuższy czas oddziaływania wynosił do 8 miesięcy. Przeważały jednak, zarówno w przypadku placówek ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych, programy trwające od 2 do 5 miesięcy. Szczegółowe dane zawiera Tabela 7 i Tabela 8.

Tabela 7. Szacowany czas trwania terapii

Czas trwania terapii	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 85	%	N= 85	%	N= 170	%
Od 2 do 5 miesięcy	54	63,50	24	28,20	78	45,88
Od 6 do 8 miesięcy	31	36,50	61	71,80	92	54,12

Tabela 8. Czas trwania terapii

Czas trwania terapii	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 31	%	N= 21	%	N= 52	%
Od 2 do 5 miesięcy	23	74,19	10	47,62	33	63,46
Od 6 do 8 miesięcy	8	25,81	11	52,38	19	36,54

Jeżeli chodzi o częstotliwość sesji indywidualnej, terapeuci najczęściej deklarowali cotygodniowe spotkania. W pierwszym pomiarze stosunkowo często pojawiała się odpowiedz sesji odbywającej się co dwa tygodnie, natomiast z grupy pacjentów, którzy ukończyli terapię i wzięli udział w drugim pomiarze częstotliwość ta występowała jedynie w przypadku 2 pacjentów. Szczegółowe dane zawiera Tabela 9 i Tabela 10.

Tabela 9. Szacowana częstotliwość indywidualnej sesji terapeutycznej

Częstotliwość sesji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 85	%	N= 85	%	N= 170	%
2 razy w tygodniu	8	9,40	1	1,20	9	5,29
1 raz w tygodniu	62	72,90	84	98,80	146	85,88
1 raz na 2 tygodnie	13	15,30	0	0,00	13	7,65
Nie dotyczy	2	2,40	0	0,00	2	1,18

Tabela 10. Częstotliwość indywidualnej sesji terapeutycznej

Częstotliwość sesji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 40	%	N= 17	%	N= 57	%
3 razy w tygodniu	1	2,50	0	0,00	1	1,75
2 razy w tygodniu	7	17,50	2	11,76	9	15,79
1 raz w tygodniu	31	77,50	15	88,24	46	80,70
1 raz na 2 tygodnie	1	2,50	0	0,00	1	1,75

1.2. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W BADANIACH

W przeważającej mierze, w badaniach wzięło udział więcej mężczyzn, co odzwierciedla ogólną tendencję wśród osób podejmujących terapię uzależnień. Jednak w przypadku kobiet odnotowano wyższy wskaźnik udziału w kolejnych pomiarach, na podstawie czego wnioskować można, że kobiety częściej odnoszą sukces pojmowany jako ukończenie terapii. Ze zgromadzony danych wynika również, że kobiety w porównaniu do mężczyzn, w młodszym wieku podejmują terapię. Pełne zestawienie niniejszych informacji zawiera Tabela 11, Tabela 12, Tabela 13 i Tabela 14.

Tabela 11. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (1 pomiar)

Płeć	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Kobiety	20	17	40	20	24	25,75	6,99	0,69	-0,52
Mężczyźni	153	16	48	23	27	27,27	6,95	0,77	0,23
Ogółem	**173**	**16**	**48**	**23**	**26**	**27,13**	**6,94**	**0,74**	**0,11**

Tabela 12. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (2 pomiar)

Płeć	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Kobiety	12	18	40	20	25,50	26,67	7,152	0,487	-0,978
Mężczyźni	59	17	48	29	27	28,07	6,782	0,656	0,114
Ogółem	**71**	**17**	**48**	**23[a]**	**27**	**27,83**	**6,814**	**0,605**	**-0,087**

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Tabela 13. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (3 pomiar)

Płeć	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Kobiety	4	19	33	19[a]	25	25,50	7,05	0,14	-5,02
Mężczyźni	25	18	43	23	24	26,60	6,44	0,93	0,30
Ogółem	**29**	**18**	**43**	**23**	**24**	**26,45**	**6,41**	**0,81**	**0,06**

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Tabela 14. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (4 pomiar)

Płeć	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Kobiety	4	19	36	19[a]	32	29,75	7,45	-1,56	2,68
Mężczyźni	14	19	43	22[a]	25,50	27,50	7,06	0,90	0,21
Ogółem	**18**	**19**	**43**	**19[a]**	**28,50**	**28**	**6,99**	**0,48**	**-0,54**

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Do badań planowano włączyć reprezentatywną próbę ogólnopolską. Zamierzenie to zostało spełnione, gdyż wśród badanych znajdowali się mieszańcy wszystkich województw, z wyłączeniem województwa Podlaskiego. Najliczniejszą kategorię stanowili mieszkańcy Mazowsza oraz Dolnego Śląska i województwa Świętokrzyskiego. Pełen wykaz miejsca pochodzenia zawiera Tabela 15, Tabela 16, Tabela 17 i Tabela 18.

Tabela 15. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (1 pomiar)

Województwo	N= 169	%
Dolnośląskie	25	14,80
Kujawsko-Pomorskie	8	4,70
Lubelskie	18	10,70
Lubuskie	2	1,20
Łódzkie	4	2,40
Małopolskie	8	4,70
Mazowieckie	35	20,70
Opolskie	2	1,20
Podkarpackie	3	1,80
Pomorskie	6	3,60
Śląskie	22	13,00
Świętokrzyskie	25	14,80
Warmińsko-Mazurskie	2	1,20
Wielkopolskie	7	4,10
Zachodniopomorskie	2	1,20

Tabela 16. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (2 pomiar)

Województwo	N= 69	%
Dolnośląskie	16	23,19
Kujawsko-Pomorskie	4	5,80
Lubelskie	4	5,80
Lubuskie	2	2,90
Łódzkie	2	2,90
Małopolskie	3	4,35
Mazowieckie	17	24,64
Opolskie	0	0,00
Podkarpackie	1	1,45
Pomorskie	0	0,00
Śląskie	4	5,80
Świętokrzyskie	12	17,39
Warmińsko-Mazurskie	0	0,00
Wielkopolskie	3	4,35
Zachodniopomorskie	1	1,45

Tabela 17. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (3 pomiar)

Województwo	N= 29	%
Dolnośląskie	7	24,14
Kujawsko-Pomorskie	2	6,90
Lubelskie	1	3,45
Lubuskie	1	3,45
Łódzkie	0	0,00
Małopolskie	1	3,45
Mazowieckie	5	17,24
Opolskie	0	0,00
Podkarpackie	1	3,45
Pomorskie	0	0,00
Śląskie	4	13,79
Świętokrzyskie	6	20,69
Warmińsko-Mazurskie	0	0,00
Wielkopolskie	1	3,45
Zachodniopomorskie	0	0,00

Tabela 18. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (4 pomiar)

Województwo	N= 18	%
Dolnośląskie	5	27,78
Kujawsko-Pomorskie	1	5,56
Lubelskie	0	0,00
Lubuskie	0	0,00
Łódzkie	1	5,56
Małopolskie	0	0,00
Mazowieckie	5	27,78
Opolskie	0	0,00
Podkarpackie	0	0,00
Pomorskie	0	0,00
Śląskie	1	5,56
Świętokrzyskie	4	22,22
Warmińsko-Mazurskie	0	0,00
Wielkopolskie	1	5,56
Zachodniopomorskie	0	0,00

Spośród cech demograficznych zbadano również faktyczny stan cywilny badanych. Dla pomiarów odbywających się w okresie trwania terapii (początek oraz koniec terapii), dane przedstawiono z podziałem na typ placówki. W trakcie dokonywania wszystkich pomiarów, przeważająca większość badanych deklarowała, że jest samotna. Drugą najczęściej pojawiającą się kategorią było pozostawanie w związku nieformalnym, jedynie w czwartym pomiarze częściej pojawiała się odpowiedz – Rozwiedziona/rozwiedziony. Wynik ten można jednak tłumaczyć niewielką liczebnością próby w trakcie ostatniego pomiaru (*n*=18). Pełne zestawienie faktycznego stanu cywilnego zawiera Tabela 19, Tabela 20, Tabela 21 i Tabela 22.

Tabela 19. Stan cywilny osób badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Stan cywilny	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 88	%	N= 86	%	N= 174	%
Sama/sam	42	47,70	64	74,40	106	60,92
Zamężna/żonaty	11	12,50	7	8,10	18	10,34
Rozwiedziona/rozwiedziony	6	6,80	6	7,00	12	6,90
W separacji	1	1,10	1	1,20	2	1,15
W związku nieformalnym	28	31,80	8	9,30	36	20,69

Tabela 20. Stan cywilny z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Stan cywilny	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N=46	%	N=26	%	N=72	%
Sama/sam	25	54,35	16	61,54	41	56,94
Zamężna/żonaty	4	8,70	3	11,54	7	9,72
Rozwiedziona/rozwiedziony	5	10,87	3	11,54	8	11,11
W separacji	0	0,00	0	0	0	0,00
W związku nieformalnym	12	26,09	4	15,38	16	22,22

Tabela 21. Stan cywilny (3 pomiar)

Stan cywilny	Ogółem	
	N= 29	%
Sama/sam	20	68,97
Zamężna/żonaty	1	3,45
Rozwiedziona/rozwiedziony	2	6,90
W separacji	0	0,00
W związku nieformalnym	6	20,69

Tabela 22. Stan cywilny (4 pomiar)

Stan cywilny	Ogółem	
	N= 18	%
Sama/sam	10	55,56
Zamężna/żonaty	1	5,56
Rozwiedziona/rozwiedziony	4	22,22
W separacji	0	0,00
W związku nieformalnym	3	16,67

W przypadku warunków mieszkaniowych, również dokonano osobnego zestawienia dla pacjentów odbywających terapię w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej (w okresie trwania terapii). Spośród uzyskanych odpowiedzi najczęściej badani oceniali warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre oraz dobre. Tendencja ta zaznaczała się w przypadku pacjentów odbywających terapię w formie ambulatoryjnej jak i stacjonarnej oraz we wszystkich etapach dokonywania pomiarów. Pełne zestawienie ocen zawiera

Tabela 23, Tabela 24, Tabela 25 i Tabela 26.

Tabela 23. Warunki mieszkaniowe osób badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Warunki mieszkaniowe	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 89	%	N= 84	%	N= 173	%
Bardzo dobre	31	34,80	25	29,80	56	32,37
Dobre	38	42,70	33	39,30	71	41,04
Przeciętne	19	21,30	14	16,70	33	19,08
Złe	1	1,10	6	7,10	7	4,05
Bardzo złe	0	0,00	6	7,10	6	3,47

Tabela 24. Warunki mieszkaniowe z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Warunki mieszkaniowe	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 45	%	N= 25	%	N= 70	%
Bardzo dobre	18	40,00	10	40,00	28	40,00
Dobre	20	44,44	13	52,00	33	47,14
Przeciętne	7	15,56	1	4,00	8	11,43
Złe	0	0,00	0	0	0	0,00
Bardzo złe	0	0,00	1	4,00	1	1,43

Tabela 25. Warunki mieszkaniowe (3 pomiar)

Warunki mieszkaniowe	Ogółem	
	N= 29	%
Bardzo dobre	11	37,93
Dobre	16	55,17
Przeciętne	1	3,45
Złe	1	3,45
Bardzo złe	0	0

Tabela 26. Warunki mieszkaniowe (4 pomiar)

Warunki mieszkaniowe	Ogółem	
	N= 18	%
Bardzo dobre	10	55,56
Dobre	8	44,44
Przeciętne	0	0
Złe	0	0
Bardzo złe	0	0

Zbadano również poziom wykształcenia respondentów. Najczęściej badani deklarowali ukończenie szkoły średniej. Stosunkowo często pojawiały się odpowiedzi uwzględniające wykształcenie zawodowe oraz gimnazjalne. Z najmniejszą częstotliwością, bo zaledwie u jednego pacjenta odnotowano wykształcenie podstawowe nieukończone. Pełne zestawienie częstości wraz z zestawieniem procentowym zawiera Tabela 27, Tabela 28, Tabela 29 i Tabela 30.

Tabela 27. Wykształcenie z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Wykształcenie	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 89	%	N= 86	%	N= 175	%
Wyższe	8	9,00	2	2,30	10	5,71
Policealne	6	6,70	3	3,50	9	5,14
Średnie	37	41,60	37	43,0	74	42,29
Zawodowe	15	16,90	17	19,80	32	18,29
Gimnazjalne	17	19,10	25	29,10	42	24,00
Podstawowe ukończone	5	5,60	2	2,30	7	4,00
Podstawowe nieukończone	1	1,10	0	0,00	1	0,57

Tabela 28 Wykształcenie z podziałem na typ placówki (2 pomiar).

Wykształcenie	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 45	%	N= 26	%	N= 71	%
Wyższe	4	8,89	1	3,85	5	7,04
Policealne	5	11,11	1	3,85	6	8,45
Średnie	18	40,00	14	53,85	32	45,07
Zawodowe	6	13,33	4	15,38	10	14,08
Gimnazjalne	8	17,78	6	23,08	14	19,72
Podstawowe ukończone	3	6,67	0	0	3	4,23
Podstawowe nieukończone	1	2,22	0	0	1	1,41

Tabela 29 Wykształcenie (3 pomiar)

Wykształcenie	Ogółem	
	N= 29	%
Wyższe	2	6,90
Policealne	3	10,34
Średnie	16	55,17
Zawodowe	3	10,34
Gimnazjalne	2	6,90
Podstawowe ukończone	2	6,90
Podstawowe nieukończone	1	3,45

Tabela 30. Wykształcenie (4 pomiar)

Wykształcenie	Ogółem	
	N= 18	%
Wyższe	2	11,11
Policealne	2	11,11
Średnie	7	38,89
Zawodowe	3	16,67
Gimnazjalne	3	16,67
Podstawowe ukończone	1	5,56
Podstawowe nieukończone	0	0,00

Pewnym uszczegółowieniem danych obejmujących wykształcenie w badanej próbie, stanowią poniżej zamieszczone statystyki opisowe, obejmujące podstawowe miary tendencji centralnej, dyspersji oraz kształtu rozkładu. Wśród badanych dominował okres 12-letniej nauki. Najkrótszy okres nauki szkolnej wynosił 4 lata, natomiast najdłużej aż 23 lata. Pełne zestawienie poszczególnych parametrów zawiera Tabela 31, Tabela 32, Tabela 33 i Tabela 34.

Tabela 31. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Typ placówki	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Placówki ambulatoryjne	82	8	23	13	13	13,46	2,71	0,87	1,24
Placówki stacjonarne	76	9	20	12	12	12,60	2,27	1,17	1,80
Ogółem	**158**	**8**	**23**	**12**	**12**	**13,05**	**2,53**	**1,02**	**1,46**

Tabela 32. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Typ placówki	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Placówki ambulatoryjne	43	4	20	13	13	13,09	2,85	0,04	2,34
Placówki stacjonarne	24	9	16	13	13	12,75	1,67	-0,17	0,01
Ogółem	**67**	**4**	**20**	**13**	**13**	**12,97**	**2,47**	**0,11**	**3,02**

Tabela 33. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki (3 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Łączna liczba lat nauki	**29**	**10**	**22**	**12**	**13**	**13,66**	**2,73**	**1,57**	**2,53**

Tabela 34. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki (4 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Łączna liczba lat nauki	**18**	**10**	**21**	**12**	**12**	**13,50**	**3,43**	**1,21**	**0,33**

Wśród osób badanych aktualnie uczących się było na etapie pierwszego pomiaru 32 (18,29%). Osoby te, ze zrozumiałych względów, w większości podejmowały terapię w formie ambulatoryjnej (n=24). Odnotowano również, że pomiędzy początkiem i końcem terapii zwiększyła się liczba osób kontynuujących naukę, co może świadczyć o pozytywnej roli terapii na podjęcie owej decyzji. Tendencja wzrostowa utrzymywała się również w okresie dokonywania 3 oraz 4 pomiaru. Szczegółowe zestawienia na ten temat zawiera Tabela 35, Tabela 36, Tabela 37 i Tabela 38.

Tabela 35. Kontynuacja nauki z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Kontynuacja nauki	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 89	%	N= 86	%	N= 175	%
Tak	24	26,97	8	9,30	32	18,29
Nie	65	73,03	78	90,70	143	81,71

Tabela 36. Kontynuacja nauki z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Kontynuacja nauki	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 45	%	N= 26	%	N= 71	%
Tak	13	28,89	2	7,69	15	21,13
Nie	32	71,11	24	92,31	56	78,87

Tabela 37. Kontynuacja nauki (3 pomiar)

Kontynuacja nauki	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	7	24,14
Nie	22	75,86

Tabela 38. Kontynuacja nauki (4 pomiar)

Kontynuacja nauki	Ogółem	
	N= 18	%
Tak	6	33,33
Nie	12	66,67

Spośród badanych aktualnie kontynuujących naukę, większość oceniało wysoko stosunek do obowiązków szkolnych. We wszystkich pomiarach dominowały wskazania - Systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji; Na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a); Zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn. Poniżej zamieszczona Tabela 39, Tabela 40, Tabela 41 i Tabela 42 przedstawiają pełne spektrum udzielanych odpowiedzi.

Tabela 39. Stosunek do obowiązku szkolnego wśród badanych, którzy aktualnie się uczą (1 pomiar)

Stosunek do obowiązku szkolnego	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 24	%	N= 8	%	N= 32	%
Systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji	6	42,86	0	0,00	6	18,80
Na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)	7	50,00	2	25,00	9	28,10
Zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn	8	57,14	1	12,50	9	28,10
Niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję	2	14,29	3	37,50	5	15,60
Bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję	1	7,14	2	25,00	3	9,40

Tabela 40. Stosunek do obowiązku szkolnego z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Stosunek do obowiązku szkolnego	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 13	%	N= 2	%	N= 15	%
Systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji	6	46,15	1	50,00	7	46,67
Na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)	3	23,08	0	0	3	20,00
Zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn	4	30,77	0	0	4	26,67
Niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję	0	0	1	50,00	1	6,67
Bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję	0	0	0	0	0	0

Tabela 41. Stosunek do obowiązku szkolnego z podziałem na typ placówki (3 pomiar)

Stosunek do obowiązku szkolnego	Ogółem	
	N= 7	%
Systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji	3	42,86
Na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)	2	28,57
Zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn	2	28,57
Niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję	0	0
Bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję	0	0

Tabela 42. Stosunek do obowiązku szkolnego (4 pomiar)

Stosunek do obowiązku szkolnego	Ogółem	
	N= 6	%
Systematycznie uczęszczam do szkoły, nie opuszczam lekcji	2	33,33
Na ogół systematycznie uczęszczam do szkoły, rzadko bywam nieobecny (-a)	3	50
Zdarzają się okresy opuszczania przeze mnie zajęć bez poważniejszych przyczyn	1	16,67
Niesystematycznie uczęszczam do szkoły, dużo opuszczam, wagaruję	0	0
Bardzo niesystematycznie uczęszczam do szkoły, prawie nie chodzę, często wagaruję	0	0

Pewnym odzwierciedleniem stosunku do obowiązków szkolnych stanowią osiągane wyniki w nauce. Najczęściej wybieranymi przez respondentów odpowiedziami były: Przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe; Wysokie – przewaga ocen dobrych. Pełen wykaz zgromadzonych wyników zawiera Tabela 43, Tabela 44, Tabela 45 i Tabela 46.

Tabela 43. Osiągane wyniki w nauce z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Osiągane wyniki w nauce	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 24	%	N= 8	%	N= 32	%
Bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre	3	12,50	0	0,00	3	9,40
Wysokie – przewaga ocen dobrych	5	20,83	4	50,00	9	28,10
Przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe	12	50,00	2	25,00	14	43,80
Niskie – przewaga ocen dopuszczających	4	16,67	2	25,00	6	18,80
Bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe	0	0,00	0	0,00	0	0

Tabela 44. Osiągane wyniki w nauce z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Osiągane wyniki w nauce	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 13	%	N= 2	%	N= 15	%
Bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre	1	7,69	0	0	1	6,67
Wysokie – przewaga ocen dobrych	5	38,46	0	0	5	33,33
Przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe	5	38,46	0	0	5	33,33
Niskie – przewaga ocen dopuszczających	2	15,38	2	100	4	26,67
Bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe	0	0	0	0	0	0

Tabela 45. Osiągane wyniki w nauce (3 pomiar)

Osiągane wyniki w nauce	Ogółem	
	N= 7	%
Bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre	1	14,28
Wysokie – przewaga ocen dobrych	3	42,86
Przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe	3	42,86
Niskie – przewaga ocen dopuszczających	0	0
Bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe	0	0

Tabela 46. Osiągane wyniki w nauce (4 pomiar)

Osiągane wyniki w nauce	Ogółem	
	N= 6	%
Bardzo wysokie – dominują oceny bardzo dobre i sporadycznie dobre	3	50
Wysokie – przewaga ocen dobrych	0	0
Przeciętne – dominują oceny dostateczne, pojawiają się oceny wyższe i niższe	3	50
Niskie – przewaga ocen dopuszczających	0	0
Bardzo niskie – przewaga niedostatecznych, bardzo rzadko pojawiają się oceny wyższe	0	0

Wśród osób aktualnie uczących się obserwuje się poprawną frekwencję w szkole. W okresie ostatnich 30 dni, respondenci najczęściej wskazywali na brak nieobecności w szkole. Aczkolwiek zaobserwować można, że najwięcej nieobecności generowali badani w okresie rozpoczęcia terapii (*M*=6,17). Wartość ta może wskazywać na problemy z realizacją obowiązków szkolnych wynikających z zażywania narkotyków. Natomiast począwszy od pomiaru w okresie zakończenia terapii oraz w okresach pomiarów kontrolnych, średni wynik dla nieobecności w szkole nie przekraczał jednego dnia. Pełne zestawienie statystyk opisowych zawiera Tabela 47, Tabela 48, Tabela 49, Tabela 50.

Tabela 47. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (1 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w szkole	30	0	30	0	3	6,17	9,01	1,94	3,05

Tabela 48. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (2 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w szkole	14	0	8	0	0	0,93	2,30	2,75	7,47

Tabela 49. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (3 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w szkole	7	0	4	0	0	0,57	1,51	2,65	7,00

Tabela 50. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (4 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w szkole	6	0	1	0	0	0,33	0,52	0,97	-1,87

Pomiarowi poddano również sytuację zawodową badanych. Pierwszym aspektem było określenie statusu zatrudnienia. Wśród badanych najliczniejsze kategorie stanowiły osoby pracujące oraz bezrobotni. W przypadku dwóch początkowych pomiarów uwidacznia się również dysproporcja statusu zatrudnienia pomiędzy pacjentami placówek stacjonarnych i ambulatoryjnych. W przypadku osób odbywających terapię w formie stacjonarnej przeważały osoby bezrobotne. Tendencja ta jest zrozumiała, zwarzywszy na trudność pogodzenia pracy zarobkowej z terapią w formie stacjonarnej. Natomiast w przypadku pacjentów ośrodków ambulatoryjnych częściej znajdowały się osoby aktywne zawodowo. Natomiast w okresie począwszy od 6. miesięcy po ukończeniu terapii 20,69% badanych pozostawała bez pracy, natomiast w okresie powyżej 6. miesiąc od zakończenia terapii wartość ta zmalała do 11,11%. W porównaniu do populacji ogólnej stopa bezrobocia wśród osób, które ukończyły terapię jest

stosunkowo wysoka. Na podstawie danych z Głównego Urzędu Statystycznego, uśredniona wartość dla bezrobocia w okresie od stycznia do listopada 2019 roku wynosiła około 5,45%. Szczegółowe dane zawiera Tabela 51, Tabela 52, Tabela 53, Tabela 54.

Tabela 51. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Status zatrudnienia	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 85	%	N= 84	%	N= 169	%
Pracujący (-a) zarobkowo	47	55,30	26	31,00	73	43,20
Bezrobotny (-a)	26	30,60	48	57,10	74	43,79
Niepracujący (-a), uczący (-a) się	12	14,10	10	11,90	22	13,02

Tabela 52. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (2 pomiar).

Status zatrudnienia	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 39	%	N= 25	%	N= 64	%
Pracujący (-a) zarobkowo	22	56,41	9	36,00	31	48,44
Bezrobotny (-a)	13	33,33	14	56,00	27	42,19
Niepracujący (-a), uczący (-a) się	4	10,26	2	8,00	6	9,37

Tabela 53. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (3 pomiar)

Status zatrudnienia	Ogółem	
	N= 29	%
Pracujący (-a) zarobkowo	17	58,62
Bezrobotny (-a)	6	20,69
Niepracujący (-a), uczący (-a) się	6	20,69

Tabela 54. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (4 pomiar)

Status zatrudnienia	Ogółem	
	N= 18	%
Pracujący (-a) zarobkowo	13	72,22
Bezrobotny (-a)	2	11,11
Niepracujący (-a), uczący (-a) się	3	16,67

Wśród badanych aktualnie pracujących nieobecności w pracy zdarzały się sporadycznie. Na pytanie obejmujące ilość dni w okresie ostatnich 30 dni, w których badany z nieuzasadnionych powodów nie stawił się w pracy, przeważał brak nieobecności. Szczegółowe parametry opisujące tą kwestię zawiera Tabela 55, Tabela 56, Tabela 57, Tabela 58.

Tabela 55. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (1 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w pracy wśród pracujących (w dniach)	68	0	30	0	0	1,47	4,47	4,78	26,37

Tabela 56. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (2 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w pracy wśród pracujących (w dniach)	29	0	1	0	0	0,07	0,26	3,59	11,69

Tabela 57. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (3 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w pracy wśród pracujących (w dniach)	17	0	0	0	0	0	0	-	-

Tabela 58. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (4 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Nieobecność w pracy wśród pracujących (w dniach)	13	0	2	0	0	0,38	0,77	1,76	1,61

W okresie rozpoczęcia oraz zakończenia terapii ponad 40% badanych pozostawało bez pracy. W związku z niniejszym, kolejne zestawienia poświęcone będą pogłębieniu wiedzy na temat specyfiki bezrobocia. W pierwszej kolejności wygenerowano parametry opisujące długość czasu pozostawania bez pracy. W okresie rozpoczęcia terapii średni wynik pozostawania bez pracy wynosił 6,93 miesiąca i wzrastał do okresu do 6. miesięcy od zakończenia terapii do średniej wartości 11 miesięcy. Oznacza to, że część osób bezrobotnych po ukończeniu terapii nie podjęło pracy zarobkowej. W okresie czwartego pomiaru średnia wartość spadła do 7,50 miesiąca, aczkolwiek w kategorii bezrobotnych pozostawało tylko dwóch badanych. Pełne zestawienie niniejszych wyników zawiera Tabela 59, Tabela 60, Tabela 61, Tabela 62.

Tabela 59. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (1 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Okres bezrobocia (w miesiącach)	61	0	48	1	3	6,93	9,81	2,40	5,72

Tabela 60. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (2 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Okres bezrobocia (w miesiącach)	22	1	48	6	6	10,20	11,42	2,50	5,98

Tabela 61. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (3 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Okres bezrobocia (w miesiącach)	6	1	56	1	1,50	11,00	22,10	2,42	5,89

Tabela 62. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (4 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Okres bezrobocia (w miesiącach)	2	3	12	12	7,50	7,50	6,36	-	-

Na pytanie dotyczące poszukiwania pracy wśród osób bezrobotnych, najwięcej odpowiedzi przeczących padało w okresie pierwszego pomiaru, co może wynikać z faktu rozpoczęcia terapii i niemożności pogodzenia jej z aktywnością zawodową. W momencie dokonywania drugiego i trzeciego pomiaru wartości te spadały do około 16%. Pełne zestawienie owych wyników zwiera Tabela 63, Tabela 64, Tabela 65, Tabela 66.

Tabela 63. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (1 pomiar)

Szukanie pracy	N= 61	%
Tak	38	62,29
Nie	23	37,71

Tabela 64. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (2 pomiar)

Szukanie pracy	N	%
Tak	21	84,00
Nie	4	16,00

Tabela 65. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (3 pomiar)

Szukanie pracy	N= 6	%
Tak	5	83,33
Nie	1	16,67

Tabela 66. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (4 pomiar)

Szukanie pracy	N= 2	%
Tak	1	50
Nie	1	50

Wśród wyuczonych lub wykonywanych zawodów większość badanych wskazywała na różnego rodzaju prace manualne. Najbardziej pojemną kategorię stanowił sektor usług, co odzwierciedla ogólnopolską tendencję, zgodnie z którą największa liczba pracowników partycypuje w usługach. W dalszej kolejności dominowały zawody rzemieślnicze obejmujące

prace budowlane, przy obróbce metali oraz prace w sektorze gastronomicznym. Pełne zestawienie zawodów zawiera Tabela 67, Tabela 68, Tabela 69, Tabela 70.

Tabela 67. Wykonywany lub wyuczony zawód (1 pomiar)

Zawód	N= 108	%
Robotnicy budowlani i pokrewne	18	16,67
Robotnicy obróbki metali, mechanicy maszyn i urządzeń pokrewnych	16	14,81
Pracownicy sektora gastronomicznego	16	14,81
Pracownicy sektora usług	20	18,52
Kierowcy i operatorzy pojazdów	16	14,81
Nauczyciele oraz pracownicy związani z edukacją	7	6,48
Elektrycy i elektronicy	4	3,70
Pracownicy sektora rolniczego i ogrodniczego	7	6,48
Pracownicy przy pracach przygotowawczych do druku	2	1,85
Wolne zawody	2	1,85

Tabela 68. Wykonywany lub wyuczony zawód (2 pomiar)

Zawód	N= 53	%
Robotnicy budowlani i pokrewne	5	9,43
Robotnicy obróbki metali, mechanicy maszyn i urządzeń pokrewnych	11	20,75
Pracownicy sektora gastronomicznego	6	11,32
Pracownicy sektora usług	10	18,87
Kierowcy i operatorzy pojazdów	10	18,87
Nauczyciele oraz pracownicy związani z edukacją	4	7,55
Elektrycy i elektronicy	1	1,89
Pracownicy sektora rolniczego i ogrodniczego	1	1,89
Pracownicy przy pracach przygotowawczych do druku	2	3,77
Wolne zawody	3	5,66

Tabela 69. Wykonywany lub wyuczony zawód (3 pomiar)

Zawód	N= 22	%
Robotnicy budowlani i pokrewne	3	13,64
Robotnicy obróbki metali, mechanicy maszyn i urządzeń pokrewnych	1	4,55
Pracownicy sektora gastronomicznego	4	18,18
Pracownicy sektora usług	4	18,18
Kierowcy i operatorzy pojazdów	3	13,64
Nauczyciele oraz pracownicy związani z edukacją	3	13,64
Elektrycy i elektronicy	0	0,00
Pracownicy sektora rolniczego i ogrodniczego	0	0,00
Pracownicy przy pracach przygotowawczych do druku	1	4,55
Wolne zawody	3	13,64

Tabela 70. Wykonywany lub wyuczony zawód (4 pomiar)

Zawód	N= 14	%
Robotnicy budowlani i pokrewne	3	21,43
Robotnicy obróbki metali, mechanicy maszyn i urządzeń pokrewnych	1	7,14
Pracownicy sektora gastronomicznego	4	28,57
Pracownicy sektora usług	1	7,14
Kierowcy i operatorzy pojazdów	2	14,29
Nauczyciele oraz pracownicy związani z edukacją	2	14,29
Elektrycy i elektronicy	0	0,00
Pracownicy sektora rolniczego i ogrodniczego	0	0,00
Pracownicy przy pracach przygotowawczych do druku	0	0,00
Wolne zawody	1	7,14

Charakter wykonywanej pracy odzwierciedla zadeklarowane przez badanych zawody. Większość badanych wykonuje prace fizyczne. Drugą kategorią są prace umysłowe. Natomiast najmniej liczne jest łączenie pracy fizycznej i umysłowej. Szczegółowe wyniki zawiera Tabela 71, Tabela 72, Tabela 73, Tabela 74.

Tabela 71. Charakter wykonywanej pracy z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Charakter wykonywanej pracy	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 71	%	N= 65	%	N= 136	%
Praca umysłowa	20	28,17	13	20,00	33	24,26
Praca umysłowa i fizyczna	3	4,23	5	7,69	8	5,88
Praca fizyczna	48	67,61	47	72,31	95	69,85

Tabela 72. Charakter wykonywanej pracy z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Charakter wykonywanej pracy	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 37	%	N= 24	%	N= 61	%
Praca umysłowa	10	27,03	4	16,67	14	22,95
Praca umysłowa i fizyczna	0	0	1	4,17	1	1,64
Praca fizyczna	27	72,97	19	79,17	46	75,41

Tabela 73. Charakter wykonywanej pracy (3 pomiar)

Charakter wykonywanej pracy	Ogółem	
	N= 23	%
Praca umysłowa	7	30,43
Praca umysłowa i fizyczna	7	30,43
Praca fizyczna	9	39,13

Tabela 74. Charakter wykonywanej pracy (4 pomiar)

Charakter wykonywanej pracy	Ogółem	
	N= 15	%
Praca umysłowa	4	26,67
Praca umysłowa i fizyczna	1	6,67
Praca fizyczna	10	66,66

Przeważającym źródłem dochodu była praca zarobkowa. W okresie rozpoczęcia i zakończenia terapii źródło to częściej występowało wśród osób przebywających w placówkach ambulatoryjnych. Natomiast wśród pacjentów placówek stacjonarnych z podobną częstotliwością występował brak dochodu. Natomiast po zakończeniu terapii ponad 68% respondentów deklarowało pracę jako podstawowe źródło dochodu. W badanej próbie nie odnotowano wskazań na źródło dochodu jakim jest emerytura. Co jest zrozumiałe jeżeli zestawi się niniejsze dane z tabelą poświęcono wiekowi badanych, gdzie maksymalna wartość wynosiła 48 lat. Szczegółowe zestawienie źródeł dochodu zawiera Tabela 75, Tabela 76, Tabela 77, Tabela 78.

Tabela 75. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Źródło dochodu	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 92	%	N= 84	%	N= 176	%
Praca zarobkowa	52	56,52	36	42,86	88	50,00
Emerytura	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Renta	5	5,43	2	2,38	7	3,98
Zasiłek dla bezrobotnych	3	3,26	3	3,57	6	3,41
Świadczenia socjalne	11	11,96	4	4,76	15	8,52
Brak dochodu	21	22,83	39	46,43	60	34,09

Tabela 76. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Źródło dochodu	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 44	%	N	%	N= 69	%
Praca zarobkowa	27	61,36	12	48,00	39	56,52
Emerytura	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Renta	2	4,55	1	4,00	3	4,35
Zasiłek dla bezrobotnych	1	2,27	1	4,00	2	2,90
Świadczenia socjalne	6	13,64	1	4,00	7	10,14
Brak dochodu	8	18,18	10	40,00	18	26,09

Tabela 77. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (3 pomiar)

Źródło dochodu	Ogółem	
	N= 29	%
Praca zarobkowa	20	68,97
Emerytura	0	0,00
Renta	1	3,45
Zasiłek dla bezrobotnych	0	0,00
Świadczenia socjalne	1	3,45
Brak dochodu	7	24,14

Tabela 78. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (4 pomiar)

Źródło dochodu	Ogółem	
	N=	%
Praca zarobkowa	13	68,42
Emerytura	0	0,00
Renta	1	5,26
Zasiłek dla bezrobotnych	0	0,00
Świadczenia socjalne	3	15,79
Brak dochodu	2	10,53

Średnia wysokość dochodów w badanej próbie wzrastała z każdym pomiarem. Początkowo była to wartość 1685,32 zł. z przewagą wysokości zarobków wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych. Natomiast w okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii wartość ta wynosiła już 2650,56 zł. Wzrost wynagrodzenia pomiędzy pomiarami mógł wynikać z problemu uzależnienia oraz zaangażowania badanych w proces terapeutycznych, co mogło utrudniać pełnowymiarową pracę. Poszczególne parametry dla miesięcznych zarobków w badanej próbie zawiera Tabela 79, Tabela 80, Tabela 81, Tabela 82.

Tabela 79. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Typ placówki	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Placówki ambulatoryjne	87	0	6000	0	2000	1724,94	1350,45	0,53	0,18
Placówki stacjonarne	71	0	6000	0	1700	1636,77	1 667,66	0,60	-0,68
Ogółem	**158**	**0**	**6000**	**0**	**1900**	**1685,32**	**1492,65**	**0,56**	**-0,32**

Tabela 80. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Typ placówki	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Placówki ambulatoryjne	43	0	6000	2500	2000	1898,70	1241,53	0,53	1,39
Placówki stacjonarne	20	0	4500	0	1500	1500	1532,80	0,53	-0,98
Ogółem	**63**	**0**	**6000**	**0**	**1900**	**1775,70**	**1330,95**	**0,42**	**0,22**

Tabela 81. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) (3 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Zarobki w PLN	**29**	**0**	**5000**	**0[a]**	**2000**	**2063,79**	**1314,13**	**-0,02**	**-0,28**

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Tabela 82. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) (4 pomiar)

	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Zarobki w PLN	18	0	8000	2000	2500	2650,56	1693,75	1,68	6,02

Pewnym uszczegółowieniem wysokości dochodów stanowią przedziały wynagrodzenia. Odzwierciedlają one powyżej opisaną tendencję wzrostu wynagrodzenia w badanej próbie. Początkowo najbardziej pojemną kategorię stanowiły wynagrodzenia wahające się w przedziale od 0 do 1000 zł. Natomiast w trzecim i czwartym pomiarze do najliczniejszej kategorii należały osoby, których wynagrodzenie wahało się w przedziale od 2001 zł. do 3000 zł. Poniżej zamieszczona Tabela 83, Tabela 84, Tabela 85i Tabela 86 zawierają pełne zestawienie wynagrodzeń.

Tabela 83. Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Wysokość dochodu	**Placówki ambulatoryjne**		**Placówki stacjonarne**		**Ogółem**	
	N= 89	**%**	**N= 86**	**%**	**N= 175**	**%**
Powyżej 3001 zł.	8	9,00	16	18,60	24	13,71
W przedziale 2001-3000 zł.	26	29,20	10	11,60	36	20,57
W przedziale 1001-2000 zł.	20	22,50	12	14,00	32	18,29
W przedziale 0-1000 zł.	35	39,30	48	55,80	83	47,43

Tabela 84 Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Wysokość dochodu	**Placówki ambulatoryjne**		**Placówki stacjonarne**		**Ogółem**	
	N= 42	**%**	**N= 20**	**%**	**N= 62**	**%**
Powyżej 3001 zł.	4	9,52	3	15,00	7	11,29
W przedziale 2001-3000 zł.	16	38,10	4	20,00	20	32,26
W przedziale 1001-2000 zł.	10	23,81	4	20,00	14	22,58
W przedziale 0-1000 zł.	12	28,57	9	45,00	21	33,87

Tabela 85 Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (3 pomiar)

Wysokość dochodu	**Ogółem**	
	N= 29	**%**
Powyżej 3001 zł.	4	13,79
W przedziale 2001-3000 zł.	10	34,48
W przedziale 1001-2000 zł.	8	27,59
W przedziale 0-1000 zł.	7	24,14

Tabela 86 Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (4 pomiar)

Wysokość dochodu	Ogółem	
	N= 18	%
Powyżej 3001 zł.	4	22,22
W przedziale 2001-3000 zł.	8	44,44
W przedziale 1001-2000 zł.	4	22,22
W przedziale 0-1000 zł.	2	11,11

2. CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

Spośród pacjentów rozpoczynających terapię, deklarowany średni wiek rozpoczęcia zażywania narkotyków wynosił ponad 16 rok życia. Pomiędzy pacjentami placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie było znacznych różnic w tym względzie. Najwcześniejsza inicjacja przypadała na 11 rok życia, natomiast najpóźniej zainicjowano zażywanie narkotyków w wieku lat 40. Poszczególne parametry dla wieku rozpoczęcia zażywania narkotyków zawiera Tabela 87.

Tabela 87. Wiek rozpoczęcia zażywania narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Typ placówki	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Placówki ambulatoryjne	80	11	40	16	16	16,58	3,68	3,68	20,83
Placówki stacjonarne	77	12	32	16	16	16,78	3,51	1,49	3.96
Ogółem	**157**	**11**	**40**	**16**	**16**	**16,68**	**3,59**	**2,65**	**12,74**

Na pytanie obejmujące ilość czasu, jaka upłynęła od ostatniej co najmniej dwutygodniowej przerwy w zażywaniu narkotyków, najczęściej pojawiały się odpowiedzi w przedziale przekraczającym 1 miesiąc do 3 miesięcy włącznie oraz przedział obejmujący okres do 1 miesiąca. Natomiast z najmniejszą częstotliwością występował okres przekraczający 24 miesiące dla pacjentów placówek ambulatoryjnych oraz przedział przekraczający 6 miesiącami do 12 miesięcy włącznie. Pełne zestawienie przedziałów zawiera Tabela 88.

Tabela 88. Przedziały czasu dla ostatniej 2-tygodniowej przerwy w zażywaniu narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Przerwa w zażywaniu narkotyków	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 78	%	N= 77	%	N= 155	%
Powyżej 24 miesięcy i 1 tygodnia	9	11,60	11	14,30	20	12,90
W przedziale od 12 miesięcy i 1 tygodnia do 24 miesiące	10	12,80	11	14,30	21	13,55
W przedziale od 6 miesięcy i 1 tygodnia do 12 miesięcy	15	19,20	7	9,10	22	14,19
W przedziale od 3 miesięcy i 1 tygodnia do 6 miesięcy	12	15,40	9	11,70	21	13,55
W przedziale od 1 miesiąca i 1 tygodnia do 3 miesięcy	22	28,20	19	24,60	41	26,45
Do 1 miesiąca	10	12,80	20	26,00	30	19,35

W przeważającej większości celem terapii było osiągnięcie abstynencji od narkotyków. W większości przypadków (91,38% badanych) cele ten został osiągnięty. Jedynie jeden badany zadeklarował jako cel terapii ograniczenie ilości zażywanych narkotyków, w tym przypadku oczywiście abstynencja nie miała miejsca. Tabela 89 zawiera niniejsze zestawienie.

Tabela 89. Cel terapii oraz osiągniecie abstynencji

Osiągnięcie abstynencji	Celem było osiągnięcie abstynencji		Celem było ograniczenie zażywania narkotyków	
	N = 58	%	N = 1	%
Abstynencja została osiągnięta	53	91,38	0	0
Abstynencja nie została osiągnięta	5	8,62	1	100

W takcie terapii pełną abstynencję utrzymało łącznie 75,76% badanych, z czego wszyscy pacjenci, którzy uczestniczyli w terapii w formie stacjonarnej. Wynik ten jest w pełni zrozumiały, zważywszy na warunek kontynuacji terapii w formie stacjonarnej jakim jest pełna abstynencja. Natomiast wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych jedynie 63,64% badanych zadeklarowało abstynencję. Niniejsze wyniki zawiera Tabela 90.

Tabela 90. Zachowanie abstynencji w okresie trwania terapii

Abstynencja w okresie terapii	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 44	%	N= 22	%	N= 66	%
Tak	28	63,64	22	100	50	75,76
Nie	10	22,73	0	0	10	115,15
Nie dotyczy	6	13,63	0	0	6	9,09

Na pytanie obejmujące częstotliwość złamania abstynencji w trakcie trwania terapii przeważająca większość badanych zachowała abstynencję od narkotyków. Jedynie ośmiu badanych zadeklarowało, że zażywało przynajmniej raz (najczęstsza odpowiedz), a maksymalnie pięć razy narkotyki w okresie trwania terapii. Parametry obejmujące częstotliwość złamania abstynencji zawiera Tabela 91

Tabela 91. Częstotliwość złamania abstynencji w trakcie terapii

Częstotliwość złamania abstynencji	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Wyniki dla osób, które złamały abstynencję	8	1	5	1	3	3	1,927	0	-2,464

W okresie ostatnich 2 miesięcy, znaczna część respondentów deklarowała podtrzymanie abstynencji. W okresie dokonania 3 pomiaru było to 65,52% badanych, natomiast w okresie 4 pomiaru było to 84,21%. Niniejsze proporcje zawiera Tabela 92 i Tabela 93.

Tabela 92. Abstynencja od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (3 pomiar)

Abstynencja przez ostatnie 2 miesiące	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	19	65,52
Nie	10	34,48

Tabela 93. Abstynencja od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (4 pomiar)

Abstynencja przez ostatnie 2 miesiące	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	16	84,21
Nie	3	15,79

Na pytanie dotyczące pozostawania w abstynencji w chwili obecnej, w momencie rozpoczęcia oraz zakończenia terapii przeważająca większość pacjentów placówek stacjonarnych odpowiedziała twierdząco. Natomiast wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych odpowiedz twierdzącą udzieliło 84,10% (1 pomiar) oraz 86,96% (2 pomiar). Zestawienie wyników z pomiarów w trakcie trwania terapii zawiera Tabela 94 i Tabela 95.

Tabela 94. Abstynencja od narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Abstynencji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 88	%	N= 86	%	N= 174	%
Tak	74	84,10	85	98,80	159	91,38
Nie	14	15,90	1	1,20	15	8,62

Tabela 95. Abstynencja od narkotyków z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Abstynencja obecnie	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 46	%	N= 25	%	N= 71	%
Tak	40	86,96	25	100	65	91,55
Nie	6	13,04	0	0	6	8,45

W pomiarach kontrolnych po zakończeniu terapii również ponad 80% badanych deklarowało abstynencję od narkotyków. Oznacza to, że cel terapii, którym w głównej mierze było osiągnięcie abstynencji, został utrwalony. Niniejsze zestawienie zawiera Tabela 96 i Tabela 97.

Tabela 96. Abstynencja od narkotyków (3 pomiar)

Abstynencja obecnie	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	24	82,76
Nie	5	17,24

Tabela 97. Abstynencja od narkotyków (4 pomiar)

Abstynencja obecnie	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	16	84,21
Nie	3	15,79

Na pytanie dotyczące dobrowolności abstynencji, większość badanych w okresie wszystkich czterech pomiarów odpowiedziało twierdząco. Najwięcej odpowiedzi, w których respondenci deklarowali brak dobrowolności abstynencji miał miejsce w okresie rozpoczęcia terapii. Natomiast pod koniec terapii, jak również w okresach dokonania pomiarów kontrolnych, większość badanych wskazywało na dobrowolność abstynencji. Wynik ten wskazuje na pozytywny efekt terapii jakim jest wzrost motywacji wewnętrznej do pozostania w abstynencji od narkotyków. Szczegółowe wyniki na ten temat zawiera Tabela 98, Tabela 99, Tabela 100 i Tabela 101.

Tabela 98. Dobrowolność abstynencji z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Dobrowolność abstynencji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 85	%	N= 79	%	N= 164	%
Tak	66	77,60	73	92,40	139	84,76
Nie	5	5,90	5	6,30	10	6,10
Nie dotyczy	14	16,50	1	1,30	15	9,15

Tabela 99. Dobrowolność abstynencji z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Dobrowolność abstynencji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 44	%	N= 26	%	N= 70	%
Tak	40	90,91	25	96,15	65	92,86
Nie	0	0	1	3,85	1	1,43
Nie dotyczy	4	9,10	0	0	4	5,71

Tabela 100. Dobrowolność abstynencji (3 pomiar)

Dobrowolność abstynencji	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	23	79,31
Nie	1	3,45
Nie dotyczy	5	17,24

Tabela 101. Dobrowolność abstynencji (4 pomiar)

Dobrowolność abstynencji	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	16	84,21
Nie	0	0
Nie dotyczy	3	15,79

W początkowym etapie terapii większość badanych deklarowało długość abstynencji nie przekraczającą 3 miesięcy. Odpowiedz w tym przedziale udzieliło łącznie 68,86% respondentów. Natomiast już pod koniec terapii większość badanych deklarowała brak złamania abstynencji. W okresie do 6 miesięcy od zakończenia terapii większość badanych zachowała abstynencję. Jednak w okresie tym 27,58% respondentów przynajmniej raz zażyło narkotyki po zakończeniu terapii. W przypadku ostatniego pomiaru 84,21% badanych zadeklarowało, że podtrzymuje abstynencję od ostatniego pomiaru. Szczegółowe dane zawiera Tabela 102, Tabela 103, Tabela 104 i Tabela 105.

Tabela 102. Długość abstynencji z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Długość abstynencji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 85	%	N= 82	%	N= 167	%
Powyżej 12 miesięcy i 1 dnia	3	3,50	7	8,50	10	5,99
W przedziale od 6 miesięcy i 1 dnia do 12 miesięcy	10	11,80	1	1,20	11	6,59
W przedziale od 3 miesięcy i 1 dnia do 6 miesięcy	9	10,60	7	8,50	16	9,58
W przedziale od 1 miesiąca i 1 dnia do 3 miesięcy	25	29,40	27	32,90	52	31,14
Poniżej 1 miesiąca	24	28,20	39	47,70	63	37,72
Nie dotyczy	14	16,50	1	1,20	15	8,98

Tabela 103. Długość abstynencji z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Długość abstynencji	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 44	%	N= 23	%	N= 67	%
Powyżej 12 miesięcy i 1 dnia	1	2,27	1	4,35	2	2,99
W przedziale od 6 miesięcy i 1 dnia do 12 miesięcy	1	2,27	0	0,00	1	1,49
W przedziale od 3 miesięcy i 1 dnia do 6 miesięcy	1	2,27	1	4,35	2	2,99
W przedziale od 1 miesiąca i 1 dnia do 3 miesięcy	4	9,09	0	0,00	4	5,97
Do 1 miesiąca	4	9,09	0	0,00	4	5,97
Nie dotyczy	33	75,00	21	91,30	54	80,60

Tabela 104. Długość abstynencji (3 pomiar)

Długość abstynencji	Ogółem	
	N= 29	%
Badany zachował abstynencję od zakończenia terapii	19	65,52
Badany nie utrzymuje abstynencji	5	17,24
W przedziale do 1 miesiące	3	10,34
Powyżej 8 miesiąca	2	6,90

Tabela 105. Długość abstynencji (4 pomiar)

Długość abstynencji	Ogółem	
	N= 19	%
Badany zachował abstynencję od ostatniego pomiaru	16	84,21
Badany nie utrzymuje abstynencji	3	15,79

Na pytanie obejmujące zażywanie narkotyków w okresie ostatnich 30 dni, w okresie rozpoczęcia terapii, odpowiedzi były zróżnicowane. W przypadku osób odbywających terapię w formie stacjonarnej nieznaczna większość badanych udzieliła odpowiedzi przeczącej (55,80%). Natomiast wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych analogiczną odpowiedz udzieliło 62,90% badanych. Sytuacja prezentowała się znacznie lepiej w okresie zakończenia terapii, gdzie wśród pacjentów placówek stacjonarnych nie miało miejsce złamanie abstynencji w okresie ostatnich 30 dni, natomiast wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych 7 osób (15,22%) wskazało zażycie narkotyków. W przypadku pomiaru obejmujące okres do 6. miesięcy od zakończenia terapii, wartość określająca zażycie narkotyków w okresie ostatnich 30 dni wzrosła do 24,11%. Natomiast w okresie ostatniego pomiaru jedynie 15,79% badanych deklarowało zażywanie narkotyków w okresie ostatnich 30 dni. Szczegółowe dane na ten temat zawiera Tabela 106, Tabela 107, Tabela 108 i Tabela 109.

Tabela 106. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Zażywanie narkotyków	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 89	%	N= 86	%	N= 175	%
Tak	33	37,10	38	44,20	71	40,57
Nie	56	62,90	48	55,80	104	59,43

Tabela 107. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Zażywanie narkotyków w okresie ostatnich 30 dni	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 46	%	N=23	%	N=69	%
Tak	7	15,22	0	0	7	10,14
Nie	9	19,56	2	8,70	11	15,95
Nie dotyczy	30	65,22	21	91,30	51	73,91

Tabela 108. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (3 pomiar)

Zażywanie narkotyków w okresie ostatnich 30 dni	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	7	24,14
Nie	3	10,34
Nie dotyczy	19	65,52

Tabela 109. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (4 pomiar)

Zażywanie narkotyków w okresie ostatnich 30 dni	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	3	15,79
Nie	0	0
Nie dotyczy	16	84,21

Na pytanie dotyczące zmiany w okresie ostatnich 30 dni sposobu zażywania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia (np. z dożylnego na doustny), odpowiedz twierdząca pojawiała się stosunkowo rzadko. Jedynie w okresie rozpoczynania terapii 5,81% badanych uznało, że zmieniło sposób przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy. Bezpośrednio po zakończeniu terapii odpowiedz taką udzieliło 4,35% respondentów. W okresie trzeciego pomiaru wartość ta była również niższa wynosząc 3,45% odpowiedzi, natomiast w okresie czwartego pomiaru żaden z badanych nie udzielił odpowiedzi twierdzącej na to pytanie. Jednocześnie pomiędzy pierwszym a kolejnymi pomiarami wzrastała liczba osób, których pytanie to nie dotyczyło, co świadczy o utrzymywaniu abstynencji od narkotyków. Szczegółowe dane na ten temat zawiera Tabela 110, Tabela 111, Tabela 112, Tabela 113.

Tabela 110. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Zmiana sposobu przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 87	%	N= 85	%	N= 172	%
Tak	3	3,40	7	8,20	10	5,81
Nie	28	32,20	30	35,30	58	33,72
Nie dotyczy	56	64,40	48	56,50	104	60,47

Tabela 111. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Zmiana sposobu przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N=46	%	N= 23	%	N= 69	%
Tak	3	6,52	0	0	3	4,35
Nie	4	8,70	0	0	4	5,80
Nie dotyczy	39	84,78	23	100	62	89,85

Tabela 112. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy (3 pomiar)

Zmiana sposobu przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	1	3,45
Nie	6	20,69
Nie dotyczy	22	75,86

Tabela 113. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy (4 pomiar)

Zmiana sposobu przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	0	0
Nie	3	15,79
Nie dotyczy	16	84,21

Na pytanie obejmujące ilość dni w okresie ostatniego tygodnia przebywania pod wpływem narkotyków, we wszystkich pomiarach najczęstszą odpowiedzią był brak przyjmowania narkotyków. W kategorii tej mieściło się od 75,86% odpowiedzi (3 pomiar) do 95,65% (2 pomiar). Pozostałe kategorie odpowiedzi pojawiały się marginalnie, co przedstawia Tabela 114, Tabela 115, Tabela 116 i Tabela 117.

Tabela 114. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (1 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-2 dni		3-4 dni		5-7 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 7 dni	150	86,71	8	4,62	6	3,47	9	5,20

Tabela 115. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (2 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-2 dni		3-4 dni		5-7 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 7 dni	66	95,65	0	0	1	1,45	2	2,90

Tabela 116. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (3 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-2 dni		3-4 dni		5-7 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 7 dni	22	75,86	1	3,45	3	10,34	3	10,34

Tabela 117. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (4 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-2 dni		3-4 dni		5-7 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 7 dni	16	84,22	1	5,26	1	5,26	1	5,26

Podobnie sytuacja przedstawia się dla przedziałów czasowych dla ostatnich 30 dni, w których badani deklarowaną ilość dni, w których przyjmowali narkotyki. Najczęściej wybieraną odpowiedzią był brak zażywania narkotyków, aczkolwiek w okresie rozpoczęcia terapii odpowiedz tą wybrało jedynie 61,99% respondentów. Natomiast najwięcej wskazań w tej kategorii odnotowano w okresie 2 pomiaru, gdzie w kategorii tej znalazło się 91,18% odpowiedzi. Pełne zestawienia odpowiedzi ze wszystkich czterech pomiarów zawiera Tabela 118, Tabela 119, Tabela 120i Tabela 121.

Tabela 118. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (1 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-10 dni		11-20 dni		21-30 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 30 dni	106	61,99	34	19,88	20	11,70	11	6,43

Tabela 119. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (2 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-10 dni		11-20 dni		21-30 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 30 dni	62	91,18	3	4,41	2	2,94	1	1,47

Tabela 120. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (3 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-10 dni		11-20 dni		21-30 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 30 dni	22	75,86	1	3,45	4	13,79	2	6,90

Tabela 121. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (4 pomiar)

Treść twierdzenia	Nie dotyczy		1-10 dni		11-20 dni		21-30 dni	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pozostawanie pod wpływem narkotyków przez ostatnie 30 dni	16	84,22	1	5,26	1	5,26	1	5,26

Podobnie w przypadku środków finansowych przeznaczanych na narkotyki, również dominowały odpowiedzi wskazujące na brak przeznaczania pieniędzy na narkotyki. Odpowiedz ta jednak najrzadziej padała w przypadku ostatnich 30 dni w okresie pierwszego badania, gdzie zaledwie 65,70% badanych nie przeznaczyło żadnych środków finansowych na narkotyki. Wynik ten można jednak zrozumieć, gdyż badani odnosili się do przedziału czasowego przed rozpoczęciem terapii. W pozostałych kategoriach częstotliwość odpowiedzi była stosunkowo niska, co zostało zawiera Tabela 122, Tabela 123, Tabela 124i Tabela 125.

Tabela 122 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (1 pomiar)

Pieniądze na narkotyki	Nie dotyczy		1-50 zł.		51-100 zł		101-200 zł.		201-400 zł.		401-800 zł.		Powyżej 801 zł.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 dni[a]	150	87,21	5	2,91	4	2,33	8	4,65	3	1,74	1	0,58	1	0,58
30 dni[a]	113	65,70	8	4,65	5	2,91	8	4,65	13	7,56	7	4,07	18	10,47

[a] Twierdzenia dotyczą ilości pieniędzy przeznaczonych na narkotyki w okresie ostatnich 7 oraz 30 dni.

Tabela 123 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (2 pomiar)

Pieniądze na narkotyki	Nie dotyczy		1-50 zł.		51-100 zł		101-200 zł.		201-400 zł.		401-800 zł.		801-2000 zł.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 dni[a]	65	97,02	1	1,49	0	0	0	0	1	1,49	0	0	0	0
30 dni[a]	63	94,04	1	1,49	1	1,49	1	1,49	0	0	0	0	1	1,49

[a] Twierdzenia dotyczą ilości pieniędzy przeznaczonych na narkotyki w okresie ostatnich 7 oraz 30 dni.

Tabela 124 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (3 pomiar)

Pieniądze na narkotyki	Nie dotyczy		1-50 zł.		51-100 zł		101-200 zł.		201-400 zł.		401-800 zł.		801-2000 zł.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 dni[a]	22	75,86	2	6,90	1	3,45	1	3,45	3	10,34	0	0	0	0
30 dni[a]	22	75,86	0	0	1	3,45	1	3,45	1	3,45	1	3,45	3	10,34

[a] Twierdzenia dotyczą ilości pieniędzy przeznaczonych na narkotyki w okresie ostatnich 7 oraz 30 dni.

Tabela 125 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (4 pomiar)

Pieniądze na narkotyki	Nie dotyczy		1-50 zł.		51-100 zł		101-200 zł.		201-400 zł.		401-800 zł.		801-2000 zł.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7 dni[a]	17	89,47	1	5,26	1	5,26	0	0	0	0	0	0	0	0
30 dni[a]	16	84,22	0	0	0	0	1	5,26	1	5,26	0	0	0	0

[a] Twierdzenia dotyczą ilości pieniędzy przeznaczonych na narkotyki w okresie ostatnich 7 oraz 30 dni.

W okresie dokonywania pierwszego pomiaru wachlarz stosowanych narkotyków w próbie był zdecydowanie najszerszy. Najwięcej wskazań obejmowało marihuanę, gdzie dokonano łącznie aż 142 wskazań, co oznacza, że znaczna większość badanych przyjmuje marihuanę. Kolejnym narkotykiem z dużą ilością wskazań była amfetamina, którą wskazało aż 86 badanych. W dalszej kolejności badani wskazali dopalacze (54 wskazania). Pozostałe środki psychoaktywne były wskazywane z dużo mniejszą częstotliwością, czego pełne zestawienie zawiera Tabela 126.

Tabela 126. Najczęściej przyjmowane narkotyki z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Nazwa narkotyku	Najczęściej przyjmowany narkotyk		Drugi najczęściej przyjmowany narkotyk		Trzeci najczęściej przyjmowany narkotyk		Narkotyki bez podania wagi[a]	
	p. ambul.	p. stacjo.	p. ambul.	p. stacjo.	p. ambul.	p. stacjo.	p. ambul.	p. stacjo.
Marihuana	41[b]	31	20	16	3	12	14	5
Haszysz	1	0	15	4	3	4	3	0
LSD	0	1	1	1	3	6	0	0
Ecstasy (MDMA)	1	0	4	6	7	10	2	3
Dopalacze	8	14	4	9	7	6	3	3
Grzyby halucynogenne	0	0	0	1	2	0	1	0
Kokaina	1	2	3	4	5	3	3	2
Crack	0	0	0	0	0	1	1	0
Amfetamina	12	20	10	21	9	6	6	2
Metamfetamina	4	2	3	3	1	3	1	0
Buprenorfina	0	0	0	0	1	1	0	0
Heroina (brown sugar)	3	4	1	0	0	0	1	0
Polska heroina (kompot)	0	0	0	1	0	0	0	0
Inne[c]	2	5	1	4	3	2	0	0
Nie wybrano drugiego i trzeciego narkotyku	0	0	10	4	20	8	0	0

[a] Odpowiedzi badanych, którzy nie uszeregowali najczęściej zażywanych narkotyków.

[b] Podane w tabeli wartości dotyczą częstości wskazań.

[c] W kategorii narkotyki „inne" respondenci najczęściej wymieniali leki psychotropowe o działaniu uspakajającym i przeciwdepresyjnym. Pojawiały się również wskazania obejmujące pochodne opiatów. Zaobserwowano pojedyncze wskazania na mefedron i GBL.

Natomiast począwszy od 2 pomiaru, widoczna jest tendencja niezażywania narkotyków. Wskazania na poszczególne narkotyki są sporadyczne. Podobnie jak w pierwszym pomiarze, tak i w pozostałych, najwięcej osób deklaruje przyjmowanie marihuany, natomiast pozostałe narkotyki wskazywane są sporadycznie, co zawiera Tabela 127, Tabela 128 i Tabela 129.

Tabela 127. Najczęściej przyjmowane narkotyki z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Nazwa narkotyku	Najczęściej przyjmowany narkotyk		Drugi najczęściej przyjmowany narkotyk		Trzeci najczęściej przyjmowany narkotyk		Narkotyki bez podania wagi[a]	
	p. ambul.	p. stacjo.	p. ambul.	p. stacjo.	p. ambul.	p. stacjo.	p. ambul.	p. stacjo.
Marihuana	11[b]	0	0	0	0	0	2	0
Haszysz	0	0	1	0	0	0	0	0
Ecstasy (MDMA)	0	0	0	0	1	0	0	0
Dopalacze	1	0	0	0	1	0	1	0
Kokaina	0	0	1	0	0	0	0	0
Crack	0	0	0	0	0	0	1	0
Amfetamina	0	0	2	0	0	0	1	0
Inne[c]	0	0	2	0	0	0	0	0

[a] Odpowiedzi badanych, którzy nie uszeregowali najczęściej zażywanych narkotyków.
[b] Podane w tabeli wartości dotyczą częstości wskazań.
[c] W kategorii „inne” podano leki psychotropowe.

Tabela 128. Najczęściej przyjmowany narkotyk po zakończeniu terapii (3 pomiar)

Nazwa narkotyku	Najczęściej przyjmowany narkotyk	Drugi najczęściej przyjmowany narkotyk	Trzeci najczęściej przyjmowany narkotyk
Marihuana	7[a]	0	1
Haszysz	0	1	1
LSD	0	0	1
Ecstasy (MDMA)	0	0	1
Dopalacze	1	0	1
Kokaina	0	1	0
Amfetamina	1	1	0
Metamfetamina	0	2	0
Inne[b]	0	1	0

[a] Podane w tabeli wartości dotyczą częstości wskazań.
[b] W kategorii „inne” podano kodeinę.

Tabela 129. Najczęściej przyjmowany narkotyk po zakończeniu terapii (4 pomiar)

Nazwa narkotyku	Najczęściej przyjmowany narkotyk	Drugi najczęściej przyjmowany narkotyk	Trzeci najczęściej przyjmowany narkotyk
Marihuana	2[a]	0	1
Haszysz	0	0	0
LSD	0	0	0
Ecstasy (MDMA)	0	0	0
Dopalacze	0	0	0
Kokaina	0	0	0
Amfetamina	0	1	0
Metamfetamina	1	0	0
Inne	0	0	0

[a] Podane w tabeli wartości dotyczą częstości wskazań.

Wśród osób włączonych do badania, aż 47,7% deklarowało podjęcie wcześniejszej terapii, z czego 17,44% ją ukończyło. Częściej deklarowali podjęcie wcześniejszej terapii pacjenci placówek stacjonarnych, jednak w ich przypadku częściej terapia była przerywana. Pełne zestawienie niniejszych zależności zawiera Tabela 130 i Tabela 131.

Tabela 130. Wcześniejsza terapia uzależnień od narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Podjęta w przeszłości terapia	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 88	%	N= 86	%	N= 174	%
Tak	37	42,00	46	53,50	83	47,70
Nie	51	58,00	40	46,50	91	52,30

Tabela 131. Ukończenie podjętej terapii od narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Ukończenie terapii	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 87	%	N= 85	%	N= 172	%
Tak	16	18,40	14	16,50	30	17,44
Nie	20	23,00	31	36,50	51	29,65
Nie dotyczy	51	58,60	40	*47,00*	*91*	52,91

Również po zakończeniu terapii znaczny odsetek badanych korzystał z kolejnej terapii. W okresie dokonania trzeciego pomiaru było to 34,48% badanych, natomiast w okresie czwartego pomiaru 26,32%. Wartości te mogą wskazywać na ciągle występujący problem uzależnienia od narkotyków po zakończeniu terapii. Zgromadzone dane zawiera Tabela 132 i Tabela 133.

Tabela 132. Podjęcie kolejnej terapii uzależnień w okresie ostatnich 2 miesięcy (3 pomiar)

Podjęcie kolejnej terapii uzależnień w okresie ostatnich 2 miesięcy	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	10	34,48
Nie	19	65,52

Tabela 133. Podjęcie kolejnej terapii uzależnień w okresie ostatnich 2 miesięcy (4 pomiar)

Podjęcie kolejnej terapii uzależnień w okresie ostatnich 2 miesięcy	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	5	26,32
Nie	14	73,68

Podobne proporcje zaobserwowano w przypadku korzystania z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. W okresie dokonania trzeciego pomiaru zaobserwowano, że 41,38% badanych korzystała z dodatkowej formy pomocy, natomiast w okresie dokonania czwartego pomiaru osób tych było 26,32%. Niniejsze proporcje zawiera Tabela 134 i Tabela 135.

Tabela 134. Korzystanie z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (3 pomiar)

Korzystanie z innych form pomocy	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	12	41,38
Nie	17	58,62

Tabela 135. Korzystanie z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (4 pomiar)

Korzystanie z innych form pomocy	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	5	26,32
Nie	14	73,68

Wśród badanych występują również inne, niż narkotyki, uzależnienia. W przypadku osób odbywających terapię w formie ambulatoryjnej połowa badanych wskazała, że posiada dodatkowe uzależnienie, natomiast w przypadku osób z placówek stacjonarnych deklarację posiadania dodatkowego uzależnienia wskazało 60% badanych. Wynik ten zawiera Tabela 136.

Tabela 136. Inne uzależnienia wśród badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Inne uzależnienia	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 88	%	N= 85	%	N= 173	%
Tak	44	50,00	51	60,00	95	54,91
Nie	44	50,00	34	40,00	78	45,09

Z listy innych uzależnień najczęściej wybierano uzależnienie od alkoholu, seksu oraz leków. Pewne różnice występowały wśród pacjentów z różnych typów placówek. Największe dysproporcje zaobserwowano w następujących kategoriach: osoby z placówek ambulatoryjnych częściej deklarowały uzależnienie od nowych technologii (w tym uzależnienie od internetu, komputera, telefonu, sieci społecznościowych). Natomiast pacjenci z placówek stacjonarnych częściej wskazywali na uzależnienie od leków, hazardu i seksu. Pełne zestawienie zawiera Tabela 137.

Tabela 137. Lista innych uzależnień wśród badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Uzależnienia inne niż od narkotyków[a]	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 87	%	N= 103	%	N= 190	%
Alkohol	29	33,33	37	35,92	66	34,74
Leki	6	6,90	13	12,62	19	10,00
Jedzenie	5	5,75	3	2,91	8	4,21
Komputer, telefon	6	6,90	4	3,88	10	5,26
Internet	9	10,34	5	4,85	14	7,37
Gry	4	4,60	2	1,94	6	3,16
Sieci społecznościowe	3	3,45	2	1,94	5	2,63
Hazard	5	5,75	11	10,68	16	8,42
Seks	6	6,90	14	13,59	20	10,53
Zakupy	4	4,60	3	2,91	7	3,68
Inne[b]	10	11,49	9	8,74	19	10,00

[a] Badani mogli wskazać więcej niż jedno uzależnienie.

[b] W kategorii inne, respondenci najczęściej wskazywali na uzależnienie od nikotyny (8 wskazań). Ponadto pojawiły się różne zachowania kompulsywne.

W okresie trwania terapii sporadycznie pojawiało się nowe uzależnienie. Najwięcej bo aż po cztery wskazania pojawiły się w przypadku uzależnienia od alkoholu oraz uzależnienia od seksu. Pełne zestawienie nowych uzależnień zawiera Tabela 138.

Tabela 138 Inne uzależnienia, które pojawiły się wśród badanych w okresie trwania terapii (2 pomiar)

Uzależnienia inne niż od narkotyków	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N= 15	%	N= 7	%	N= 22	%
Alkohol	2	13,33	2	28,57	4	18,18
Leki	2	13,33	0	0,00	2	9,09
Jedzenie	1	6,67	0	0,00	1	4,55
Komputer, telefon	1	6,67	1	14,29	2	9,09
Internet	3	20,00	0	0,00	3	13,64
Gry	1	6,67	0	0,00	1	4,55
Sieci społecznościowe	1	6,67	0	0,00	1	4,55
Hazard	1	6,67	1	14,29	2	9,09
Seks	2	13,33	2	28,57	4	18,18
Zakupy	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Inne[a]	1	6,67	1	14,29	2	9,09

[a] W kategorii „inne" badani wymienili uzależnienie od nikotyny oraz onychofagię.

W zakresie nowych uzależnień w okresie 3 oraz 4 pomiaru, wskazania pojawiały się marginalnie. W trzecim pomiarze jedynie dwie osoby wskazały na uzależnienie od jedzenia oraz komputera, telefony. Natomiast w czwartym pomiarze również dwóch respondentów określili problem nowego uzależnienia, jakim były sieci społecznościowe oraz uzależnienie od pracy. Wyniki te zawiera Tabela 139 i Tabela 140.

Tabela 139. Pojawienie się nowych uzależnień po zakończeniu terapii (3 pomiar)

Pojawienie się nowych uzależnień	Ogółem	
	N= 29	%
Tak	2[a]	6,90
Nie	27	93,10

[a] Wybrano odpowiedz – jedzenie oraz komputer, telefon.

Tabela 140. Pojawienie się nowych uzależnień po zakończeniu terapii (4 pomiar)

Pojawienie się nowych uzależnień	Ogółem	
	N= 19	%
Tak	2[a]	10,53
Nie	17	89,47

[a] Wybrano odpowiedz – sieci społecznościowe oraz praca.

W badanej próbie problemy zdrowotne wynikające z zażywania narkotyków w okresie ostatnich 30 dni pojawiały się marginalnie. Jedynie w okresie rozpoczęcia terapii, pewien odsetek badanych wskazał na pojawienie się owych problemów. W placówkach

ambulatoryjnych zaledwie czterech pacjentów wymagało wizyty lekarskiej z powodu uzależnienia. Najwięcej, bo aż 10 osób wskazało na pojawienie się problemów zdrowotnych, które uniemożliwiły podjęcie lub kontynuowanie terapii. W badanej próbie tylko dwie osoby z placówek ambulatoryjnych wymagało hospitalizacji. Pełen wykaz parametrów obejmujących konsekwencje zdrowotne zawiera Tabela 141.

Tabela 141. Statystyki opisowe dla problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków – placówki ambulatoryjne (1 pomiar)

Okres ostatnich 30 dni	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Doświadczanie problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej	84	0	4	0	0	0,2	0,69	3,99	16,45
Doświadczanie problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii	84	0	10	0	0	0,13	1,09	9,03	82,28
Leczenie w szpitalu	84	0	2	0	0	0,12	0,36	3,15	10,14

W przypadku pacjentów z placówek stacjonarnych również problemy zdrowotne wynikające z zażywania narkotyków pojawiały się marginalnie. Największa liczba pacjentów (*n*=17) wskazywała na hospitalizację z powodu zażywania narkotyków. Pełen wykaz parametrów obejmujących konsekwencje zdrowotne zawiera Tabela 142.

Tabela 142. Statystyki opisowe dla problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków – placówki stacjonarne (1 pomiar)

Okres ostatnich 30 dni	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Doświadczanie problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej	76	0	3	0	0	0,36	0,72	2,14	4,06
Doświadczanie problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii	75	0	1	0	0	0,01	0,11	8,66	75,00
Leczenie w szpitalu	74	0	17	0	0	0,5	2,01	7,73	63,71

W okresie zakończenia terapii, częstotliwość deklarowanych problemów zdrowotnych w badanej próbie pozostawała na bardzo niskim poziomie. Z tego względu Tabela 143 zawiera wskazano jedynie przedział z częstościami pojawienia się problemów zdrowotnych wymagających interwencji lekarskiej.

Tabela 143. Częstości dla problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków (2 pomiar)

Treść twierdzenia	Deklarowany 1 raz		Deklarowane 2 razy		Deklarowane 3 razy	
	N	%	N	%	N	%
Ilość problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej [a]	8	88,89	0	0	1	11,11

[a] W przypadku pozostałych pytań dotyczących medycznych konsekwencji wynikających z zażywania narkotyków, żaden badany nie wskazał, iż z powodu brania narkotyków musiał przerwać terapię. Natomiast jedna osoba wskazała, że z powodu brania narkotyków była leczona w szpitalu.

W przypadku pytań dotyczących długofalowych konsekwencji wynikających z zażywania narkotyków, w trzecim pomiarze, jedynie dwóch respondentów wskazało, iż w związku z zażywaniem narkotyków wymagali wizyty lekarskiej. Z wymienionych osób, pacjent który ukończył terapię w formie ambulatoryjnej wymagał dwukrotnej wizyty lekarskiej. Natomiast pacjent z placówki stacjonarnej wskazał na jednorazową wizytę lekarską w okresie ostatnich 30 dni.

W przypadku pytań dotyczących długofalowych konsekwencji wynikających z zażywania narkotyków w trakcie czwartego pomiaru, dwóch respondentów wskazało, iż w związku z zażywaniem narkotyków wymagali wizyty lekarskiej. Z czego jeden z nich był hospitalizowany w związku z zażywaniem narkotyków. Ponadto jeden pacjent wymagał dwukrotnej interwencji lekarskiej.

Kolejne pytanie obejmowało zdrowie psychiczne wśród badanych. W badanej próbie, aż 47 osób (26,86%) wskazało, że doświadcza problemów psychicznych. Najczęściej były to zaburzenia depresyjne i lękowe. Z większą częstotliwością pojawiały się również zaburzenia osobowości. Pełne zestawienie zaburzeń psychicznych, wraz z przyporządkowanymi częstościami wskazań, zawiera Tabela 144.

Tabela 144. Zaburzenia psychiczne (1 pomiar)

Zaburzenie psychiczne[a]	N= 47	%
Zaburzenia lękowe	11	23,40
Zaburzenia depresyjne	13	27,66
Uzależnienie/politoksykomania	4	8,51
Psychozy	2	4,26
Schizofrenia	3	6,38
Zaburzenia osobowości	7	14,89
Zaburzenia paranoidalne	2	4,26
Myśli/próby samobójcze	2	4,26
Zaburzenia zachowania	1	2,13
Syndrom DDA	1	2,13
Zaburzenia adaptacyjne	1	2,13

[a] Wśród badanych jedynie 47 osób (26,86%) deklarowało występowanie zaburzeń psychicznych. Ze względu na małą liczebność tej grupy listę problemów psychicznych zaprezentowano bez podziału na placówki ambulatoryjne i stacjonarne.

W okresie pierwszego pomiaru zaobserwowano niepokojącą tendencję wskazującą, że nie wszystkie osoby, u których zdiagnozowano problemy psychiczne objęte są leczeniem. Możliwą konsekwencją braku leczenia może być nasilenie problemów psychicznych, które deklarował znaczny odsetek badanych (27,66%). Jednak znaczny odsetek badanych wskazał na złagodzenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni, co można tłumaczyć przez udział w terapii. Pełne zestawienie danych zawiera Tabela 145.

Tabela 145. Leczenie w związku z problemami psychicznymi z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Twierdzenie	Placówki ambulatoryjne				Placówki stacjonarne			
	Tak	%	Nie	%	Tak	%	Nie	%
Leczenie w związku z problemami psychicznymi	22	88,00	3	12,00	10	50,00	10	50,00
Zażywanie leków w związku z problemami psychicznymi	17	68,00	8	32,00	9	42,86	12	57,14
Nasilenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	7	30,44	16	69,56	6	28,57	15	71,43
Złagodzenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	17	70,83	7	29,17	13	61,90	8	38,10

W przypadku dalszego opisu problemów psychicznych w badanej próbie, uczestnicy drugiego pomiaru sporadycznie wskazywali postawienie nowej diagnozy występowania problemów psychicznych. Z poniżej zamieszczonych danych (Tabela 146) wynika również, że w

okresie trwania terapii znaczna część badanych wskazała, że nastąpiło złagodzenie lub ustąpienie problemów psychicznych.

Tabela 146. Występowanie oraz następstwa problemów psychicznych (2 pomiar)

Twierdzenia obejmujące problemy psychiczne	Placówki ambulatoryjne						Placówki stacjonarne					
	Tak	%	Nie	%	N/D[b]	%	Tak	%	Nie	%	N/D[b]	%
Zdiagnozowanie kiedykolwiek problemów psychicznych	10	21,74	36	78,26	-	-	4	15,38	22	84,62	-	-
Zdiagnozowanie nowych problemów w trakcie trwania terapii[a]	3	6,52	7	15,22	36	78,26	0	0	3	12,50	21	87,50
Leczenie w związku z problemami psychicznymi	7	15,22	3	6,52	36	78,26	3	11,54	1	3,85	22	84,62
Zażywanie leków w związku z problemami psychicznymi	7	15,22	3	6,52	36	78,26	2	7,69	2	7,69	22	84,62
Nasilenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	1	2,17	9	19,57	36	78,26	0	0	4	15,38	22	84,62
Złagodzenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	6	13,04	4	8,70	36	78,26	2	7,69	2	7,69	22	84,62
Ustąpienie problemów psychicznych w trakcie trwania terapii	9	19,57	1	2,17	36	78,26	2	7,69	2	7,69	22	84,62

[a] Wśród nowo zdiagnozowanych problemów badani wskazywali najczęściej na zaburzenia nastroju. Jednokrotnie pojawiły się zaburzenia emocjonalne oraz zaburzenia paranoidalne.
[b] Nie dotyczy.

W okresie dokonywania 3 pomiaru zaobserwowano, że większość pacjentów u których występują problemy psychiczne podejmuje leczenie w tym obszarze. Jest to pozytywna zmiany, gdy zestawimy te wartości z wartościami uzyskanymi w pierwszym pomiarze.

Wnioskowanie o problemach psychicznych w okresie 3 i 4 pomiaru jest jednak znacznie utrudnione ze względu na małą liczebność prób w tych pomiarach. Uzyskane wartości zawiera Tabela 147 i Tabela 148.

Tabela 147. Występowanie oraz następstwa problemów psychicznych (3 pomiar)

Twierdzenia obejmujące problemy psychiczne	Ogółem					
	Tak	%	Nie	%	Nie dotyczy	%
Zdiagnozowanie kiedykolwiek problemów psychicznych	8	27,59	21	72,41	-	-
Zdiagnozowanie nowych problemów okresie ostatnich 2 miesięcy [a]	2	6,90	6	20,69	21	72,41
Leczenie w związku z problemami psychicznymi	6	20,69	2	6,90	21	72,41
Zażywanie leków w związku z problemami psychicznymi	7	27,14	1	3,45	21	72,41
Nasilenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	1	3,45	7	27,14	21	72,41
Złagodzenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	6	20,69	2	6,90	21	72,41
Ustąpienie problemów psychicznych w okresie ostatnich 2 miesięcy	2	6,90	6	20,69	21	72,41

[a] Wśród nowo zdiagnozowanych problemów jeden badani wskazał na depresję, zaburzenia afektywno-kompulsywne, zaburzenia osobowości. Natomiast drugi badany wskazał na depresję.

Tabela 148. Występowanie oraz następstwa problemów psychicznych (4 pomiar)

Twierdzenia obejmujące problemy psychiczne	Tak	%	Nie	%	Nie dotyczy	%
Zdiagnozowanie kiedykolwiek problemów psychicznych	6	31,58	13	68,42	-	-
Zdiagnozowanie nowych problemów okresie ostatnich 2 miesięcy	0	0	7	36,84	12	63,16
Leczenie w związku z problemami psychicznymi	3	15,79	3	15,79	13	68,42
Zażywanie leków w związku z problemami psychicznymi	3	15,79	3	15,79	13	68,42
Nasilenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	1	5,26	5	26,32	13	68,42
Złagodzenie problemów psychicznych w okresie ostatnich 30 dni	5	26,32	1	5,26	13	68,42
Ustąpienie problemów psychicznych w okresie ostatnich 2 miesięcy	4	21,05	2	10,53	13	68,42

W okresie dokonania pierwszego pomiaru znaczny odsetek badanych w okresie ostatnich 6 miesięcy (16,18%) przebywał w areszcie luk zakładzie karnym. Natomiast 12,14% badanych popełniło przestępstwo w okresie ostatnich 30 dni. Sytuacja ta znacznie poprawiła się w okresie zakończenia terapii, gdzie wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych miały miejsce tylko po jednym incydencie popełnienia przestępstwa w okresie ostatnich 30 dni oraz przebywania w areszcie od momentu rozpoczęcia terapii. Podobnie w okresie dalszych pomiarów, konflikt z prawem występował w badanej próbie sporadycznie. Pełne zestawienie zawiera Tabela 149, Tabela 150, Tabela 151 i Tabela 152.

Tabela 149. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu wśród badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)

Pytania	Placówki ambulatoryjne				Placówki stacjonarne			
	Tak	%	Nie	%	Tak	%	Nie	%
Popełnienie przestępstwa w okresie ostatnich 30 dni	7	8,00	81	92,00	14	16,50	71	83,50
Przebywanie w areszcie lub zakładzie karnym w okresie ostatnich 6 miesięcy	13	14,80	75	85,20	15	17,60	70	82,40

Tabela 150. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu wśród badanych z podziałem na typ placówki (2 pomiar)

Twierdzenia obejmujące sytuację prawną	Placówki ambulatoryjne				Placówki stacjonarne			
	Tak	%	Nie	%	Tak	%	Nie	%
Popełnienie przestępstwa w okresie ostatnich 30 dni	1	2,17	45	97,83	0	0	25	100
Przebywanie w areszcie lub zakładzie karnym w okresie od rozpoczęcia terapii	1	2,17	45	97,83	0	0	25	100

Tabela 151. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu (3 pomiar)

Twierdzenia obejmujące sytuację prawną	Placówki ambulatoryjne			
	Tak	%	Nie	%
Popełnienie przestępstwa w okresie ostatnich 30 dni	1	3,45	28	96,55
Przebywanie w areszcie lub zakładzie karnym w okresie od rozpoczęcia terapii	1	3,45	28	96,55

Tabela 152. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu (4 pomiar)

Twierdzenia obejmujące sytuację prawną	Tak	%	Nie	%
Popełnienie przestępstwa w okresie ostatnich 30 dni	0	0	19	100
Przebywanie w areszcie lub zakładzie karnym w okresie od rozpoczęcia terapii	0	0	19	100

CZĘŚĆ II

W niniejszej części raportu zawarto informacje o wynikach badań nad skutecznością terapii osób uzależnionych od narkotyków dla następujących skal KPST-N:

- Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej,
- Skali pragnienia narkotyku,
- Skali motywacji do zmiany,
- Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności,
- Skali wsparcia społecznego i jej podskal.

Każda skala została opisana w siedmiu podrozdziałach, zgodnie z następującym schematem:

1. Pomiar na początku terapii:
    a. statystyki opisowe dla skali na podstawie danych z pomiaru na początku terapii
    b. porównanie wyników w zależności od typu placówki (stacjonarna i ambulatoryjna)
    c. nasilenie[1] zmiennej mierzonej przez daną skalę w przebadanej próbie.
2. Pomiar na zakończenie terapii:
    a. statystyki opisowe dla skali na podstawie danych z pomiaru na zakończenie terapii
    b. porównanie wyników w zależności od typu placówki (stacjonarna i ambulatoryjna)
    c. nasilenie zmiennej mierzonej przez daną skalę w przebadanej próbie.
3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii:
    a. określenie istotności zmiany pomiędzy pomiarami (testy dla prób zależnych) – ogólnie oraz z uwzględnieniem typu placówki
    b. porównanie wyników z pierwszego pomiaru w zależności od tego, czy dana osoba ukończyła terapię.

[1] Nasilenie dla każdej skali określono przez przyporządkowanie danych do jednego z pięciu stopni nasilenia. Stopnie te powstały przez podzielenie na równe części liczby punktów możliwych do uzyskania w danej skali. Szczegółowe informacje o przedziałach punktowych dla stopni poszczególnych skal zawarto w Raporcie z badań, rozdział I.5. *Zastosowanie narzędzia – procedura badania i opis metody*, s. 29.

4. Pomiar do 6. miesięcy po zakończeniu terapii
    a. statystyki opisowe dla skali na podstawie danych z pomiaru do 6. miesięcy po zakończeniu terapii
    b. nasilenie zmiennej mierzonej przez daną skalę w przebadanej próbie[2].
5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)
    a. określenie istotności zmiany pomiędzy pomiarami pierwszym, drugim i trzecim (testy dla prób zależnych)
    b. porównanie wyników z pierwszego i drugiego pomiaru w zależności od tego, czy dana osoba wzięła udział w trzecim pomiarze.
6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii
    a. statystyki opisowe dla skali na podstawie danych z pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii
    b. nasilenie zmiennej mierzonej przez daną skalę w przebadanej próbie[3].
7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)
    a. określenie istotności zmiany pomiędzy pomiarami pierwszym, drugim i czwartym[4] (testy dla prób zależnych)
    b. porównanie wyników z pierwszego i drugiego pomiaru w zależności od tego, czy dana osoba wzięła udział w czwartym pomiarze.

Dodatkowo dla Skali motywacji do zmiany przedstawiono analizy dotyczące motywów podjęcia terapii przez osoby badane.

[2] Dla danych zebranych do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ze względu na małą liczebność próby zrezygnowano z analiz porównawczych uwzględniających typ placówki.
[3] Dla danych zebranych w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii ze względu na małą liczebność próby zrezygnowano z analiz porównawczych uwzględniających typ placówki.
[4] Ponieważ nie wszyscy badani biorący udział w 4. pomiarze wzięli udział w 3. pomiarze łączne porównanie wszystkich czterech pomiarów nie było możliwe.

3. SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej została opracowana na podstawie 11. wskaźników diagnostycznych według DSM-5. Tym samym służy ona do pomiaru nasilenia zaburzenia. Pojedyncze kryteria DSM-5 wymagały rozbicia na precyzyjne wskaźniki zaburzenia, dlatego w opisywanej skali niejednokrotnie kilka pytań odnosiło się do jednego kryterium diagnostycznego[5] – tak, by zachować rozłączność treściową poszczególnych pozycji kwestionariusza. W poniższych podrozdziałach przedstawiono dane zarówno dla wyników surowych skali, jak i w odniesieniu do kryteriów diagnostycznych DSM-5.

3.1. Początek terapii

Wyniki uzyskane na Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej w próbie przebadanej na początku terapii miały rozkład lewoskośny. Oznacza to, że większość osób biorących udział w badaniach osiągnęła wysoki wynik na skali symptomów. Średnia dla skali wynosiła około 14, a patrząc na spełniane kryteria diagnostyczne jest to ponad 8 wskaźników. Szczegółowe informacje o statystykach opisowych dla omawianej skali zawiera **Tabela 153**.

Tabela 153. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – początek terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	175	2	19	17	15	14,09	4,01	-0,82	0,04	0,000
Spełniane kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	175	2	10	10	9	8,35	1,89	-1,16	0,70	0,000

Przekładając powyższe dane na nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej należy stwierdzić, że zdecydowana większość badanych (ponad

[5] Szczegółowe zasady przypisania poszczególnych pytań KPST-N do kryterium diagnostycznego umieszczono w Raporcie z badań, rozdział I.5. *Zastosowanie narzędzia – procedura badania i opis metody*, s. 23.

90%) to osoby ze znacznym nasileniem zaburzenia. Sytuacja ta jest porównywalna w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 154**.

Tabela 154. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – początek terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 89	%	N = 86	%	N = 175	%
Łagodne	3	3,37	2	2,33	5	2,86
Umiarkowane	5	5,62	6	6,98	11	6,29
Znaczne	81	91,01	78	90,70	159	90,86

Porównując wyniki na Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej osób z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych należy stwierdzić, że osoby w placówkach stacjonarnych osiągały wyższe wyniki (U=3166, p=0,048). Jest to jednak różnica na pograniczu istotności, a jeśli uwzględnimy dane tylko dla liczby spełnianych kryteriów diagnostycznych to nie ma podstaw, by twierdzić, że typ placówki różnicuje osiągane wyniki. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 155**.

Tabela 155. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej i liczby spełnianych kryteriów zaburzenia – początek terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 89		Placówki stacjonarne N = 86		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma Rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	80,57	7171,00	95,69	8229,00	3166,00	-1,98	0,048
Spełniane kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	82,17	7313,50	94,03	8086,50	3308,50	-1,61	n.i.

3.2. Zakończenie terapii

Skalę symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej wypełniały tylko osoby, które kończąc terapię nie były w abstynencji. W związku z tym uzyskano dane od 14. osób. **Tabela 156** zawiera statystyki opisowe[6] dla wyników przebadanej grupy.

[6] Ze względu na liczebność próby zrezygnowano z szacowania miar rozkładu.

Tabela 156. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	14	0	19	2[a]	6,0	7,43	6,33
Spełniane kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	14	0	10	10	4,5	4,79	3,33

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Liczebność zgromadzonej próby nie pozwoliła na wykonanie porównań z uwzględnieniem typu placówki. Wśród badanych 13 osób, które wypełniło skalę symptomów, było pacjentami placówek ambulatoryjnych, a tylko jedna pacjentem placówki stacjonarnej. Osiągnięte wyniki były bardzo zróżnicowane – od 0 do 19 punktów i od 0 do 10 wskaźników zaburzenia według DSM-5. Biorąc pod uwagę kryteria diagnostyczne u dwóch z tych osób nie było podstaw do stwierdzenia zaburzenia. Cztery osoby wskazywały na łagodne zaburzenie, trzy na umiarkowane, natomiast wyniki pięciu osób oznaczały znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Dokładne dane zawiera Tabela 157.

Tabela 157. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – zakończenie terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne	Placówki stacjonarne	Ogółem	
	N = 13	N = 1	N = 14	%
Brak zaburzenia	2	0	2	14,29
Łagodne	3	1	4	28,57
Umiarkowane	3	0	3	21,43
Znaczne	5	0	5	35,71

3.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Ponieważ Skalę symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej na zakończenie terapii wypełniło 14 osób, nie można było wykonać testów dla prób zależnych. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że spośród 72 osób, które ukończyły terapię, 58 osiągnęło abstynencję. Dodatkowo wśród 14. osób nie będących w abstynencji aż 9 z nich (w tym jedyna osoba z placówki stacjonarnej) nie zakładało abstynencji jako celu swojej terapii.

Podejmując próbę prognozowania o ukończeniu terapii[7] na podstawie początkowych wyników na Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej stwierdzić należy, że nie ma różnic pomiędzy osobami które ukończyły i tymi, które przerwały terapię (U=3604; p>0,05). Szczegółowe wyniki przeprowadzonych testów zawiera **Tabela 158**.

Tabela 158. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej na początku terapii a jej ukończenie

NAZWA SKALI	Ukończona terapia N = 71[a]		Przerwana terapia N = 104		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	89,24	6336,00	87,15	9064,00	3604,00	-0,27	n.i.
Spełniane kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	88,46	6281,00	87,68	9119,00	3659,00	-1,10	n.i.

[a] Jedna osoba nie wypełniła KPST-N na początku terapii

3.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Wśród osób biorących udział w trzecim pomiarze 10 z nich nie zachowało całkowitej abstynencji w okresie 2. miesięcy poprzedzających badanie. Były to osoby z placówek ambulatoryjnych (7) i stacjonarnych (3). Dane dotyczące statystyk opisowych dla tej grupy zawiera **Tabela 159**.

Tabela 159. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – 3. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	10	0	19	10[a]	8,5	8,50	6,29
Spełniane kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	10	0	10	7[a]	5,5	5,40	3,27

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Tylko jedna osoba nie będąca w abstynencji nie wykazywała symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Wszystkie osoby po terapii w placówkach stacjonarnych, które utraciły abstynencję od zakończenia terapii, podczas trzeciego pomiaru wykazywały znaczny poziom zaburzenia. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 160**.

[7] Przyjęto założenie, że wypełnienie KPST-N na zakończenie terapii jest równoznaczne z jej ukończeniem, a brak kwestionariusza od danej osoby – z przerwaniem terapii.

Tabela 160. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – 3. pomiar

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne	Placówki stacjonarne	Ogółem	
	N = 7	N = 3	N = 10	%
Brak zaburzenia	1	0	1	10,00
Łagodne	2	0	2	20,00
Umiarkowane	2	0	2	20,00
Znaczne	2	3	5	50,00

3.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Rozpoczynając terapię prawie 91% przebadanych osób (N_1=175) wykazywało znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Na zakończenie terapii 19%, czyli 14 osób (N_2=72) nie było w abstynencji, wśród nich 12 przejawiało przynajmniej łagodne nasilenie zaburzenia. Z tych czternastu osób, które kończąc terapię nie były w abstynencji, 7 wzięło udział w trzecim pomiarze (do 6. miesięcy po zakończeniu terapii). Wśród tych siedmiu 4 nadal nie były w abstynencji (3 wykazywały symptomy zaburzenia, u czwartej osoby pomimo braku abstynencji można było stwierdzić brak zaburzenia). Od zakończenia terapii 3 osoby osiągnęły abstynencję, chociaż wcześniej jej nie miały.

Podczas trzeciego pomiaru łącznie 10 osób nie było w abstynencji (N_3=29), w tym 6 z nich utraciło abstynencję od zakończenia terapii. Niestety ze względu na małą liczebność próby nie dokonano statystycznego określenia istotności zmiany na skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

3.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Wśród 19. osób biorących udział w czwartym pomiarze 3 z nich nie zachowało całkowitej abstynencji w okresie 2. miesięcy poprzedzających badanie. Były to dwie osoby z placówek ambulatoryjnych i jedna ze stacjonarnej. Dane dotyczące statystyk opisowych dla tej grupy zawiera Tabela 161.

Tabela 161. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – 4. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	3	0	17	0[a]	6	7,67	8,62
Spełniane kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	3	0	9	0[a]	5	4,67	4,51

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Jedna osoba nie będąca w abstynencji nie wykazywała symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Był to badany po terapii w placówce ambulatoryjnej, druga osoba po terapii w placówce ambulatoryjnej miała umiarkowane nasilenie symptomów zaburzenia, a osoba po terapii w placówce stacjonarnej – znaczne.

3.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Podczas czwartego pomiaru 3 osoby nie były w abstynencji (N_4=19). Dwie z tych osób nigdy nie dążyły do osiągnięcia abstynencji. Dokładny przebieg nasilenia symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej u tej trójki osób zawiera część raportu poświęcona studium przypadku (przypadki 12, 13 i 14).

Pozostałe 16 osób, które w okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii były w abstynencji, rozpoczynając terapię miały przynajmniej umiarkowane nasilenie zaburzenia. Ogólna tendencja była taka, że podczas kolejnych pomiarów – z niewielkimi wyjątkami – osoby te deklarowały bycie w abstynencji.

Niestety ze względu na małą liczebność próby nie dokonano statystycznego określenia istotności zmiany na skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

4. SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

4.1. Początek terapii

Wyniki uzyskane na Skali pragnienia narkotyku w próbie przebadanej na początku terapii miały rozkład prawoskośny. Oznacza to, że większość osób biorących udział w badaniach osiągnęła niski wynik, świadczący o niskim nasileniu pragnienia narkotyku. Należy jednak zwrócić uwagę na bardzo duże odchylenie standardowe – prawie 5 punktów – przy średniej wynoszącej niecałe 11. Wskazuje to na duże zróżnicowanie przebadanej próby pod względem nasilenia pragnienia narkotyku. Szczegółowe informacje o statystykach opisowych dla omawianej skali zawiera **Tabela 162**.

Tabela 162. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – początek terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala pragnienia narkotyku	173	5	25	5	10	10,91	4,96	0,67	-0,29	0,000

Przekładając powyższe dane na nasilenie pragnienia narkotyku w przebadanej próbie należy stwierdzić, że większość badanych (ponad 65%) to osoby z bardzo słabym lub słabym pragnieniem narkotyku. Około 10% badanych wykazywało silne lub bardzo silne pragnienie narkotyku. Sytuacja ta jest porównywalna w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 163**.

Tabela 163. Nasilenie pragnienia narkotyku – początek terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 88	%	N = 85	%	N = 173	%
Bardzo słabe	45	51,14	36	42,35	81	46,82
Słabe	17	19,32	20	23,53	37	21,39
Umiarkowane	19	21,59	18	21,18	37	21,39
Silne	4	4,55	7	8,24	11	6,36
Bardzo silne	3	3,41	4	4,71	7	4,05

Test istotności różnic pomiędzy wynikami osób z różnych typów placówek wykazał, że nie ma istotnych statystycznie różnic w nasileniu pragnienia narkotyku u osób z placówek

ambulatoryjnych i stacjonarnych rozpoczynających terapię (U=3335,5; p>0,05). Wyniki testu zawiera **Tabela 164**.

Tabela 164. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali pragnienia narkotyku – początek terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 88		Placówki stacjonarne N = 85		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala pragnienia narkotyku	82,40	7251,50	91,76	7799,50	3335,50	-1,23	n.i.

Ponieważ odczuwanie pragnienia narkotyku jest bardzo ważną informacją diagnostyczną, a Skala pragnienia narkotyku zawierała tylko 5 pytań, dlatego we wszystkich pomiarach kontrolowano jej trafność kryterialną z wykorzystaniem Skali Głodu Narkotyku opracowanej na podstawie Skali Głodu Alkoholu PENN w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza i in.. W trakcie pomiaru na początku terapii pomiędzy tymi dwoma instrumentami pomiarowymi współczynnik korelacji Pearsona r=0,72 (p<0,0001), co wskazuje na silną zbieżność pomiędzy wynikami tych dwóch narzędzi badawczych.

4.2. Zakończenie terapii

Na zakończenie terapii wyniki dla Skali pragnienia narkotyku również miały rozkład prawoskośny, jednak średnia uzyskiwana wartość była już dużo niższa i wynosiła 7,13 punktów. Zmniejszeniu uległa mediana z 10 do 6, co oznacza, że na zakończenie terapii połowa badanych uzyskała wynik mniejszy lub równy 6. Zmalało również odchylenie standardowe, co świadczy o większej homogeniczności przebadanej próby pod względem nasilenia pragnienia narkotyku. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 165**.

Tabela 165. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala pragnienia narkotyku	72	2	25	5	6	7,13	3,78	2,79	8,90	0,000

Analizując nasilenie pragnienia narkotyku na zakończenie terapii należy stwierdzić, że prawie 83% badanych wykazywało bardzo słabe lub słabe nasilenie. W placówkach stacjonarnych żadna z osób badanych nie uzyskała wyniku świadczącego o umiarkowanym lub wyższym nasileniu pragnienia narkotyku. Dokładne dane zawiera **Tabela 166**.

Tabela 166. Nasilenie pragnienia narkotyku – zakończenie terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 44	%	N = 26	%	N = 70	%
Bardzo słabe	38	86,36	23	88,46	61	87,14
Słabe	1	2,27	3	11,54	4	5,71
Umiarkowane	2	4,55	0	0,00	2	2,86
Silne	2	4,55	0	0,00	2	2,86
Bardzo silne	1	2,27	0	0,00	1	1,43

Pomimo opisanych powyżej różnic nie ma jednak statystycznych podstaw do tego, by stwierdzić, że osoby z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych kończąc terapię różniły się między sobą pod względem nasilenia pragnienia narkotyku (U=573,5; p>0,05). Wyniki testu zawiera **Tabela 167**.

Tabela 167. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali pragnienia narkotyku – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 45		Placówki stacjonarne N = 27		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala pragnienia narkotyku	37,26	1676,5,50	35,24	951,50	573,50	-0,41	n.i.

Podobnie jak przy pomiarze na początku terapii wyniki ze Skali pragnienia narkotyku były silnie skorelowane z wynikami Skali Głodu Narkotyku opracowanej na podstawie Skali Głodu Alkoholu PENN w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza i in., r=0,74; p<0,0001.

4.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Biorąc pod uwagę zmianę w nasileniu pragnienia narkotyku pomiędzy pomiarem początkowym, a tym na zakończenie terapii należy stwierdzić, że wystąpiła istotna statystycznie zmiana pomiędzy wynikami. Nasilenie pragnienia narkotyku na początku terapii było istotnie wyższe niż w chwili, gdy badani kończyli terapię (Z=-6,05; p<0,0001). Zależność ta dotyczyła zarówno wyniku dla wszystkich placówek łącznie jak również dla placówek ambulatoryjnych (Z=-4,53; p<0,0001) i stacjonarnych (Z=-4,04; p<0,0001) analizowanych oddzielnie. Szczegółowe informacje zawiera **Tabela 168**, **Tabela 169** oraz **Tabela 170**.

Tabela 168. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali pragnienia narkotyku

Skala pragnienia narkotyku		N = 70	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	52	29,58	1538,00	-6,054	0,000
	Dodatnie rangi	4	14,50	58,00		
	Wiązania	14	-	-		

Tabela 169. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali pragnienia narkotyku – placówki ambulatoryjne

Skala pragnienia narkotyku		N = 44	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	30	16,83	505,00	-4,528	0,000
	Dodatnie rangi	2	11,50	23,00		
	Wiązania	12	-	-		

Tabela 170. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali pragnienia narkotyku – placówki stacjonarne

Skala pragnienia narkotyku		N = 26	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	22	13,23	291,00	-4,035	0,000
	Dodatnie rangi	2	4,50	9,00		
	Wiązania	2	-	-		

Podejmując próbę prognozowania o ukończeniu terapii na podstawie początkowych wyników na Skali pragnienia narkotyku stwierdzić należy, że nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami które ukończyły i tymi, które przerwały terapię (U=3555,5; p>0,05). Szczegółowe dane zawiera **Tabela 171**.

Tabela 171. Nasilenie pragnienia narkotyku na początku terapii a jej ukończenie

NAZWA SKALI	Ukończona terapia N = 70		Przerwana terapia N = 103		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala pragnienia narkotyku	86,29	6040,50	87,48	9010,50	3555,50	-0,15	n.i.

4.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Podczas trzeciego pomiaru, czyli w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii, średni wynik na skali pragnienia narkotyku wyniósł prawie 8 punktów, przy wysokim odchyleniu standardowym (prawie 4 punkty). Rozkład wyników był prawoskośny, czyli większość osób wykazywało słabe pragnienie narkotyku. Szczegółowe dane zawiera Tabela 172.

Tabela 172. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – 3. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala pragnienia narkotyku	29	5	20	5	6	7,76	3,98	1,66	2,25	0,000

Zgodnie z powyższym zdecydowana większość osób (ponad 75%) wykazywała bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Dodatkowo nikt z badanych nie zaliczał się do grupy osób z bardzo silnym pragnieniem narkotyku, a silne pragnienie miała tylko jedna osoba. Szczegółowe dane zawiera Tabela 173.

Tabela 173. Nasilenie pragnienia narkotyku – 3. pomiar

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo słabe	16	6	22	75,86	75,86
Słabe	1	3	4	13,79	89,66
Umiarkowane	1	1	2	6,90	96,55
Silne	1	0	1	3,45	100,00
Bardzo silne	0	0	0	0,00	100,00

Ponownie wyniki ze Skali pragnienia narkotyku były silnie skorelowane z wynikami Skali Głodu Narkotyku opracowanej na podstawie Skali Głodu Alkoholu PENN w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza i in., $r=0,85$; $p<0,0001$.

4.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Wykonane analizy obejmowały również jednoczesne porównanie trzech pierwszych pomiarów. Wyniki testu Friedmana wykazały, że przynajmniej jeden z trzech wyników różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=22,09$; $p<0,0001$. Szczegółowe dane zawiera Tabela 174.

Tabela 174. Wyniki testu Friedmana dla Skali pragnienia narkotyku – 3. pomiar

Skala pragnienia narkotyku N=26	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	10,46	5,03	2,67	22,09	2	0,000
Zakończenie terapii	6,96	3,33	1,58			
Do 6. miesięcy po terapii	7,96	4,13	1,75			

W celu identyfikacji różniących się pomiarów wykonano parami test znaków rangowanych Wilcoxona, którego rezultaty zawiera Tabela 175. Na ich podstawie można stwierdzić, że różniły się od siebie wyniki pomiaru pierwszego i drugiego (początek i koniec terapii; Z=-3,89; p<0,0001) oraz pomiaru pierwszego i trzeciego (Z=-2,88; p=0,004). Tym samym nasilenie pragnienia narkotyku na początku terapii było istotnie wyższe od nasilenia pragnienia narkotyku zarówno na zakończenie terapii jak i podczas pomiaru w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Natomiast wyniki z pomiaru drugiego i trzeciego nie różniły się w sposób istotny statystycznie (Z=-1,48; p>0,05).

Tabela 175. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali pragnienia narkotyku, 3. pomiar

Skala pragnienia narkotyku	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,000	-
Do 6. miesięcy po terapii	0,004	0,140

Ostatnią z wykonywanych analiz była próba prognozowania o wzięciu udziału w trzecim pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali pragnienia narkotyku pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że nie ma istotnych różnic pomiędzy osobami, które wzięły udział w trzecim pomiarze, a tymi, które się tego nie podjęły, pod względem nasilenia pragnienia narkotyku (U=589,00; p>0,05). Szczegółowe wyniki testu zawiera Tabela 176.

Tabela 176. Poziom nasilenia pragnienia narkotyku pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze

NAZWA SKALI	Udział w 3. pomiarze N = 27		Brak udziału w 3. pomiarze N = 45		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma Rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala pragnienia narkotyku	37,19	1004,00	36,09	1624,00	589,00	-0,22	n.i.

Porównano również wyniki początkowe na skali pragnienia narkotyku osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w trzecim pomiarze. Każde z tych dwóch porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowe nasilenie pragnienia narkotyku nie różniło się istotnie w wymienionych grupach osób.

4.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Podczas czwartego pomiaru, czyli w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, średni wynik na skali pragnienia narkotyku wyniósł niecałe 7,5 punktu, przy wysokim odchyleniu standardowym (ponad 4,5 punktu). Rozkład wyników był prawoskośny, czyli większość osób wykazywało słabe pragnienie narkotyku. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 177**.

Tabela 177. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – 4. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala pragnienia narkotyku	19	5	23	5	5	7,47	4,68	2,56	6,73	0,000

Zgodnie z powyższym 78,95% badanych wykazywała bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Tylko jedna osoba miała bardzo silne pragnienie narkotyku, nikt z badanych **nie zaliczał** się do grupy osób z silnym pragnieniem narkotyku. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 178**.

Tabela 178. Nasilenie pragnienia narkotyku – 4. pomiar

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 6	Ogółem		
			N = 19	%	% skumulowany
Bardzo słabe	10	5	15	78,95	78,95
Słabe	2	0	2	10,53	89,48
Umiarkowane	0	1	1	5,26	94,74
Silne	0	0	0	0,00	94,74
Bardzo silne	1	0	1	5,26	100,00

Wyniki ze Skali pragnienia narkotyku były silnie skorelowane z wynikami Skali Głodu Narkotyku opracowanej na podstawie Skali Głodu Alkoholu PENN w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza i in., $r=0,92$; $p<0,0001$.

4.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Wykonane analizy obejmowały również jednoczesne porównanie pierwszego, drugiego i czwartego pomiaru. Wyniki testu Friedmana wykazały, że przynajmniej jeden z trzech wyników różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=18,75$; $p<0,0001$. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 179**.

Tabela 179. Wyniki testu Friedmana dla Skali pragnienia narkotyku – 4. pomiar

Skala pragnienia narkotyku N=18	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	10,50	5,57	2,75	18,75	2	0,000
Zakończenie terapii	7,00	3,60	1,56			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	7,44	4,82	1,69			

W celu identyfikacji różniących się pomiarów wykonano parami test znaków rangowanych Wilcoxona, którego rezultaty zawiera **Tabela 180**. Na ich podstawie można stwierdzić, że różniły się od siebie wyniki pomiaru pierwszego i drugiego (początek i koniec terapii; Z=-3,42; p=0,001) oraz pomiaru pierwszego i czwartego (Z=-3,36; p=0,001). Tym samym nasilenie pragnienia narkotyku na początku terapii było istotnie wyższe od nasilenia pragnienia narkotyku zarówno na zakończenie terapii jak i podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Natomiast wyniki z pomiaru drugiego i czwartego nie różniły się w sposób istotny statystycznie (Z=-0,73; p>0,05).

Tabela 180. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali pragnienia narkotyku, 4. pomiar

Skala pragnienia narkotyku	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,001	-
Powyżej 6. miesięcy po terapii	0,001	0,463

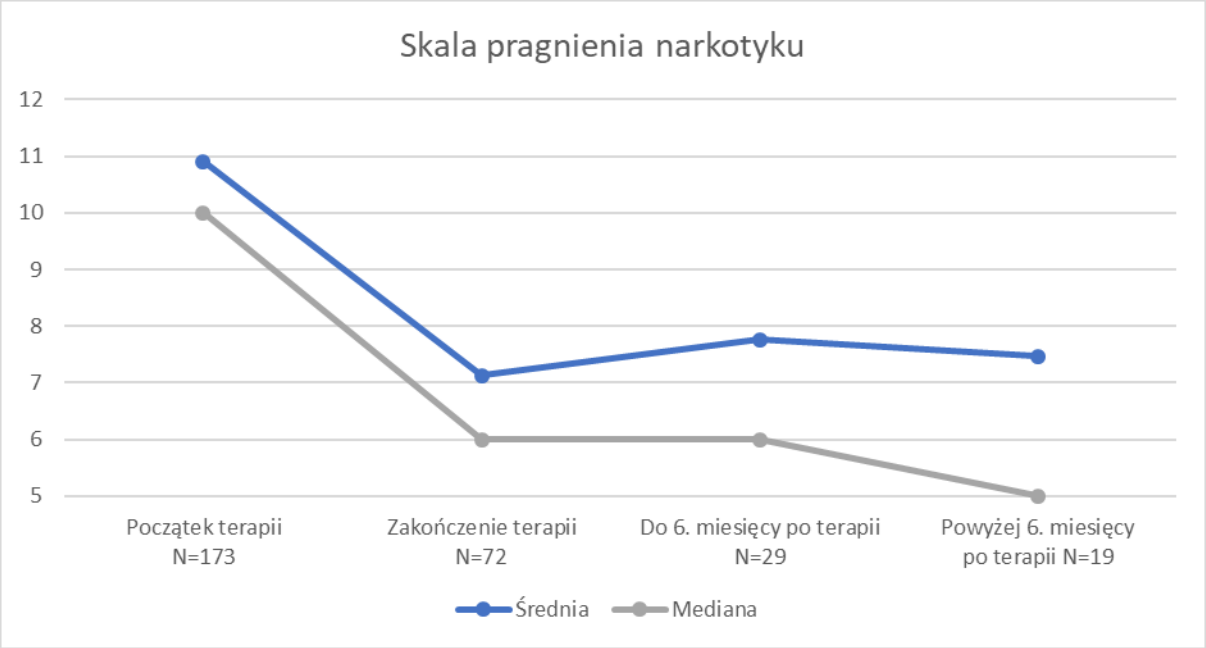
Dodatkowo sprawdzono również korelację wyników na skali pragnienia narkotyku podczas kolejnych pomiarów. Wyniki z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie r_{12}=0,61; p<0,01. Współczynnik korelacji pomiarów drugiego i trzeciego wynosił r_{23}=0,63; p<0,01, natomiast dla pomiarów pierwszego i trzeciego r_{13}=0,58; p<0,01. Współczynniki korelacji wyników z czwartego pomiaru z poprzednimi wynikami wynosiły kolejno r_{14}=0,72, r_{24}=0,93, r_{34}=0,91 (dla każdego współczynnika p<0,01).

W celu zobrazowania zmiany nasilenia pragnienia narkotyku w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 1**[8,9]. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wyraźny spadek pragnienia narkotyku, natomiast po jej zakończeniu utrzymuje się ono na podobnym, dość niskim poziomie. Należy jednak

[8] Ze względu na częstą skośność rozkładów omawianych zmiennych na wykresie umieszczono średnią i medianę wyników.
[9] Interpretując wartości na wykresach należy pamiętać, że przedstawiają one dane zgromadzone dla całej próby biorącej udział w danym pomiarze.

pamiętać, że wykres ten powstał na podstawie danych od osób, które w większości utrzymywały abstynencję.

Wykres 1 Zmiana nasilenia pragnienia narkotyku od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Ostatnią z wykonywanych analiz była próba prognozowania o wzięciu udziału w czwartym pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali pragnienia narkotyku na początku i pod koniec terapii. Wyniki otrzymane ze wszystkich dokonanych porównań pozwalają stwierdzić, że pod względem nasilenia pragnienia narkotyku nie ma istotnych różnic pomiędzy osobami, które wzięły udział w czwartym pomiarze, a tymi, które się tego nie podjęły (niezależnie, czy ukończyły terapię, czy nie).

5. SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

5.1. Początek terapii

Skala motywacji do zmiany miała lewoskośny rozkład wyników. Oznacza to, że większość osób uzyskała wysokie wyniki na omawianej skali. Warto zwrócić uwagę na fakt, że przy maksymalnej do uzyskania liczbie punktów 65 połowa badanych uzyskała wynik równy lub wyższy od 56 punktów. Wszystkie informacje o statystykach opisowych dla Skali motywacji do zmiany z początku terapii zawiera **Tabela 181**.

Tabela 181. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – początek terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala motywacji do zmiany	175	29	65	53	56	54,30	8,22	-0,85	0,22	0,000

W przebadanej próbie żaden z respondentów nie uzyskał bardzo niskiego wyniku na Skali motywacji do zmiany. Najliczniejszą grupę (ponad 50%) stanowiły osoby odznaczające się bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany. Dokładne informacje o procentowym rozkładzie wyników zawiera **Tabela 182**.

Tabela 182. Poziom motywacji do zmiany– początek terapii

POZIOM MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 89	%	N = 86	%	N = 175	%
Bardzo niski	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Niski	5	5,62	1	1,16	6	3,43
Przeciętny	14	15,73	10	11,63	24	13,71
Wysoki	24	26,97	33	38,37	57	32,57
Bardzo wysoki	46	51,69	42	48,84	88	50,29

Biorąc pod uwagę typ placówki stwierdzono, że nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami na Skali motywacji do zmiany (U=3746,0; p>0,05). Oznacza to, że na początku terapii poziom motywacji do zmiany u osób z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie różnił się. Wyniki testu prezentuje **Tabela 183**.

Tabela 183. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali motywacji do zmiany – początek terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 89		Placówki stacjonarne N = 86		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala motywacji do zmiany	87,09	7751,00	88,94	7649,00	3746,00	-0,24	n.i.

Skala motywacji do zmiany oprócz pytań umożliwiających określenie poziomu motywacji do zmiany zawierała również pytanie o szczegółowe motywy, które skłoniły badanego do podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Każda z osób badanych mogła wskazać maksymalnie trzy motywy, rangując je od najważniejszego do trzeciego w kolejności.

Jako najważniejszy z motywów podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków badani wskazywali najczęściej utratę kontroli nad własnym życiem. Na drugim miejscu znalazła się chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. Te dwa motywy wskazało łącznie prawie 45% badanych. Listę najważniejszych motywów zawiera Tabela 184.

Tabela 184. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – początek terapii

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 88	%	N = 81	%	N = 169 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	17	19,32	23	28,40	40	23,67
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	18	20,45	18	22,22	36	21,30
Brak poczucia zadowolenia z życia	7	7,95	7	8,64	14	8,28
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	6	6,82	6	7,41	12	7,10
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	7	7,95	4	4,94	11	6,51
Świadomość ranienia bliskich	6	6,82	5	6,17	11	6,51

[a] Podano tylko sześć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 10. wskazań), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Analizując drugi i trzeci podawany motyw nie było tam przyczyn pojawiających się znacznie częściej niż inne. Tabela 185 oraz Tabela 186 zawierają informacje dotyczące motywów wskazywanych jako drugi i trzeci w kolejności ważności dla badanego.

Tabela 185. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (początek terapii)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 88	%	N = 81	%	N = 169 [a]	%
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	7	7,95	12	14,81	19	11,24
Utrata kontroli nad własnym życiem	7	7,95	12	14,81	19	11,24
Świadomość ranienia bliskich	11	12,50	8	9,88	19	11,24
Chęć odzyskania stabilności finansowej	6	6,82	12	14,81	18	10,65
Brak poczucia zadowolenia z życia	8	9,09	5	6,17	13	7,69
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	9	10,23	4	4,94	13	7,69

[a] Podano tylko sześć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 10. wskazań), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Tabela 186. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (początek terapii)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 81	%	N = 168 [a]	%
Brak poczucia zadowolenia z życia	7	8,05	13	16,05	20	11,90
Utrata kontroli nad własnym życiem	8	9,20	8	9,88	16	9,52
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	11	12,64	5	6,17	16	9,52
Świadomość ranienia bliskich	4	4,60	10	12,35	14	8,33
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	5	5,75	8	9,88	13	7,74
Chęć odzyskania stabilności finansowej	6	6,90	5	6,17	11	6,55
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	5	5,75	6	7,41	11	6,55

[a] Podano tylko siedem wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 10. wskazań), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Agregując dane z powyższych trzech tabel stworzono listę wszystkich wymienianych przez osoby badane motywów podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Wzięto pod uwagę tylko to, że dany motyw był wybierany przez osoby badane, bez uwzględniania nadanej mu rangi.

Wśród najczęściej pojawiających się motywów (wskazanych przez ponad 20% respondentów) znalazły się: utrata kontroli nad własnym życiem; chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi; brak poczucia zadowolenia z życia; świadomość ranienia bliskich oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Pełną listę motywów wraz z częstością pojawiania się zawiera Tabela 187.

Tabela 187. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (początek terapii)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 81	%	N = 168 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	32	36,36	43	53,09	75	44,38
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	30	34,09	38	46,91	68	40,24
Brak poczucia zadowolenia z życia	22	25,00	25	30,86	47	27,81
Świadomość ranienia bliskich	21	23,86	23	28,40	44	26,04
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	26	29,55	15	18,52	41	24,26
Chęć odzyskania stabilności finansowej	15	17,05	17	20,99	32	18,93
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	15	17,05	11	13,58	26	15,38
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	11	12,50	12	14,81	23	13,61
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	13	14,77	7	8,64	20	11,83
Rosnące poczucie osamotnienia	6	6,82	12	14,81	18	10,65
Strach przed konsekwencjami prawnymi	12	13,64	5	6,17	17	10,06
Smutek i stale obniżony nastrój	10	11,36	7	8,64	17	10,06
Inne motywy [b]	11	12,50	6	7,41	17	10,06
Poczucie winy i/lub wstydu	9	10,23	6	7,41	15	8,88
Naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	8	9,09	5	6,17	13	7,69
Poczucie lęku i niepewności	8	9,09	5	6,17	13	7,69
Sądowy nakaz leczenia	5	5,68	2	2,47	7	4,14
Spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	3	3,41	4	4,94	7	4,14
Poczucie napięcia	4	4,55	0	0,00	4	2,37

[a] Badani wskazywali maksymalnie 3 motywy, dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

[b] Wśród innych motywów pojawiały się pojedyncze odpowiedzi nie dające możliwości ujęcia w szersze kategorie. Odnosiły się one do konkretnych sytuacji życiowych respondentów, np.: „odzyskać dziecko", „kontrole w szkole", „odejście partnerki", „problemy zdrowotne", „przedawkowanie", „przebyta próba samobójcza", „chęć ukończenie studiów".

Celem pozyskania informacji o szczegółowych motywach podjęcia decyzji o ograniczeniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków przez osoby badane było określenie tego, czy respondentami kieruje motywacja wewnętrzna, czy zewnętrzna. Jako zewnętrzne motywy uznano: naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół; groźbę utraty pracy; sądowy nakaz leczenia; pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych oraz strach przed konsekwencjami prawnymi. Wszystkie pozostałe motywy były motywacją wewnętrzną badanego. Jeżeli badany wśród wskazywanych motywów wybrał przynajmniej jeden świadczący o motywacji zewnętrznej, to przypisywano mu właśnie taki rodzaj motywacji.

Na początku terapii zdecydowana większość badanych (ponad 68%) wybierała motywy wskazujące na motywację wewnętrzną. Szczegółowe informacje zawiera **Tabela 188**.

Tabela 188. Rodzaj motywacji do zmiany – początek terapii

RODZAJ MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 88	%	N = 81	%	N = 169	%
Wewnętrzna	54	61,36	61	75,31	115	68,05
Zewnętrzna	34	38,64	20	24,69	54	31,95

Analizując wyniki procentowe w poszczególnych typach placówek widać pewne różnice – w placówkach stacjonarnych był większy odsetek (ponad 75%) osób deklarujących wewnętrzną motywację niż w placówkach ambulatoryjnych (nieco ponad 61%). Jednak jak wykazał test chi-kwadrat ($\chi^2(1)=3,16$; $p>0,05$) nie ma statystycznych podstaw by stwierdzić różnicę w rodzaju motywacji u osób w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych.

5.2. Zakończenie terapii

Rozkład wyników dla Skali motywacji do zmiany na zakończenie terapii był lewoskośny. Oznacza to, że większość badanych uzyskała wysokie wyniki na omawianej skali. Warto zwrócić uwagę na fakt, że wartości zarówno mediany jak i modalnej przewyższyły wartości średniej arytmetycznej. Dodatkowo wartość występująca najczęściej wynosi 65 i jest jednocześnie maksymalną liczną punktów możliwą do uzyskania na Skali motywacji do zmiany. Dane o statystykach opisowych dla omawianej skali zawiera **Tabela 189**.

Tabela 189. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala motywacji do zmiany	72	23	65	65	58	56,21	8,48	-1,28	2,15	0,000

Analizując wyniki Skali motywacji do zmiany na zakończenie terapii należy zauważyć, że tylko jedna osoba uzyskała wynik świadczący o bardzo niskim poziomie. Wszyscy pozostali badani odznaczali się przynajmniej przeciętnym poziomem motywacji. Najliczniejszą grupę – czy to wśród wszystkich badanych łącznie (prawie 64%), czy z uwzględnieniem typu placówki (ambulatoryjne niecałe 58%; stacjonarne niewiele ponad 74%) – stanowiły osoby z bardzo wysokim poziomem motywacji. Należy jednak pamiętać, że były to osoby, które ukończyły

terapię. Jest wysoce prawdopodobnym, że osoby mniej zmotywowane przerwały terapię. Dokładne informacje o procentowym rozkładzie wyników zawiera Tabela 190.

Tabela 190. Poziom motywacji do zmiany– zakończenie terapii

POZIOM MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 27	%	N = 72	%
Bardzo niski	1	2,22	0	0,00	1	1,39
Niski	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Przeciętny	4	8,89	1	3,70	5	6,94
Wysoki	14	31,11	6	22,22	20	27,78
Bardzo wysoki	26	57,78	20	74,07	46	63,89

Biorąc pod uwagę typ placówki stwierdzono, że nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami na Skali motywacji do zmiany (U=469,0; p>0,05). Oznacza to, że na zakończenie terapii poziom motywacji do zmiany u osób z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie różnił się. Wyniki testu zawiera Tabela 191.

Tabela 191. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali motywacji do zmiany – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 45		Placówki stacjonarne N = 27		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma Rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala motywacji do zmiany	33,42	1504,00	41,63	1124,00	469,00	-1,62	n.i.

Również na zakończeni terapii pytano badanych o motywy, które skłoniły ich do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Podobnie jak na początku terapii dwoma motywami wymienianymi najczęściej jako najistotniejsze były utrata kontroli nad własnym życiem i chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. Motywy te wskazało łącznie ponad 51% badanych. Dokładne informacje o wskazywanych najważniejszych motywach zawiera Tabela 192.

Tabela 192. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zakończenie terapii

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 27	%	N = 70 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	10	23,26	12	44,44	22	31,43
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	10	23,26	4	14,81	14	20,00
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	4	9,30	2	7,41	6	8,57
Świadomość ranienia bliskich	5	11,63	0	0,00	5	7,14
Inne motywy [b]	2	4,65	2	7,41	4	5,71
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	2	4,65	2	7,41	4	5,71

[a] Podano tylko sześć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 3. wskazań), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

[b] Wśród innych motywów pojawiały się pojedyncze odpowiedzi nie dające możliwości ujęcia w szersze kategorie

Jako drugi co do ważności motyw najczęściej wymieniany był brak poczucia zadowolenia z życia (wskazany przez prawie 16% badanych). Również często ponownie pojawiła się chęć poprawy relacji z rodziną i /lub przyjaciółmi. Listę motywów wymienianych najczęściej jako drugi w kolejności zawiera Tabela 193.

Tabela 193. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (zakończenie terapii)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 27	%	N = 70 [a]	%
Brak poczucia zadowolenia z życia	6	13,95	5	18,52	11	15,71
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	4	9,30	4	14,81	8	11,43
Świadomość ranienia bliskich	2	4,65	4	14,81	6	8,57
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	3	6,98	2	7,41	5	7,14
Utrata kontroli nad własnym życiem	4	9,30	1	3,70	5	7,14
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	3	6,98	1	3,70	4	5,71
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	3	6,98	1	3,70	4	5,71
Spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	2	4,65	2	7,41	4	5,71
Naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	2	4,65	2	7,41	4	5,71
Chęć odzyskania stabilności finansowej	3	6,98	1	3,70	4	5,71

[a] Podano tylko dziesięć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 3. wskazań), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Wśród danych dotyczących trzeciego najistotniejszego motywu nie było motywów pojawiających się szczególnie często. Listę wymienianych zawiera Tabela 194.

Tabela 194. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (zakończenie terapii)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 27	%	N = 70 [a]	%
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	7	16,28	1	3,70	8	11,43
Brak poczucia zadowolenia z życia	6	13,95	2	7,41	8	11,43
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	2	4,65	5	18,52	7	10,00
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	6	13,95	1	3,70	7	10,00
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	1	2,33	6	22,22	7	10,00
Rosnące poczucie osamotnienia	2	4,65	4	14,81	6	8,57
Poczucie lęku i niepewności	2	4,65	2	7,41	4	5,71
Smutek i stale obniżony nastrój	4	9,30	0	0,00	4	5,71
Strach przed konsekwencjami prawnymi	4	9,30	0	0,00	4	5,71
Utrata kontroli nad własnym życiem	3	6,98	1	3,70	4	5,71

[a] Podano tylko dziesięć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 3. wskazań), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Zagregowane dane o częstości występowania wskazywanych przez badanych motywów podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków (bez uwzględnienia nadawanej im rangi) zawiera Tabela 195. Wśród najczęściej pojawiających się motywów (wskazanych przez więcej niż 20% respondentów) znalazły się: utrata kontroli nad własnym życiem; chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi; brak poczucia zadowolenia z życia oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne.

Zgromadzone dane przeanalizowano również pod kątem rodzaju motywacji do zmiany. Podobnie jak na początku terapii większość respondentów (ponad 68%) deklarowała wewnętrzny rodzaj motywacji do zmiany. W placówkach ambulatoryjnych było to prawie 63%, a w stacjonarnych prawie 77% badanych. Szczegółowe informacje o rodzaju motywacji do zmiany zawiera Tabela 196.

Tabela 195. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (zakończenie terapii)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 27	%	N = 70 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	17	39,53	14	51,85	31	44,29
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	15	34,88	14	51,85	29	41,43
Brak poczucia zadowolenia z życia	12	27,91	9	33,33	21	30,00
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	12	27,91	5	18,52	17	24,29
Świadomość ranienia bliskich	8	18,60	4	14,81	12	17,14
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	10	23,26	2	7,41	12	17,14
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	6	13,95	6	22,22	12	17,14
Rosnące poczucie osamotnienia	4	9,30	6	22,22	10	14,29
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	4	9,30	4	14,81	8	11,43
Chęć odzyskania stabilności finansowej	4	9,30	4	14,81	8	11,43
Naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	5	11,63	3	11,11	8	11,43
Strach przed konsekwencjami prawnymi	7	16,28	0	0,00	7	10,00
Smutek i stale obniżony nastrój	7	16,28	0	0,00	7	10,00
Spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	3	6,98	3	11,11	6	8,57
Poczucie lęku i niepewności	4	9,30	2	7,41	6	8,57
Sądowy nakaz leczenia	5	11,63	0	0,00	5	7,14
Poczucie winy i/lub wstydu	1	2,33	3	11,11	4	5,71
Inne motywy [b]	2	4,65	2	7,41	4	5,71
Poczucie napięcia	3	6,98	0	0,00	3	4,29

[a] Badani wskazywali maksymalnie 3 motywy, dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

[b] Wśród innych motywów pojawiały się pojedyncze odpowiedzi nie dające możliwości ujęcia w szersze kategorie. Odnosiły się one do konkretnych sytuacji życiowych osób badanych, np. „strach przed utratą dziecka", „szkoła", „chęć życia na trzeźwo".

Występujące w rozkładzie procentowym rodzaju motywacji do zmiany rozbieżności pomiędzy placówkami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi nie są wystarczające, aby stwierdzić istotną statystycznie różnicę pomiędzy osobami kończącymi terapię w tych placówkach. Brak tej różnicy potwierdziły wyniki testu chi-kwadrat ($\chi^2(1)=0,91$; $p>0,05$).

Tabela 196. Rodzaj motywacji do zmiany – zakończenie terapii

RODZAJ MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 26	%	N = 69	%
Wewnętrzna	27	62,79	20	76,92	47	68,12
Zewnętrzna	16	37,21	6	23,08	22	31,88

5.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Dla Skali motywacji do zmiany stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych (Z=-2,35; p=0,019) oraz w grupie osób z placówek stacjonarnych (Z=-2,40; p=0,017). Poziom motywacji do zmiany był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku. Szczegółowe dane zawierają **Tabela 197** oraz **Tabela 198**.

Tabela 197. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali motywacji do zmiany

Skala motywacji do zmiany		N = 71	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	27	25,52	689,00	-2,350	0,019
	Dodatnie rangi	37	37,59	1391,00		
	Wiązania	7	-	-		

Tabela 198. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali motywacji do zmiany – placówki stacjonarne

Skala motywacji do zmiany		N = 27	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	7	10,50	73,50	-2,397	0,017
	Dodatnie rangi	18	13,97	251,50		
	Wiązania	2	-	-		

Natomiast w placówkach ambulatoryjnych nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w poziomie motywacji do zmiany pomiędzy początkiem terapii a jej końcem (Z=-0,90; p>0,05). Wyniki testu zawiera **Tabela 199**.

Tabela 199. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali motywacji do zmiany – placówki ambulatoryjne

Skala motywacji do zmiany		N = 44	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	20	16,30	326,00	-0,895	n.i.
	Dodatnie rangi	19	23,89	454,00		
	Wiązania	5	-	-		

Podejmując próbę prognozowania o ukończeniu terapii na podstawie początkowych wyników na Skali motywacji do zmiany stwierdzić należy, że nie ma istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami które ukończyły i tymi, które przerwały terapię (U=3548,0; p>0,05). Szczegółowe wyniki testu zawiera **Tabela 200**. Tym samym w świetle uzyskanych rezultatów początkowy poziom motywacji do zmiany nie ma znaczenia dla ukończenia terapii.

Tabela 200. Poziom motywacji do zmiany na początku terapii a jej ukończenie

NAZWA SKALI	Ukończona terapia N = 71		Przerwana terapia N = 104		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma Rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala motywacji do zmiany	90,03	6392,00	86,62	9008,00	3548,00	-0,44	n.i.

Podobnie jest z początkowym rodzajem motywacji do zmiany. Rozkład procentowy rodzajów motywacji (**Tabela 201**) jest bardzo zbliżony wśród osób, które ukończyły i tych, które przerwały terapię. Brak zależności pomiędzy rodzajem motywacji a ukończeniem terapii potwierdziły wyniki testu chi-kwadrat ($\chi^2(1)=0{,}004$; $p>0{,}05$).

Tabela 201. Rodzaj motywacji do zmiany na początku terapii a jej ukończenie

RODZAJ MOTYWACJI	Ukończenie terapii		Przerwanie terapii		Ogółem	
	N = 71	%	N = 98	%	N = 169	%
Wewnętrzna	49	69,01	66	67,35	115	68,05
Zewnętrzna	22	30,99	32	32,65	54	31,95

5.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Rozkład wyników uzyskanych w trzecim pomiarze na skali motywacji do zmiany był lewoskośny. Oznacza to, że większość badanych miała wysoki poziom motywacji do zmiany. Zarówno wartość modalnej jak i mediany były wyższe od średniej arytmetycznej. Dokładne informacje o statystykach opisowych dla omawianej skali zawiera Tabela 202.

Tabela 202. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – 3. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala motywacji do zmiany	29	24	65	61[a]	57	54,90	9,77	-1,37	2,14	0,002

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Lewoskośność rozkładu znalazła swoje odzwierciedlenie w poziomie motywacji do zmiany w przebadanej próbie – tylko jedna osoba wykazywała niski poziom motywacji, wszyscy pozostali badani mieli przynajmniej przeciętny poziom motywacji do zmiany. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z bardzo wysokim poziomem motywacji. Dokładne dane zawiera Tabela 203.

Tabela 203. Poziom motywacji do zmiany – 3. pomiar

POZIOM MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	1	0	1	3,45	3,45
Przeciętny	1	2	3	10,34	13,79
Wysoki	6	2	8	27,59	41,38
Bardzo wysoki	11	6	17	58,62	100,00

Analizując motywację do zmiany podczas trzeciego pomiaru wzięto również pod uwagę poszczególne motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Najistotniejszym motywem okazała się chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. Motyw ten – jako najważniejszy – wskazało prawie 25% osób. Dokładne informacje o najistotniejszych motywach zawiera Tabela 204.

Tabela 204. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – 3. pomiar

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem	
			N = 29 [a]	%
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	4	3	7	24,14
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	4	1	5	17,24
Utrata kontroli nad własnym życiem	1	2	3	10,34
Świadomość ranienia bliskich	2	0	2	6,90
Sądowy nakaz leczenia	2	0	2	6,90
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	1	1	2	6,90
Rosnące poczucie osamotnienia	0	2	2	6,90

[a] Podano tylko siedem wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 1. wskazania), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Motywem wskazywanym najczęściej jako drugi w kolejności również była chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi – wybrało go 5 osób. Zaraz po nim była utrata kontroli nad własnym życiem wskazana przez 4 osoby. Motyw ten okazał się również najczęściej wybieranym jako trzeci w kolejności. Szczegółowe dane o motywacji wskazywanej jako druga i trzecia zawierają Tabela 205 oraz Tabela 206.

Tabela 205. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (3. pomiar)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem	
			N = 29 [a]	%
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	2	3	5	17,24
Utrata kontroli nad własnym życiem	3	1	4	13,79
Poczucie winy i/lub wstydu	1	2	3	10,34
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	2	1	3	10,34
Brak poczucia zadowolenia z życia	2	0	2	6,90
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	2	0	2	6,90
Smutek i stale obniżony nastrój	1	1	2	6,90
Nie wybrano drugiego motywu	2	0	2	6,90

[a] Podano tylko osiem wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 1. wskazania), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Tabela 206. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (3. pomiar)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem	
			N = 29 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	6	1	7	24,14
Brak poczucia zadowolenia z życia	2	2	4	13,79
Chęć odzyskania stabilności finansowej	0	2	2	6,90
Świadomość ranienia bliskich	0	2	2	6,90
Spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	1	1	2	6,90
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	2	0	2	6,90
Rosnące poczucie osamotnienia	1	1	2	6,90
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	2	0	2	6,90
Nie wybrano trzeciego motywu	2	0	2	6,90

[a] Podano tylko dziewięć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 1. wskazania), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Biorąc pod uwagę wszystkie wybierane motywy przygotowano listę motywów wraz z określoną częstością występowania, którą zawiera Tabela 207. Motywem wybieranym najczęściej (bez uwzględniania nadawanej mu rangi) była utrata kontroli nad własnym życiem. Wskazało ją prawie 50% przebadanych osób. Na drugim miejscu znalazła się omawiana już chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi.

Tabela 207. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (3. pomiar)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem	
			N = 29 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	10	4	14	48,28
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	6	6	12	41,38
Brak poczucia zadowolenia z życia	5	2	7	24,14
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	4	1	5	17,24
Świadomość ranienia bliskich	3	2	5	17,24
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	4	1	5	17,24
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	4	1	5	17,24
Rosnące poczucie osamotnienia	1	3	4	13,79
Naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	1	2	3	10,34
Strach przed konsekwencjami prawnymi	2	1	3	10,34
Spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	2	1	3	10,34
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	3	0	3	10,34
Poczucie winy i/lub wstydu	1	2	3	10,34
Chęć odzyskania stabilności finansowej	0	2	2	6,90
Sądowy nakaz leczenia	2	0	2	6,90
Smutek i stale obniżony nastrój	1	1	2	6,90
Poczucie lęku i niepewności	2	0	2	6,90
Inne motywy [b]	1	1	2	6,90
Poczucie napięcia	1	0	1	3,45

[a] Badani wskazywali maksymalnie 3 motywy, dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N
[b] Inne motywy: „nie chciałem stracić narzeczonej i dziecka", „samozaparcie".

W zależności od wybieranych motywów przypisywano badanym motywację wewnętrzną lub zewnętrzną. Na etapie trzeciego pomiaru prawie 59% badanych miało motywację wewnętrzną, natomiast nieco ponad 41% motywację zewnętrzną. Niestety ze względu na złamane założenia testu chi-kwadrat nie można było porównać wyników pod względem typu placówki, w której badani uczestniczyli w terapii. Dokładne dane o rodzaju motywacji do zmiany zawiera Tabela 208.

Tabela 208. Rodzaj motywacji do zmiany – 3. pomiar

RODZAJ MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Wewnętrzna	11	6	17	58,62	58,62
Zewnętrzna	8	4	12	41,38	100,00

5.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

W celu sprawdzenia, czy otrzymane w trakcie trzech pomiarów wyniki ogólne na skali motywacji do zmiany różnią się od siebie wykonano test Friedmana. Jego rezultaty wykazały, że żaden z trzech wyników nie różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=0,15$; $p>0,05$. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 209**. Tym samym można stwierdzić, że poziom motywacji do zmiany od rozpoczęcia terapii aż do pomiaru w okresie do 6. miesięcy po jej zakończeniu nie uległ zmianie w przebadanej próbie. W związku z tym nie było potrzeby porównywania parami wyników z poszczególnych pomiarów.

Tabela 209. Wyniki testu Friedmana dla Skali motywacji do zmiany – 3. pomiar

Skala motywacji do zmiany N=27	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	53,41	11,15	1,94	0,15	2	n.i.
Zakończenie terapii	56,04	9,70	2,04			
Do 6. miesięcy po terapii	54,30	9,85	2,02			

Wykonując analizy podjęto również próbę prognozowania o wzięciu udziału w trzecim pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali motywacji do zmiany pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że pod względem poziomu motywacji do zmiany nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, które wzięły udział w trzecim pomiarze, a tymi, które się tego nie podjęły ($U=599,0$; $p>0,05$). Szczegółowe wyniki zawiera **Tabela 210**.

Tabela 210. Poziom motywacji do zmiany pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze

NAZWA SKALI	Udział w 3. pomiarze N = 27		Brak udziału w 3. pomiarze N = 45		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma Rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala motywacji do zmiany	36,81	994,00	36,31	1634,00	599,00	-0,10	n.i.

Porównano również wyniki początkowe na skali motywacji do zmiany osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w trzecim pomiarze. Każde z tych dwóch porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowy poziom motywacji do zmiany nie różnił się istotnie w wymienionych grupach osób.

Porównując wszystkie trzy pomiary na skali motywacji do zmiany uwzględniono również rodzaj motywacji badanych. Aby sprawdzić, czy na którymś z etapów rodzaj ten uległ istotnej zmianie zastosowano test Q-Cochrana. Jednak jego wyniki były nieistotne statystycznie

(Q=2,91; p>0,05), co oznacza, że na żadnym z etapów rodzaj motywacji nie uległ istotnej zmianie. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 211**.

Tabela 211. Wyniki testu Q-Cochrana dla rodzaju motywacji do zmiany – 3. pomiar

Skala motywacji do zmiany N=27	Motywacja wewnętrzna	Motywacja zewnętrzna	Q	df	Istotność
Początek terapii	19	8	2,91	2	n.i.
Zakończenie terapii	19	8			
Do 6. miesięcy po terapii	15	12			

Dokonano również trzech innych porównań pod względem rodzaju motywacji: (1) rodzaj motywacji na zakończenie terapii osób, które wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy ukończyli terapię, ale nie wzięli udziału w trzecim pomiarze; (2) rodzaj motywacji na początku terapii osób, które wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy ukończyli terapię, ale nie wzięli udziału w trzecim pomiarze; (3) rodzaj motywacji na początku terapii osób, które wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy nie ukończyli terapii. Wszystkie te porównania dały wyniki nieistotne statystycznie, co oznacza, że rodzaj motywacji określony na początku terapii i na jej zakończenie w żaden sposób nie różnił wymienionych grup osób.

5.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Rozkład wyników uzyskanych w czwartym pomiarze na skali motywacji do zmiany był lewoskośny. Oznacza to, że większość badanych miała wysoki poziom motywacji do zmiany. Zarówno wartość modalnej jak i mediany były wyższe od średniej arytmetycznej. Dokładne informacje o statystykach opisowych dla omawianej skali zawiera **Tabela 212**.

Tabela 212. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – 4. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala motywacji do zmiany	18	20	65	65	55,5	52,28	12,18	-1,07	1,24	0,035

Lewoskośność rozkładu znalazła swoje odzwierciedlenie w poziomie motywacji do zmiany w przebadanej próbie – tylko jedna osoba wykazywała bardzo niski poziom motywacji, wszyscy pozostali badani mieli przynajmniej przeciętny poziom motywacji do zmiany. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z bardzo wysokim poziomem motywacji. Dokładne dane zawiera **Tabela 213**.

Tabela 213. Poziom motywacji do zmiany – 4. pomiar

POZIOM MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	1	0	1	5,56	5,56
Niski	0	0	0	0,00	5,56
Przeciętny	4	1	5	27,78	33,33
Wysoki	3	0	3	16,67	50,00
Bardzo wysoki	5	4	9	50,00	100,00

Analizując motywację do zmiany podczas czwartego pomiaru wzięto również pod uwagę poszczególne motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Najistotniejszym motywem okazała się utrata kontroli nad własnym życiem. Motyw ten – jako najważniejszy – wskazała jedna trzecia osób. Warto zauważyć, że pozostałe dwa motywy są przejawem motywacji zewnętrznej. Dokładne informacje o najistotniejszych motywach zawiera Tabela 214.

Tabela 214. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – 4. pomiar

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem	
			N = 18 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	3	3	6	33,33
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	2	1	3	16,67
Sądowy nakaz leczenia	2	0	2	11,11

[a] Podano tylko trzy wskazywane najczęściej motywy (powyżej 1. wskazania), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Motywem wskazywanym najczęściej jako drugi w kolejności również była chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi – wybrały go 4 osoby. Był to również motyw wskazywany najczęściej jako trzeci w kolejności – 3 wskazania. Szczegółowe dane o motywacji wskazywanej jako druga i trzecia zawierają Tabela 215 oraz Tabela 216.

Tabela 215. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (4. pomiar)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem	
			N = 18 [a]	%
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	3	1	4	22,22
Utrata kontroli nad własnym życiem	0	2	2	11,11
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	2	0	2	11,11
Świadomość ranienia bliskich	2	0	2	11,11

[a] Podano tylko cztery wskazywane najczęściej motywy (powyżej 1. wskazania), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Tabela 216. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (4. pomiar)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem	
			N = 18 [a]	%
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	2	1	3	16,67
Brak poczucia zadowolenia z życia	3	0	3	16,67
Rosnące poczucie osamotnienia	1	1	2	11,11
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	2	0	2	11,11
Nie wybrano trzeciego motywu	1	1	2	11,11

[a] Podano tylko pięć wskazywanych najczęściej motywów (powyżej 1. wskazania), dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N

Biorąc pod uwagę wszystkie wybierane motywy przygotowano listę motywów wraz z określoną częstością występowania, którą zawiera Tabela 217. Motywem wybieranym najczęściej (bez uwzględniania nadawanej mu rangi) była utrata kontroli nad własnym życiem. Wskazało ją prawie 45% przebadanych osób. Na drugim miejscu znalazła się chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi (wskazana przez 39% badanych). Trzecim pojawiającym się najczęściej motywem był brak poczucia zadowolenia z życia.

Tabela 217. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (4. pomiar)

MOTYWY	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem	
			N = 18 [a]	%
Utrata kontroli nad własnym życiem	3	5	8	44,44
Chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi	5	2	7	38,89
Brak poczucia zadowolenia z życia	5	0	5	27,78
Pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych	3	1	4	22,22
Świadomość ranienia bliskich	3	0	3	16,67
Strach przed konsekwencjami prawnymi	3	0	3	16,67
Strach przed utratą tego, co w życiu ważne	3	0	3	16,67
Chęć odzyskania stabilności finansowej	0	2	2	11,11
Sądowy nakaz leczenia	2	0	2	11,11
Spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu	0	2	2	11,11
Utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej	2	0	2	11,11
Poczucie winy i/lub wstydu	2	0	2	11,11
Rosnące poczucie osamotnienia	1	1	2	11,11
Poczucie lęku i niepewności	2	0	2	11,11
Naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół	1	0	1	5,56
Świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół	1	0	1	5,56
Smutek i stale obniżony nastrój	0	1	1	5,56
Inne motywy	1	0	1	5,56

[a] Badani wskazywali maksymalnie 3 motywy, dlatego liczebności nie sumują się do podanej wielkości N
[b] Inny motywy: „chęć zerwania życia z narkotykami".

W zależności od wybieranych motywów przypisywano badanym motywację wewnętrzną lub zewnętrzną. Na etapie czwartego pomiaru ponad 60% badanych miało motywację wewnętrzną. Niestety ze względu na złamane założenia testu chi-kwadrat nie można było porównać wyników pod względem typu placówki, w której badani uczestniczyli w terapii. Dokładne dane o rodzaju motywacji do zmiany zawiera Tabela 218.

Tabela 218. Rodzaj motywacji do zmiany – 4. pomiar

RODZAJ MOTYWACJI	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Wewnętrzna	7	4	11	61,11	61,11
Zewnętrzna	6	1	7	38,89	100,00

5.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

W celu sprawdzenia, czy otrzymane w trakcie pierwszego, drugiego i czwartego pomiaru wyniki na skali motywacji do zmiany różnią się od siebie wykonano test Friedmana. Jego rezultaty wykazały, że żaden z trzech wyników nie różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=0,28$; $p>0,05$. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 219**. Tym samym można stwierdzić, że poziom motywacji do zmiany od rozpoczęcia terapii aż do pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu nie uległ znaczącej zmianie w przebadanej próbie. W związku z tym nie było potrzeby porównywania parami wyników z poszczególnych pomiarów.

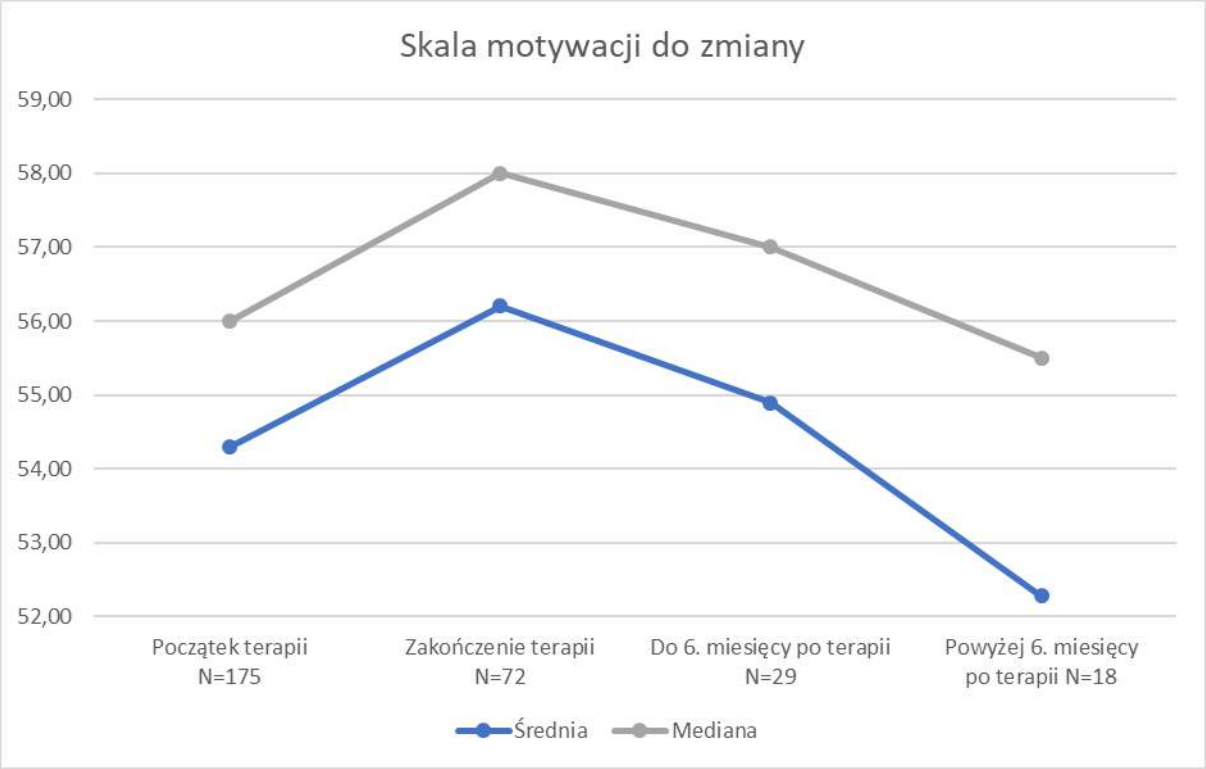
Tabela 219. Wyniki testu Friedmana dla Skali motywacji do zmiany – 4. pomiar

Skala motywacji do zmiany N=17	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	53,12	11,41	1,91	0,28	2	n.i.
Zakończenie terapii	54,47	10,87	2,09			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	52,53	12,51	2,00			

Sprawdzono również korelację wyników kolejnych pomiarów na skali motywacji do zmiany. Rezultaty z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie $r_{12}=0,59$; $p<0,01$. Współczynnik korelacji pomiarów drugiego i trzeciego wynosił $r_{23}=0,63$; $p<0,01$. Natomiast dla pomiarów pierwszego i trzeciego również $r_{13}=0,63$; $p<0,01$. W odróżnieniu od analizowanych do tej pory skal ze skali motywacji do zmiany wyniki czwartego pomiaru korelowały ze wszystkimi poprzedzającymi wynikami. Współczynniki korelacji wynosiły kolejno $r_{14}=0,71$, $r_{24}=0,76$ oraz $r_{34}=0,74$ (dla wszystkich współczynników $p<0,01$).

W celu zobrazowania zmiany poziomu motywacji w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 2**. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu motywacji do zmiany, natomiast po jej zakończeniu odnotowano wyraźny spadek poziomu motywacji (poniżej wartości początkowej). Należy jednak pamiętać, że wykres przedstawia dane dla próby dostępnej na danym etapie pomiaru.

Wykres 2 Zmiana poziomu motywacji do zmiany od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Wykonując analizy podjęto również próbę prognozowania o wzięciu udziału w czwartym pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali motywacji do zmiany pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że pod względem poziomu motywacji do zmiany pod koniec terapii nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, które wzięły udział w czwartym pomiarze, a tymi, które się tego nie podjęły (U=444,5; p>0,05).

Porównano również wyniki początkowe na skali motywacji do zmiany osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w czwartym pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w czwartym pomiarze. Każde z tych dwóch porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowy poziom motywacji do zmiany nie różnił się istotnie w wymienionych grupach osób.

Porównując pierwszy, drugi i czwarty pomiar na skali motywacji do zmiany uwzględniono również rodzaj motywacji badanych. Aby sprawdzić, czy na którymś z etapów rodzaj ten uległ istotnej zmianie zastosowano test Q-Cochrana. Jednak jego wyniki były nieistotne statystycznie (Q=4,00; p>0,05), co oznacza, że na żadnym z etapów rodzaj motywacji nie uległ istotnej zmianie. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 220**.

Tabela 220. Wyniki testu Q-Cochrana dla rodzaju motywacji do zmiany – 4. pomiar

Skala motywacji do zmiany N=17	Motywacja wewnętrzna	Motywacja zewnętrzna	Q	df	Istotność
Początek terapii	13	4	4,00	2	n.i.
Zakończenie terapii	11	6			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	11	6			

Wykorzystując test chi-kwadrat dokonano również trzech innych porównań pod względem rodzaju motywacji: (1) rodzaj motywacji na zakończenie terapii osób, które wzięły udział w czwartym pomiarze z tymi, którzy ukończyli terapię, ale nie wzięli udziału w czwartym pomiarze; (2) rodzaj motywacji na początku terapii osób, które wzięły udział w czwartym pomiarze z tymi, którzy ukończyli terapię, ale nie wzięli udziału w czwartym pomiarze; (3) rodzaj motywacji na początku terapii osób, które wzięły udział w czwartym pomiarze z tymi, którzy nie ukończyli terapii. Wszystkie te porównania dały wyniki nieistotne statystycznie, co oznacza, że rodzaj motywacji określony na początku terapii i na jej zakończenie w żaden sposób nie różnił wymienionych grup osób.

6. SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

6.1. Początek terapii

Wyniki na Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności miały rozkład normalny. Średnia wyniosła prawie 60 punktów, a odchylenie standardowe niecałe 10 punktów. Szczegółowe dane o statystykach opisowych dla omawianej skali zawiera **Tabela 221**.

Tabela 221. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – początek terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	175	30	80	56[a]	60	59,78	9,95	-0,15	-0,34	n.i.

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Mimo iż rozkład wyników ze Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności był normalny, to jednak można zauważyć jego przesunięcie względem początku skali. Wśród przebadanych osób nikt nie uzyskał wyniku świadczącego o bardzo niskim poziomie poczucia własnej skuteczności. Natomiast ponad 49% badanych odznaczało się wysokim poczuciem własnej skuteczności. Dokładne dane o analizowanej zmiennej zawiera **Tabela 222**.

Tabela 222. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – początek terapii

POZIOM POCZUCIA SKUTECZNOŚCI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 89	%	N = 86	%	N = 175	%
Bardzo niski	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Niski	2	2,25	2	2,33	4	2,29
Przeciętny	21	23,60	26	30,23	47	26,86
Wysoki	47	52,81	39	45,35	86	49,14
Bardzo wysoki	19	21,35	19	22,09	38	21,71

Biorąc pod uwagę typ placówki stwierdzono, że nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami na Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności ($t(173)=0,42$; $p>0,05$). Oznacza to, że na początku terapii poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności badanych z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie różnił się. Wyniki testu prezentuje **Tabela 223**.

Tabela 223. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – początek terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 89		Placówki stacjonarne N = 86		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	60,09	10,22	59,45	9,71	0,42	173	n.i.

6.2. Zakończenie terapii

Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności zmierzony na końcu terapii również miał rozkład normalny. Warto zwrócić uwagę na fakt, że trzy miary tendencji centralnej prawie zrównały się ze sobą: Mo=64, Me=64,5, M=64,81. Względem pomiaru na początku terapii nastąpił wzrost średniej o prawie 5 punktów. Wszystkie informacje o statystykach opisowych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności zawiera Tabela 224.

Tabela 224. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	72	37	80	64	64,5	64,81	9,43	-0,50	0,15	n.i.

Podobnie jak w przypadku pomiaru na rozpoczęcie terapii rozkład normalny wyników na Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności przesunął się względem początku skali. Żaden z badanych nie uzyskał wyniku świadczącego o bardzo niskim poziomie poczucia własnej skuteczności, a tylko jedna osoba miała poziom niski. Połowa badanych odznaczała się wysokim poziomem poczucia własnej skuteczności. Szczegółowe dane zawiera Tabela 225.

Tabela 225. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – zakończenie terapii

POZIOM POCZUCIA SKUTECZNOŚCI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 27	%	N = 72	%
Bardzo niski	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Niski	1	2,22	0	0,00	1	1,39
Przeciętny	4	8,89	4	14,81	8	11,11
Wysoki	23	51,11	13	48,15	36	50,00
Bardzo wysoki	17	37,78	10	37,04	27	37,50

Analizując rozkład procentowy wyników w poszczególnych typach placówek należy stwierdzić, że jest on bardzo zbliżony. Znajduje to potwierdzenie w wynikach testu istotności różnic dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności, które zawiera Tabela 226.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach dla omawianej skali pomiędzy osobami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych (U=575,5; p>0,05), zatem nie ma podstaw by twierdzić, że grupy te różniły się od siebie poziomem poczucia własnej skuteczności.

Tabela 226. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 45		Placówki stacjonarne N = 27		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	37,21	1674,50	35,31	953,50	575,50	-0,37	n.i.

6.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych (t(70)=-3,56; p=0,001), w grupie osób z placówek stacjonarnych (t(26)=-2,17; p=0,039) oraz w grupie osób z placówek ambulatoryjnych (t(43)=-2,82; p=0,007). Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności badanych był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku. Szczegółowe dane zamieszczono w zawierają **Tabela 227**, **Tabela 228** oraz **Tabela 229**.

Tabela 227. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności

NAZWA SKALI	Początek terapii N = 71		Zakończenie terapii N = 71		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	60,76	9,60	64,70	9,46	-3,556	70	0,001

Tabela 228. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – placówki stacjonarne

NAZWA SKALI	Początek terapii N = 27		Zakończenie terapii N = 27		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	59,78	7,64	64,26	9,24	-2,173	26	0,039

Tabela 229. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – placówki ambulatoryjne

NAZWA SKALI	Początek terapii N = 44		Zakończenie terapii N = 44		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	61,36	10,67	64,98	9,69	-2,817	43	0,007

Podejmując próbę prognozowania o ukończeniu terapii na podstawie początkowych wyników na Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności stwierdzić należy, że nie ma istotnej

statystycznie różnicy pomiędzy osobami które ukończyły i tymi, które przerwały terapię (U=3367,5; p>0,05). Szczegółowe wyniki testu zawiera **Tabela 230**. Tym samym początkowy poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności nie ma znaczenia dla ukończenia terapii.

Tabela 230. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności na początku terapii a jej ukończenie

NAZWA SKALI	Ukończona terapia N = 71		Przerwana terapia N = 104		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	92,57	6572,50	84,88	8827,50	3367,50	-0,99	n.i.

6.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Rozkład wyników dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności zgromadzonych podczas trzeciego pomiaru był normalny. Średnia wynosiła prawie 66 punktów, podobnie jak mediana. Odchylenie standardowe utrzymywało się na podobnym poziomie jak przy poprzednich dwóch pomiarach. Szczegółowe dane zawiera Tabela 231.

Tabela 231. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 3. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	29	41	80	60[a]	66,0	65,59	10,32	-0,66	0,08	n.i.

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Patrząc na poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności wśród osób badanych ponownie można zauważyć przesunięcie rozkładu względem początku skali. Tylko jedna osoba uzyskała wynik świadczący o niskim poziomie poczucia własnej skuteczności, natomiast najliczniejszą grupą była ta z bardzo wysokim poziomem ogólnego poczucia własnej skuteczności. Szczegółowe dane zawiera Tabela 232.

Tabela 232. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – 3. pomiar

POZIOM POCZ. SKUT.	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	1	0	1	3,45	3,45
Przeciętny	1	1	2	6,90	10,34
Wysoki	8	4	12	41,38	51,72
Bardzo wysoki	9	5	14	48,28	100,00

6.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

W celu sprawdzenia, czy otrzymane w trakcie trzech pomiarów wyniki na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności różnią się od siebie wykonano test Friedmana. Jego rezultaty wykazały, że żaden z trzech wyników nie różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=3,08$; $p>0,05$. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 233**. Tym samym można stwierdzić, że poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności od rozpoczęcia terapii aż do pomiaru w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii nie uległ zmianie w przebadanej próbie. W związku z tym nie było potrzeby porównywania parami wyników z poszczególnych pomiarów.

Tabela 233. Wyniki testu Friedmana dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 3. pomiar

Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności N=27	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	62,26	11,41	1,74	3,08	2	n.i.
Zakończenie terapii	67,70	9,68	2,20			
Do 6. miesięcy po terapii	65,56	10,57	2,06			

Ostatnią z wykonywanych analiz była próba prognozowania o wzięciu udziału w trzecim pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że grupa osób, która wzięła udział w trzecim pomiarze kończąc terapię miała istotnie wyższy poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności niż grupa osób, które terapię ukończyły jednak nie wzięły udziału w trzecim pomiarze ($U=425,5$; $p=0,036$). Szczegółowe wyniki testu zawiera **Tabela 234**.

Tabela 234. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze

NAZWA SKALI	Udział w 3. pomiarze N = 27		Brak udziału w 3. pomiarze N = 45		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma Rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	43,17	1165,50	32,50	1462,50	427,50	-2,10	0,036

Porównano również wyniki początkowe na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w trzecim pomiarze. Tym razem jednak każde z tych dwóch porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowy poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności nie różnił się istotnie w wymienionych grupach osób.

6.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Rozkład wyników dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności zgromadzonych podczas czwartego pomiaru był lewoskośny, co oznacza, że większość przebadanych osób miała wysokie poczucie własnej skuteczności. Zarówno modalna jak i mediana były wyższe niż średnia. Względem poprzednich pomiarów znacznie wzrosło odchylenie standardowe, co wskazuje na duże zróżnicowanie wyników w przebadanej próbie (częściowo tłumaczy to również brak normalności rozkładu). Szczegółowe dane zawiera **Tabela 235**.

Tabela 235. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 4. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S-W istotność
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	18	28	80	80	67,50	66,28	14,03	-1,20	1,78	0,020

Patrząc na poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności wśród osób badanych to większość przebadanych osób uzyskała wysokie wyniki. Tylko dwie osoby uzyskały wynik nie większy niż wskazujący na przeciętny poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności. Najliczniejszą grupą była ta z bardzo wysokim poziomem ogólnego poczucia własnej skuteczności. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 236**.

Tabela 236. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – 4. pomiar

POZIOM POCZ. SKUT.	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	1	1	5,56	5,56
Niski	0	0	0	0,00	5,56
Przeciętny	1	0	1	5,56	11,11
Wysoki	6	1	7	38,89	50,00
Bardzo wysoki	6	3	9	50,00	100,00

6.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

W celu sprawdzenia, czy otrzymane w trakcie pierwszego, drugiego i czwartego pomiaru wyniki na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności różnią się od siebie wykonano test Friedmana. Jego rezultaty wykazały, że żaden z trzech wyników nie różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=1,20$; $p>0,05$. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 237**. Tym samym można stwierdzić, że poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności od rozpoczęcia terapii aż do pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii nie uległ zmianie w przebadanej próbie. W związku z tym nie było potrzeby porównywania parami wyników z poszczególnych pomiarów.

Tabela 237. Wyniki testu Friedmana dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 4. pomiar

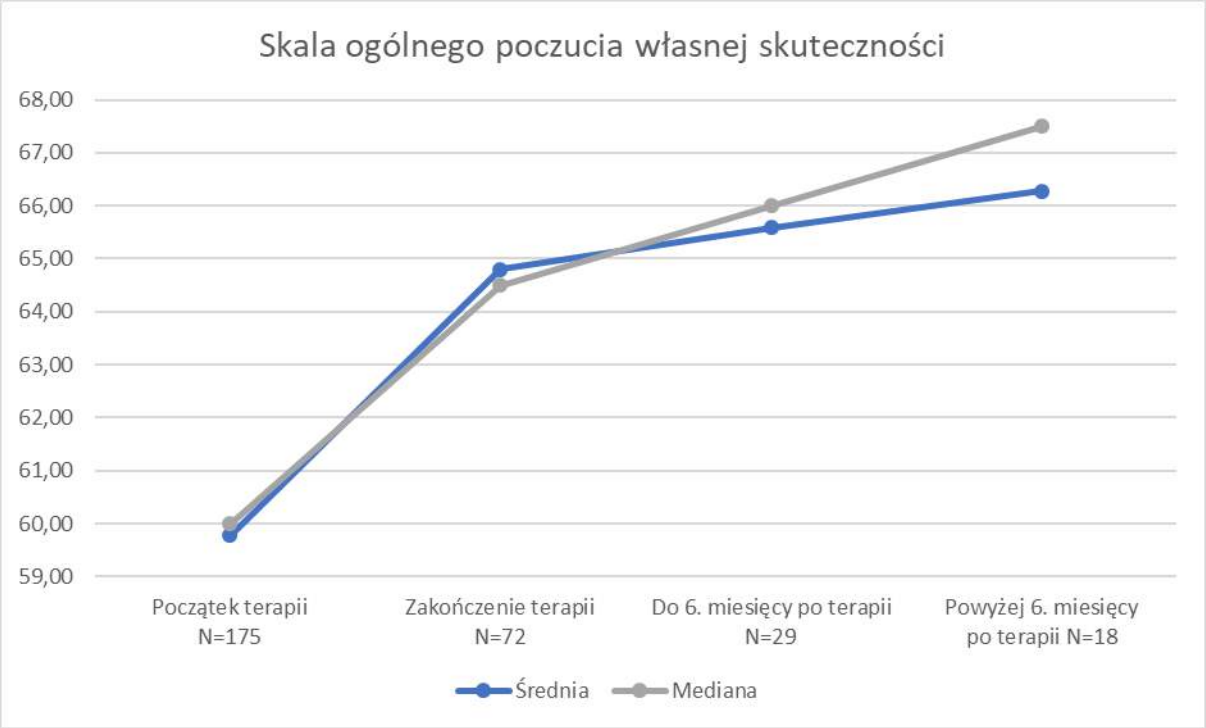
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności N=17	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	64,24	11,18	1,79	1,20	2	n.i.
Zakończenie terapii	66,00	12,38	2,06			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	66,29	14,46	2,15			

Sprawdzono również korelację wyników kolejnych pomiarów na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności. Rezultaty z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie $r_{12}=0,52$; $p<0,01$. Współczynnik korelacji pomiarów drugiego i trzeciego wynosił $r_{23}=0,46$; $p<0,05$. Natomiast dla pomiarów pierwszego i trzeciego $r_{13}=0,54$; $p<0,01$. Korelacje wyników czwartego pomiaru z poprzedzającymi pomiarami były nieistotne statystycznie.

W celu zobrazowania zmiany poziomu ogólnego poczucia własnej skuteczności w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 3**. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu ogólnego poczucia

własnej skuteczności, natomiast po jej zakończeniu nadal można zauważyć niewielką tendencję wzrostową. Należy jednak pamiętać, że są to dane dla dostępnej podczas konkretnego pomiaru próby.

Wykres 3 Zmiana poziomu ogólnego poczucia własnej skuteczności od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Ostatnią z wykonywanych analiz była próba prognozowania o wzięciu udziału w czwartym pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że wyniki grupy osób, która wzięła udział w czwartym pomiarze kończąc terapię nie różniły się istotnie od wyników osób, które terapię ukończyły jednak nie wzięły udziału w czwartym pomiarze ($U=404,5$; $p>0,05$). Oznacza to, że poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności w porównywanych grupach był podobny.

Porównano również wyniki początkowe na skali ogólnego poczucia własnej skuteczności osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w czwartym pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w czwartym pomiarze. Tym razem również każde z porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowy poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności nie różnił się istotnie w wymienionych grupach osób.

7. SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

7.1. Początek terapii

Wyniki na Skali wsparcia społecznego i wszystkich jej podskalach miały rozkład lewoskośny. Oznacza to, że większość badanych wykazywała wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Dla każdego z rodzajów wsparcia połowa badanych uzyskała wyniki powyżej średniej (mediana wyższa od średniej), natomiast tylko dla wsparcia wartościującego modalna była niższa niż średnia uzyskiwana wartość – we wszystkich pozostałych przypadkach wartość najczęściej występująca była wyższa od wartości średniej arytmetycznej. Dokładne informacje zawiera **Tabela 238**.

Tabela 238. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – początek terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala wsparcia społecznego	170	0	120	86[a]	85	79,80	25,88	-0,88	0,98	0,003
Podskala wsparcia Emocjonalnego	170	0	20	16	15	14,52	4,48	-1,10	1,21	0,000
Podskala wsparcia wartościującego	169	0	35	21[a]	25	23,88	7,82	-0,94	1,12	0,000
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	169	0	40	32	28	26,80	9,24	-0,87	0,63	0,000
Podskala wsparcia duchowego	169	0	25	16	16	14,99	6,38	-0,54	-0,27	0,000

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Dla wyniku ogólnego na Skali wsparcia społecznego najliczniejszą grupę osób stanowiły te z rezultatami wskazującymi na wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia (prawie 45% badanych). Sytuacja ta była niezależna od typu placówki – w ambulatoryjnych prawie 44% deklarowało wysoki poziom zadowolenia, a w stacjonarnych niespełna 46%. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 239**.

Tabela 239. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 83	%	N = 170	%
Bardzo niski	4	4,60	5	6,02	9	5,29
Niski	4	4,60	7	8,43	11	6,47
Przeciętny	15	17,24	19	22,89	34	20,00
Wysoki	38	43,68	38	45,78	76	44,71
Bardzo wysoki	26	29,89	14	16,87	40	23,53

Podobnie było w przypadku poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego. Ten rodzaj wsparcia u około 75% badanych można określić jako zadowalający w wysokim lub bardzo wysokim stopniu. Dokładne dane prezentuje Tabela 240.

Tabela 240. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 83	%	N = 170	%
Bardzo niski	4	4,60	4	4,82	8	4,71
Niski	3	3,45	8	9,64	11	6,47
Przeciętny	10	11,49	14	16,87	24	14,12
Wysoki	37	42,53	36	43,37	73	42,94
Bardzo wysoki	33	37,93	21	25,30	54	31,76

W przypadku podskali wsparcia wartościującego prawie 11% badanych uzyskało wynik świadczący o bardzo niskim lub niskim poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Warto zwrócić uwagę na fakt, że w placówkach ambulatoryjnych 50% badanych określiło swój poziom zadowolenia jako wysoki. Tabela 241 zawiera dokładne informacje o poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego na początku terapii.

Tabela 241. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 86	%	N = 83	%	N = 169	%
Bardzo niski	3	3,49	5	6,02	8	4,73
Niski	4	4,65	8	9,64	12	7,10
Przeciętny	12	13,95	23	27,71	35	20,71
Wysoki	43	50,00	31	37,35	74	43,79
Bardzo wysoki	24	27,91	16	19,28	40	23,67

Wyniki z podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego również wskazywały na wysoki lub bardzo wysoki poziom zadowolenia badanych z otrzymywanego wsparcia – była

to grupa ponad 66% ze wszystkich osób biorących udział w badaniach. Więcej informacji zawiera Tabela 242.

Tabela 242. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 86	%	N = 83	%	N = 169	%
Bardzo niski	3	3,49	6	7,23	9	5,33
Niski	4	4,65	10	12,05	14	8,28
Przeciętny	14	16,28	20	24,10	34	20,12
Wysoki	40	46,51	31	37,35	71	42,01
Bardzo wysoki	25	29,07	16	19,28	41	24,26

W porównaniu z pozostałymi rodzajami wsparcia najniższe wyniki osiągali badani na podskali wsparcia duchowego. Były one jednak nadal obiektywnie wysokie – prawie 54% badanych uzyskało wyniki świadczące o wysokim lub bardzo wysokim poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego. W placówkach ambulatoryjnych najliczniejsza była grupa określająca swój poziom wsparcia jako wysoki lub bardzo wysoki, a w placówkach stacjonarnych jako przeciętny lub wysoki. Dokładne informacje prezentuje Tabela 243.

Tabela 243. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 86	%	N = 83	%	N = 169	%
Bardzo niski	7	8,14	8	9,64	15	8,88
Niski	9	10,47	11	13,25	20	11,83
Przeciętny	16	18,60	27	32,53	43	25,44
Wysoki	36	41,86	26	31,33	62	36,69
Bardzo wysoki	18	20,93	11	13,25	29	17,16

Wskazane powyżej niektóre różnice pomiędzy wynikami osób z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych znajdują wyraźne odzwierciedlenie w testach istotności różnic pomiędzy tymi grupami. Na początku terapii osoby z placówek ambulatoryjnych uzyskiwały na Skali wsparcia społecznego i wszystkich jej podskalach wyniki istotnie wyższe niż osoby z placówek stacjonarnych. Dokładne wyniki testów zawiera Tabela 244. Patrząc na te dane można wysnuć wniosek, że rozpoczynając terapię osoby w placówkach ambulatoryjnych są bardziej zadowolone z otrzymywanego wsparcia społecznego (ogólnego jak również z poszczególnych jego rodzajów) niż osoby w placówkach stacjonarnych.

Tabela 244. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali wsparcia społecznego i jej podskal – początek terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 87		Placówki stacjonarne N = 83		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala wsparcia społecznego	95,13	8276,00	75,41	6259,00	2773,00	-2,61	0,009
Podskala wsparcia emocjonalnego	92,91	8083,00	77,73	6452,00	2966,00	-2,02	0,043
Podskala wsparcia wartościującego	95,31	8196,50	74,32	6168,50	2682,50	-2,79	0,005
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	94,25	8105,50	75,42	6259,50	2773,50	-2,51	0,012
Podskala wsparcia duchowego	93,14	8010,00	76,57	6355,00	2869,00	-2,21	0,027

7.2. Zakończenie terapii

Rozkład wartości dla Skali wsparcia społecznego i jej podskal pod koniec terapii był lewoskośny. Oznacza to, że większość badanych wskazywała na wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – zarówno ogólnego jak i jego poszczególnych rodzajów. Dla wyniku ogólnego i dla wyników podskal mediany i modalne są wyższe od wartości średnich arytmetycznych. Dodatkowo wartość występująca najczęściej dla Skali wsparcia społecznego i dla Podskali wsparcia emocjonalnego to jednocześnie maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania na danej skali. Szczegółowe informacje zawiera **Tabela 245**.

Tabela 245. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S -W istotność
Skala wsparcia społecznego	71	24	120	120	92	88,54	21,86	-0,73	0,51	0,005
Podskala wsparcia Emocjonalnego	71	4	20	20	16	15,49	3,77	-0,80	0,37	0,000
Podskala wsparcia wartościującego	71	7	35	28[a]	27	26,04	6,70	-0,79	0,39	0,001
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	71	8	40	32	31	30,06	7,79	-0,86	0,82	0,000
Podskala wsparcia duchowego	71	3	25	25	18	16,94	5,59	-0,58	-0,23	0,003

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Na zakończenie terapii ogólnie najliczniejszą grupę osób – podobnie jak na początku terapii – stanowili badani, których poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego był wysoki. W placówkach stacjonarnych było to prawie 62% osób. Natomiast w placówkach ambulatoryjnych najliczniejszą grupę (prawie 38%) stanowiły osoby mające bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 246**.

Tabela 246. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – zakończenie terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 26	%	N = 71	%
Bardzo niski	1	2,22	0	0,00	1	1,41
Niski	2	4,44	1	3,85	3	4,23
Przeciętny	10	22,22	2	7,69	12	16,90
Wysoki	15	33,33	16	61,54	31	43,66
Bardzo wysoki	17	37,78	7	26,92	24	33,80

Wysoki był również poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego. Na tej podskali wyniki wysokie lub bardzo wysokie uzyskało prawie 82% badanych. Tylko 5 osób z 71 udzieliło odpowiedzi wskazujących na bardzo niski lub niski poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego. Dokładne informacje zawiera Tabela 247.

Tabela 247. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – zakończenie terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 26	%	N = 71	%
Bardzo niski	1	2,22	0	0,00	1	1,41
Niski	3	6,67	1	3,85	4	5,63
Przeciętny	6	13,33	2	7,69	8	11,27
Wysoki	15	33,33	15	57,69	30	42,25
Bardzo wysoki	20	44,44	8	30,77	28	39,44

Bardzo podobnie było w przypadku wyników z podskali wsparcia wartościującego. Tutaj również najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wysokim lub bardzo wysokim poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego (ponad 76%). Warto zwrócić uwagę na fakt, że wysoki bądź bardzo wysoki poziom zadowolenia w placówkach ambulatoryjnych wykazywało około 71% badanych, natomiast w placówkach stacjonarnych było to prawie 85%. Szczegółowe dane zawiera Tabela 248.

Tabela 248. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – zakończenie terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 26	%	N = 71	%
Bardzo niski	1	2,22	0	0,00	1	1,41
Niski	3	6,67	1	3,85	4	5,63
Przeciętny	9	20,00	3	11,54	12	16,90
Wysoki	16	35,56	14	53,85	30	42,25
Bardzo wysoki	16	35,56	8	30,77	24	33,80

W przypadku podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego sytuacja była bardzo podobna do wcześniej omówionych podskal. Ponownie najliczniejszą grupę stanowili badani, u których stwierdzono wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego. Ogólnie było to prawie 48%, w placówkach ambulatoryjnych ponad 42%, a w stacjonarnych prawie 58%. Szczegółowe dane prezentuje Tabela 249.

Tabela 249. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – zakończenie terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 26	%	N = 71	%
Bardzo niski	1	2,22	1	3,85	2	2,82
Niski	2	4,44	0	0,00	2	2,82
Przeciętny	9	20,00	2	7,69	11	15,49
Wysoki	19	42,22	15	57,69	34	47,89
Bardzo wysoki	14	31,11	8	30,77	22	30,99

Spośród podskal Skali wsparcia społecznego najniższe wyniki uzyskano na podskali wsparcia duchowego. Prawie 17% badanych to osoby, które miały bardzo niski lub niski poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego. Prawie 20% miało przeciętny poziom zadowolenia. Można również dostrzec różnice pomiędzy placówkami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi. W tych pierwszych osób z przynajmniej wysokim poziomem zadowolenia było prawie 58%, natomiast w placówkach stacjonarnych było to 73%. Szczegółowe dane zawiera Tabela 250.

Tabela 250. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – zakończenie terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 26	%	N = 71	%
Bardzo niski	2	4,44	0	0,00	2	2,82
Niski	7	15,56	3	11,54	10	14,08
Przeciętny	10	22,22	4	15,38	14	19,72
Wysoki	15	33,33	13	50,00	28	39,44
Bardzo wysoki	11	24,44	6	23,08	17	23,94

Wskazane powyżej niektóre różnice pomiędzy wynikami osób z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie znajdują jednak odzwierciedlenia w testach istotności różnic pomiędzy tymi grupami. Kończąc terapię osoby z placówek ambulatoryjnych nie różniły się w sposób istotny statystycznie poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – zarówno ogólnego jak i poszczególnych jego rodzajów – od osób w placówkach stacjonarnych. Dokładne wyniki testów zawiera **Tabela 251**. Patrząc na te dane można wysnuć wniosek, że kończąc terapię osoby w placówkach ambulatoryjnych są tak samo zadowolone z otrzymywanego wsparcia społecznego jak osoby w placówkach stacjonarnych.

Tabela 251. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali wsparcia społecznego i jej podskal – zakończenie terapii

NAZWA SKALI	Placówki ambulatoryjne N = 45		Placówki stacjonarne N = 26		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala wsparcia społecznego	35,36	1591,00	37,12	965,00	556,00	-0,35	n.i.
Podskala wsparcia emocjonalnego	36,08	1623,50	35,87	932,50	581,50	-0,04	n.i.
Podskala wsparcia wartościującego	35,59	1601,50	36,71	954,50	566,50	-0,22	n.i.
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	34,53	1554,00	38,54	1002,00	519,00	-0,79	n.i.
Podskala wsparcia duchowego	35,01	1575,50	37,71	980,50	540,50	-0,53	n.i.

7.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Biorąc pod uwagę zmianę w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego pomiędzy pomiarem początkowym, a tym na zakończenie terapii, należy stwierdzić, że wystąpiła istotna statystycznie zmiana pomiędzy wynikami ogólnymi. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego na początku terapii było istotnie niższy niż w chwili, gdy badany kończył terapię (Z=-2,62; p=0,009). Szczegółowe informacje zawiera **Tabela 252**.

Tabela 252. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali wsparcia społecznego

Skala wsparcia społecznego		N = 69	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	23	28,20	648,50	-2,619	0,009
	Dodatnie rangi	41	34,91	1431,50		
	Wiązania	5	-	-		

Zależność ta dotyczyła zarówno wyniku dla wszystkich placówek łącznie jak również dla placówek stacjonarnych (t(25)=-2,16; p=0,041). Dokładne informacje zawiera **Tabela 253**.

Tabela 253. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali wsparcia społecznego – placówki stacjonarne

NAZWA SKALI	Początek terapii N = 26		Zakończenie terapii N = 26		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala wsparcia społecznego	82,04	19,58	90,62	17,27	-2,157	25	0,041

Natomiast na podstawie zgromadzonych danych z placówek ambulatoryjnych nie można stwierdzić, że poziomy zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego na początku i na końcu terapii różniły się od siebie (Z=-1,92; p>0,05). Nie nastąpiła istotna statystycznie zmiana w poziomie zadowolenia. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 254**.

Tabela 254. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali wsparcia społecznego – placówki ambulatoryjne

Skala wsparcia społecznego		N = 43	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	13	18,35	238,50	-1,916	n.i.
	Dodatnie rangi	25	20,10	502,50		
	Wiązania	5	-	-		

Dla podskali wsparcia emocjonalnego nie nastąpiła istotna statystycznie zmiana pomiędzy wynikami z początku i końca terapii. Sytuacja taka dotyczy zarówno analiz dla wszystkich badanych (Z=-1,86; p>0,05) jak również tych z placówek stacjonarnych (t(25)=-1,26; p>0,05) czy ambulatoryjnych (Z=-1,50; p>0,05). Dokładne wyniki testów zawierają **Tabela 255**, **Tabela 256** oraz **Tabela 257**. Należy zatem stwierdzić, że od początku terapii nie nastąpiła istotna statystycznie zmiana w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego u osób kończących terapię.

Tabela 255. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia emocjonalnego

Podskala wsparcia emocjonalnego		N = 69	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	18	27,00	486,00	-1,856	n.i.
	Dodatnie rangi	34	26,24	892,00		
	Wiązania	17	-	-		

Tabela 256. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali wsparcia emocjonalnego – placówki stacjonarne

NAZWA SKALI	Początek terapii N = 26		Zakończenie terapii N = 26		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala wsparcia emocjonalnego	14,73	3,69	15,65	3,19	-1,262	25	n.i.

Tabela 257. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia emocjonalnego – placówki ambulatoryjne

Podskala wsparcia emocjonalnego		N = 43	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	11	16,73	184,00	-1,503	n.i.
	Dodatnie rangi	21	16,38	344,00		
	Wiązania	11	-	-		

Na podskali wsparcia wartościującego stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych (Z=-2,69; p=0,007) oraz w grupie osób z placówek stacjonarnych (t(25)=-2,64; p=0,014). Poziom zadowolenia badanych z otrzymywanego wsparcia wartościującego był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku. Szczegółowe dane zawierają **Tabela 258** oraz **Tabela 259**.

Tabela 258. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia wartościującego

Podskala wsparcia wartościującego		N = 69	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	16	29,28	468,50	-2,692	0,007
	Dodatnie rangi	40	28,19	1127,50		
	Wiązania	13	-	-		

Tabela 259. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali wsparcia wartościującego – placówki stacjonarne

NAZWA SKALI	Początek terapii N = 26		Zakończenie terapii N = 26		t	df	Istotność
	M	SD	M	SD			
Skala wsparcia wartościującego	23,69	6,18	26,54	5,70	-2,644	25	0,014

Natomiast w placówkach ambulatoryjnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego (Z=-1,45; p>0,05).

Oznacza to, że wyniki na podskali wsparcia wartościującego z początku i końca terapii nie różniły się od siebie. Rezultaty testu prezentuje **Tabela 260**.

Tabela 260. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia wartościującego – placówki ambulatoryjne

Podskala wsparcia wartościującego		N = 43	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	10	21,30	213,00	-1,447	n.i.
	Dodatnie rangi	24	15,92	382,00		
	Wiązania	9	-	-		

Na podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego nie nastąpiła istotna statystycznie zmiana pomiędzy wynikami z początku i końca terapii. Sytuacja taka dotyczy zarówno wyników wszystkich badanych (Z=-1,46; p>0,05) jak również tych z placówek stacjonarnych (Z=-1,36; p>0,05) czy ambulatoryjnych (Z=-0,79; p>0,05). Dokładne wyniki testów zawierają Tabela 261, Tabela 262 oraz

Tabela **263**. Należy zatem stwierdzić, że od początku terapii nie nastąpiła istotna statystycznie zmiana w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego u osób kończących terapię.

Tabela 261. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego

Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego		N = 69	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	21	25,19	529,00	-1,458	n.i.
	Dodatnie rangi	31	27,39	849,00		
	Wiązania	17	-	-		

Tabela 262. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – placówki stacjonarne

Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego		N = 26	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	9	8,50	76,50	-1,357	n.i.
	Dodatnie rangi	12	12,88	154,50		
	Wiązania	5	-	-		

Tabela 263. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – placówki ambulatoryjne

Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego		N = 43	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	12	17,33	208,00	-0,785	n.i.
	Dodatnie rangi	19	15,16	288,00		
	Wiązania	12	-	-		

Na podskali wsparcia duchowego – podobnie jak na podskali wsparcia wartościującego – stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy wynikami z początku i końca terapii dla wszystkich badanych (Z=-2,28; p=0,023) oraz w grupie osób z placówek stacjonarnych (Z=-2,07; p=0,038). Poziom zadowolenia badanych z otrzymywanego wsparcia duchowego był istotnie wyższy w momencie kończenia terapii niż na jej początku. Szczegółowe dane zawierają **Tabela 264** oraz **Tabela 265**.

Tabela 264. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia duchowego

Podskala wsparcia duchowego		N = 69	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	18	30,03	540,50	-2,277	0,023
	Dodatnie rangi	39	28,53	1112,50		
	Wiązania	12	-	-		

Tabela 265. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia duchowego – placówki stacjonarne

Podskala wsparcia duchowego		N = 26	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	6	11,67	70,00	-2,073	0,038
	Dodatnie rangi	17	12,12	206,00		
	Wiązania	3	-	-		

Natomiast w placówkach ambulatoryjnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zmiany pomiędzy początkiem a końcem terapii w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego (Z=-1,29; p>0,05). Wyniki testu prezentuje **Tabela 266**.

Tabela 266. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia duchowego – placówki ambulatoryjne

Podskala wsparcia duchowego		N = 43	Średnia ranga	Suma rang	Z	Istotność
Zakończenie terapii – Początek terapii	Ujemne rangi	12	18,50	222,00	-1,293	n.i.
	Dodatnie rangi	22	16,95	373,00		
	Wiązania	9	-	-		

Podsumowując zamieszczone powyżej wyniki dla Skali wsparcia społecznego i jej podskal warto zauważyć, że istotne statystycznie zmiany w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego nastąpiły przede wszystkim w placówkach stacjonarnych. Dotyczy to Skali wsparcia społecznego, podskali wsparcia wartościującego oraz podskali wsparcia duchowego.

Podejmując próbę prognozowania o ukończeniu terapii na podstawie początkowych wyników na Skali wsparcia społecznego i jej podskalach stwierdzić należy, że w większości

przypadków nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami które ukończyły i tymi, które przerwały terapię. Szczegółowe wyniki testów dla poszczególnych podskal zawiera Tabela 267. Wyjątek stanowi podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego. Osoby, które ukończyły terapię miały na jej początku istotnie wyższy poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego niż osoby, które terapii nie ukończyły (U=2789,0; p=0,031).

Tabela 267. Poziom otrzymywanego wsparcia społecznego na początku terapii a jej ukończenie

NAZWA SKALI	Ukończona terapia N = 70		Przerwana terapia N = 100		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala wsparcia społecznego	91,99	6439,50	80,96	8095,50	3045,50	-1,44	n.i.
Podskala wsparcia emocjonalnego	86,73	6071,00	84,64	8464,00	3414,00	-0,27	n.i.
Podskala wsparcia wartościującego	87,36	6115,00	83,33	8250,00	3300,00	-0,53	n.i.
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	94,66	6626,00	78,17	7739,00	2789,00	-2,16	0,031
Podskala wsparcia duchowego	89,94	6295,50	81,51	8069,50	3119,50	-1,10	n.i.

7.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Podczas pomiaru w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii rozkład wyników dla skali wsparcia społecznego i jej podskal był lewoskośny. W większości badani wykazywali wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Dla wyniku ogólnego oraz wyników na każdej z podskal mediana i modalna są wyższe od wartości średniej arytmetycznej. Co więcej – modalna jest jednocześnie maksymalną możliwą do uzyskania liczbą punktów. Szczegółowe dane o statystykach opisowych dla wyników uzyskanych podczas trzeciego pomiaru na skali wsparcia społecznego zawiera Tabela 268.

Tabela 268. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – 3. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S -W istotność
Skala wsparcia społecznego	29	21	120	120	94	92,24	24,74	-0,85	0,85	0,021
Podskala wsparcia Emocjonalnego	29	4	20	20	16	15,93	3,96	-1,00	1,24	0,004
Podskala wsparcia wartościującego	29	8	35	35	28	27,62	6,89	-0,90	0,94	0,006
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	29	7	40	40	32	30,79	9,32	-1,09	0,83	0,002
Podskala wsparcia duchowego	29	2	25	25	18	17,90	6,03	-0,68	0,29	0,018

Patrząc na poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego tylko jedna osoba uzyskała wynik bardzo niski. Wszyscy pozostali badani uzyskali rezultaty świadczące o przynajmniej przeciętnym poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Szczegółowe dane zawiera Tabela 269. Ze względu na małą liczebność próby zrezygnowano z prezentacji danych procentowych dla typu placówki.

Tabela 269. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – 3. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	1	1	3,45	3,45
Niski	0	0	0	0,00	3,45
Przeciętny	4	1	5	17,24	20,69
Wysoki	5	6	11	37,93	58,62
Bardzo wysoki	10	2	12	41,38	100,00

Wyniki na podskali wsparcia emocjonalnego podczas trzeciego pomiaru prezentowały się bardzo podobnie jak w przypadku wyniku ogólnego dla skali wsparcia społecznego – wszyscy badani z wyjątkiem jednej osoby wykazywali przynajmniej przeciętny poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Dokładne dane prezentuje Tabela 270.

Tabela 270. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – 3. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	1	1	3,45	3,45
Niski	0	0	0	0,00	3,45
Przeciętny	4	1	5	17,24	20,69
Wysoki	5	5	10	34,48	55,17
Bardzo wysoki	10	3	13	44,83	100,00

W przypadku wsparcia wartościującego wyniki otrzymane podczas trzeciego pomiaru były już nieco niższe niż te dla całej skali jak i podskali wsparcia emocjonalnego, jednak nadal obiektywnie wysokie. Niecałe 7% badanych wykazało niski poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego, tym samym 93% uzyskało wynik świadczący o przynajmniej przeciętnym poziomie zadowolenia. Dokładne dane zawiera Tabela 271.

Tabela 271. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – 3. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	1	1	2	6,90	6,90
Przeciętny	3	0	3	10,34	17,24
Wysoki	5	7	12	41,38	58,62
Bardzo wysoki	10	2	12	41,38	100,00

Na podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – podobnie jak w przypadku podskali wsparcia wartościującego – 93% badanych uzyskało wyniki świadczące o przynajmniej przeciętnym poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Jednak co ciekawe pozostałe dwie osoby wykazały bardzo niski poziom wsparcia. Dokładne dane zawiera Tabela 272.

Tabela 272. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 3. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	2	2	6,90	6,90
Niski	0	0	0	0,00	6,90
Przeciętny	6	0	6	20,69	27,59
Wysoki	4	5	9	31,03	58,62
Bardzo wysoki	9	3	12	41,38	100,00

Podobnie jak przy poprzednich pomiarach z użyciem skali wsparcia społecznego najniższe wyniki odnotowano na podskali wsparcia duchowego. Podczas trzeciego pomiaru ponad 17% osób uzyskało wyniki świadczące o bardzo niskim lub niskim poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zadowolone w stopniu wysokim. Szczegółowe dane prezentuje Tabela 273.

Tabela 273. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – 3. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 19	Placówki stacjonarne N = 10	Ogółem		
			N = 29	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	1	1	3,45	3,45
Niski	2	2	4	13,79	17,24
Przeciętny	3	0	3	10,34	27,59
Wysoki	8	5	13	44,83	72,41
Bardzo wysoki	6	2	8	27,59	100,00

7.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

W celu sprawdzenia, czy otrzymane w trakcie trzech pomiarów wyniki ogólne na skali wsparcia społecznego różnią się od siebie wykonano test Friedmana. Jego rezultaty wykazały, że przynajmniej jeden z trzech wyników różni się istotnie od pozostałych, $X^2(2)=8,61$; p=0,013. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 274**.

Tabela 274. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia społecznego – 3. pomiar

Skala wsparcia społecznego N=26	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	80,27	22,90	1,56	8,61	2	0,013
Zakończenie terapii	90,27	22,56	2,29			
Do 6. miesięcy po terapii	91,81	26,05	2,15			

Aby zidentyfikować, które pomiary różnią się od siebie, wykonano parami test znaków rangowanych Wilcoxona, którego końcowe rezultaty zawiera **Tabela 275**. Na ich podstawie można stwierdzić, że różniły się od siebie wyniki pomiaru pierwszego i drugiego (początek i koniec terapii; Z=-2,60; p=0,009) oraz pomiaru pierwszego i trzeciego (Z=-3,11; p=0,002). Tym samym poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego na początku terapii był istotnie niższy od poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego zarówno na zakończenie terapii jak i podczas pomiaru w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Natomiast wyniki z pomiaru drugiego i trzeciego nie różniły się w sposób istotny statystycznie (Z=-0,08; p>0,05).

Tabela 275. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia społecznego, 3. pomiar

Skala wsparcia społecznego	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,009	-
Do 6. miesięcy po terapii	0,002	0,935

Biorąc pod uwagę wszystkie trzy pomiary dla podskali wsparcia emocjonalnego uzyskano wynik wskazujący na to, że nie ma istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kolejnymi pomiarami ($\chi^2(2)=5,48$; p>0,05). Dokładne wyniki testu zawiera Tabela 276.

Tabela 276. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia emocjonalnego – 3. pomiar

Skala wsparcia emocjonalnego N=26	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	14,96	3,33	1,73	5,48	2	0,065
Zakończenie terapii	15,92	3,76	2,29			
Do 6. miesięcy po terapii	15,81	4,15	1,98			

Ponieważ jednak był to wynik na granicy istotności (Z=-1,77; p=0,065) sprawdzono również parami różnice pomiędzy kolejnymi pomiarami. Końcowe rezultaty zawiera Tabela 277. Wszystkie trzy porównania okazały się nieistotne statystycznie, jednak różnica pomiędzy poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego na początku terapii, a tym zmierzonym na jej zakończenie miała tendencję do istotności. Oznacza to, że mógł nastąpić istotny wzrost poziomu zadowolenia, jednak jakość i ilość zgromadzonych danych nie pozwalają na udzielenie jednoznacznej odpowiedzi.

Tabela 277. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia emocjonalnego, 3. pomiar

Skala wsparcia emocjonalnego	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,076	-
Do 6. miesięcy po terapii	0,107	0,983

Biorąc pod uwagę wyniki dla podskali wsparcia wartościującego można stwierdzić, że przynajmniej jeden z trzech pomiarów różni się istotnie statystycznie od pozostałych ($\chi^2(2)=18,23$; $p<0,0001$). Dokładne dane zawiera **Tabela 278**.

Tabela 278. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia wartościującego – 3. pomiar

Skala wsparcia wartościującego N=26	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	24,15	6,76	1,38	18,23	2	0,000
Zakończenie terapii	26,88	6,44	2,40			
Do 6. miesięcy po terapii	27,62	7,26	2,21			

Porównując parami kolejne pomiary na podskali wsparcia wartościującego, co prezentuje **Tabela 279**, wyłania się taki sam wniosek, jak w przypadku ogólnego wyniku dla skali wsparcia społecznego – istotna statystycznie różnica jest pomiędzy pomiarem pierwszym i drugim (Z=-2,40; p=0,016) oraz pierwszym i trzecim (Z=-3,22; p=0,001). Pomiar drugi i trzeci nie różnią się między sobą (Z=-0,017; p>0,05), co oznacza, że po zakończeniu terapii nie nastąpiła istotna zmiana w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego.

Tabela 279. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia wartościującego, 3. pomiar

Skala wsparcia wartościującego	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,016	-
Do 6. miesięcy po terapii	0,001	0,986

Dla kolejnej analizowanej podskali – wsparcia informacyjno-instrumentalnego, aby porównać trzy pomiary w pierwszej kolejności wykonano test istotności różnic pomiędzy wynikami. Rezultaty testu zawiera Tabela 280. Na ich podstawie można stwierdzić, że wyniki przynajmniej jednego z pomiarów różnią się w sposób istotny statystycznie od pozostałych ($\chi^2(2)=10,51$; $p=0,005$).

Tabela 280. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 3. pomiar

Skala wsparcia informacyjno-instrumentalnego N=26	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	27,23	8,01	1,54	10,51	2	0,005
Zakończenie terapii	31,00	7,79	2,27			
Do 6. miesięcy po terapii	30,65	9,79	2,19			

Aby zidentyfikować, które pomiary różniły się od siebie, wykonano parami test znaków rangowanych Wilcoxona, którego końcowe rezultaty zawiera **Tabela 281**. Na ich podstawie można stwierdzić, że różniły się od siebie wyniki pomiaru pierwszego i drugiego (początek i koniec terapii; $Z=-2,06$; $p=0,040$) oraz pomiaru pierwszego i trzeciego ($Z=-2,45$; $p=0,014$). Tym samym poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego na początku terapii był istotnie niższy od poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego zarówno na zakończenie terapii jak i podczas pomiaru w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Natomiast wyniki z pomiaru drugiego i trzeciego nie różniły się w sposób istotny statystycznie ($Z=-0,08$; $p>0,05$).

Tabela 281. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia informacyjno-instrumentalnego, 3. pomiar

Skala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,040	-
Do 6. miesięcy po terapii	0,014	0,936

Ostatnią z omawianych podskal Skali wsparcia społecznego jest podskala wsparcia duchowego. Analizując zmienność wyników pomiędzy kolejnymi pomiarami na podstawie testu

Friedmana, którego rezultaty zawiera Tabela 282, można stwierdzić, że przynajmniej jeden z pomiarów odbiega istotnie od pozostałych ($\chi^2(2)=8,36$; p=0,015).

Tabela 282. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia duchowego – 3. pomiar

Skala wsparcia duchowego N=26	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	13,92	6,31	1,58	8,36	2	0,015
Zakończenie terapii	16,46	5,99	2,15			
Do 6. miesięcy po terapii	17,73	6,35	2,27			

Porównując parami kolejne pomiary (Tabela 283) można stwierdzić, że istotna statystycznie różnica jest tylko pomiędzy pomiarem pierwszym, a trzecim (Z=-2,84; p=0,004). Oznacza to, że poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii był istotnie wyższy niż w momencie jej rozpoczynania. Różnica pomiędzy początkiem, a zakończeniem terapii nie jest istotna statystycznie (Z=-1,89; p>0,05), chociaż ma tendencję do istotności (p=0,059). Natomiast – podobnie jak przy pozostałych podskalach wsparcia społecznego – nie ma istotnej różnicy pomiędzy wynikami pomiaru drugiego i trzeciego pod względem poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego (Z=-0,64; p>0,05).

Tabela 283. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia duchowego, 3. pomiar

Skala wsparcia duchowego	Początek terapii	Zakończenie terapii
Zakończenie terapii	0,059	-
Do 6. miesięcy po terapii	0,004	0,525

Ostatnią z wykonywanych analiz była próba prognozowania o wzięciu udziału w trzecim pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali wsparcia społecznego i jej podskalach pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że pod względem poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i jego poszczególnych rodzajów nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, które wzięły udział w trzecim pomiarze, a tymi, które się tego nie podjęły. Szczegółowe wyniki testów zawiera Tabela 284.

Tabela 284. Poziom otrzymywanego wsparcia społecznego pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze

NAZWA SKALI	Udział w 3. pomiarze N = 27		Brak udziału w 3. pomiarze N = 44		U M-W	Z	Istotność
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia ranga	Suma rang			
Skala wsparcia społecznego	36,22	978,00	35,86	1578,00	588,00	-0,07	n.i.
Podskala wsparcia emocjonalnego	37,48	1012,00	35,09	1544,00	554,00	-0,48	n.i.
Podskala wsparcia wartościującego	37,26	1006,00	35,23	1550,00	560,00	-0,40	n.i.
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	37,07	1001,00	35,34	1555,00	565,00	-0,35	n.i.
Podskala wsparcia duchowego	33,07	893,00	37,80	1663,00	515,00	-0,94	n.i.

Porównano również wyniki początkowe na skali wsparcia społecznego i jej poszczególnych podskalach osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w trzecim pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w trzecim pomiarze. Każde z tych dwóch porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowy poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i jego poszczególnych rodzajów nie różnił się istotnie w wymienionych grupach osób.

7.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii rozkład wyników dla skali wsparcia społecznego i większości jej podskal był lewoskośny. Wyjątek stanowił tylko rozkład wyników z podskali wsparcia wartościującego, co do którego nie ma podstawy, by odrzucić hipotezę o normalności tego rozkładu. W większości badani wykazywali wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Dla wyniku ogólnego oraz wyników z większości podskal mediana i modalna są wyższe od wartości średniej arytmetycznej. Modalna wyników z podskali wsparcia emocjonalnego oraz informacyjno-instrumentalnego jest jednocześnie maksymalną możliwą do uzyskania liczbą punktów. Szczegółowe dane o statystykach opisowych dla wyników uzyskanych podczas czwartego pomiaru na skali wsparcia społecznego zawiera Tabela 285.

Tabela 285. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – 4. pomiar

NAZWA SKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	S -W istotność
Skala wsparcia społecznego	18	36	120	96[a]	97,5	94,44	23,35	-1,28	1,31	0,019
Podskala wsparcia Emocjonalnego	18	9	20	20	16,5	16,33	3,51	-0,74	-0,32	0,040
Podskala wsparcia wartościującego	18	14	35	28[a]	28,0	28,22	6,14	-0,94	0,46	n.i.
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	18	12	40	40	33,5	32,33	8,49	-1,27	1,04	0,006
Podskala wsparcia duchowego	18	1	25	20[a]	20,0	17,56	6,95	-1,02	0,54	0,043

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Patrząc na poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego nikt nie uzyskał wyniku bardzo niskiego, a tylko jedna osoba uzyskała wynik niski. Wszyscy pozostali badani uzyskali rezultaty świadczące o przynajmniej przeciętnym poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Szczegółowe dane zawiera Tabela 286. Ze względu na małą liczebność próby zrezygnowano z prezentacji danych procentowych dla typu placówki.

Tabela 286. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – 4. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	0	1	1	5,56	5,56
Przeciętny	2	0	2	11,11	16,67
Wysoki	3	2	5	27,78	44,44
Bardzo wysoki	8	2	10	55,56	100,00

Patrząc na wyniki z podskali wsparcia emocjonalnego podczas czwartego pomiaru należy stwierdzić, że wszyscy badani wykazywali przynajmniej przeciętny poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Dokładne dane prezentuje Tabela 287.

Tabela 287. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – 4. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	0	0	0	0,00	0,00
Przeciętny	2	1	3	16,67	16,67
Wysoki	4	2	6	33,33	50,00
Bardzo wysoki	7	2	9	50,00	100,00

W przypadku wsparcia wartościującego wyniki otrzymane podczas czwartego pomiaru były bardzo zbliżone do wyników z podskali wsparcia emocjonalnego. Ponad 83% badanych wykazało wysoki bądź bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego. Dokładne dane zawiera Tabela 288.

Tabela 288. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – 4. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	0	1	1	5,56	5,56
Przeciętny	2	0	2	11,11	16,67
Wysoki	5	2	7	38,89	55,56
Bardzo wysoki	6	2	8	44,44	100,00

Na podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego badani uzyskali podobne – bardzo wysokie wyniki. Prawie 89% badanych uzyskało wyniki świadczące o przynajmniej przeciętnym poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Żadna z badanych osób nie wykazała bardzo niskiego poziomu wsparcia. Dokładne dane zawiera Tabela 289.

Tabela 289. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 4. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	0	0	0,00	0,00
Niski	1	1	2	11,11	11,11
Przeciętny	1	0	1	5,56	16,67
Wysoki	4	2	6	33,33	50,00
Bardzo wysoki	7	2	9	50,00	100,00

Podobnie jak przy poprzednich pomiarach z użyciem skali wsparcia społecznego najniższe wyniki odnotowano na podskali wsparcia duchowego. Podczas czwartego pomiaru prawie 17% osób uzyskało wyniki świadczące o bardzo niskim lub niskim poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego. Mimo tego najliczniejszą grupę nadal stanowiły osoby zadowolone w stopniu wysokim lub bardzo wysokim. Szczegółowe dane prezentuje Tabela 290.

Tabela 290. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – 4. pomiar

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne N = 13	Placówki stacjonarne N = 5	Ogółem		
			N = 18	%	% skumulowany
Bardzo niski	0	1	1	5,56	5,56
Niski	2	0	2	11,11	16,67
Przeciętny	3	0	3	16,67	33,34
Wysoki	4	2	6	33,33	66,67
Bardzo wysoki	4	2	6	33,33	100,00

7.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

W celu sprawdzenia, czy otrzymane po czwartym pomiarze wyniki ogólne na skali wsparcia społecznego różnią się od wyników z pierwszych dwóch pomiarów wykonano test Friedmana. Jego rezultaty wykazały, że nie ma podstaw, by twierdzić, że któryś z wyników odbiega znacząca od pozostałych, $X^2(2)=1,97$; $p>0,05$. Oznacza to, że na każdym z trzech pomiarów poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego u przebadanych osób był podobny. Szczegółowe dane zawiera **Tabela 291**.

Tabela 291. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia społecznego – 4. pomiar

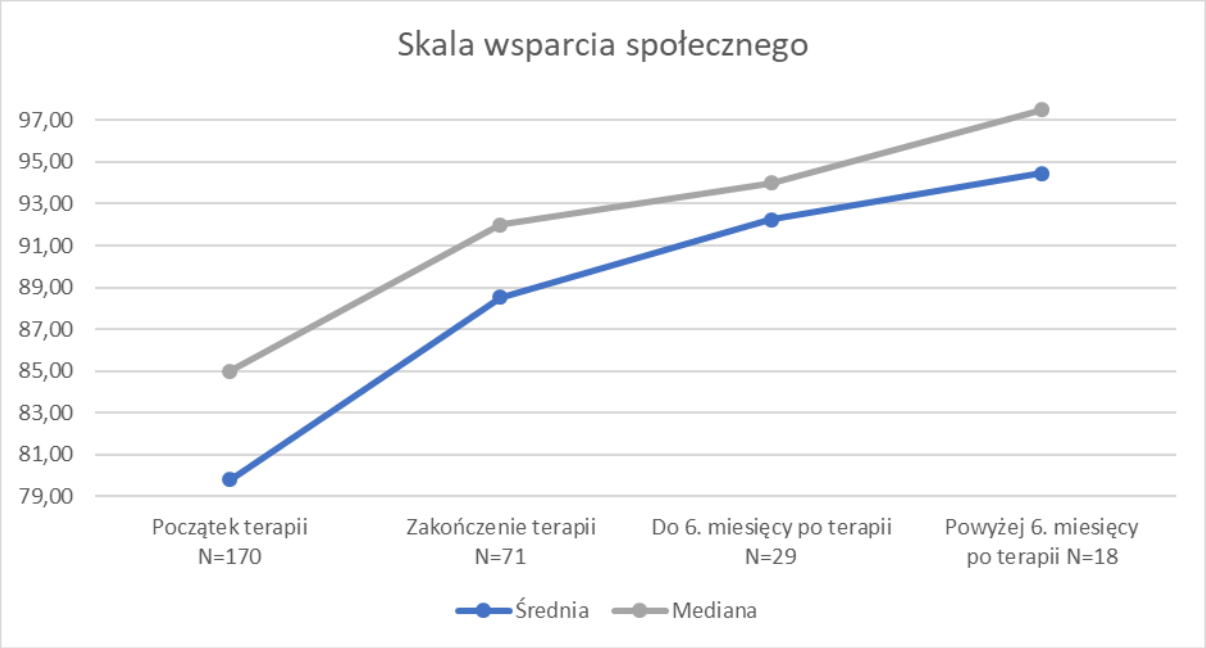
Skala wsparcia społecznego N=16	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	86,31	18,65	1,72	1,97	2	n.i.
Zakończenie terapii	91,63	24,97	2,16			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	94,19	24,85	2,13			

Dodatkowo sprawdzono również korelację wyników na skali wsparcia społecznego podczas kolejnych pomiarów. Wyniki z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie $r_{12}=0,54$; $p<0,01$. Współczynnik korelacji pomiarów drugiego i trzeciego wyszedł nieistotny statystycznie, co może być wynikiem niewielkiej zmienności wyników pomiędzy kolejnymi pomiarami. Natomiast dla pomiarów pierwszego i trzeciego $r_{13}=0,58$; $p<0,01$. Współczynnik korelacji wyników z trzeciego i czwartego pomiaru wynosił $r_{34}=0,71$, $p<0,01$. Korelacje wyników czwartego pomiaru z wynikami pomiaru pierwszego i drugiego były nie istotne statystycznie

W celu zobrazowania zmiany poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 4**. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu

zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, natomiast po jej zakończeniu widoczna jest słaba, ale jednak nadal wzrostowa tendencja.

Wykres 4 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Biorąc pod uwagę pierwszy, drugi i czwarty pomiar dla podskali wsparcia emocjonalnego uzyskano wynik wskazujący na to, że nie ma istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kolejnymi pomiarami ($\chi^2(2)=4,57$; $p>0,05$). Oznacza to, że poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego u przebadanych osób był podobny podczas wymienionych trzech pomiarów. Dokładne wyniki testu zawiera **Tabela 292**.

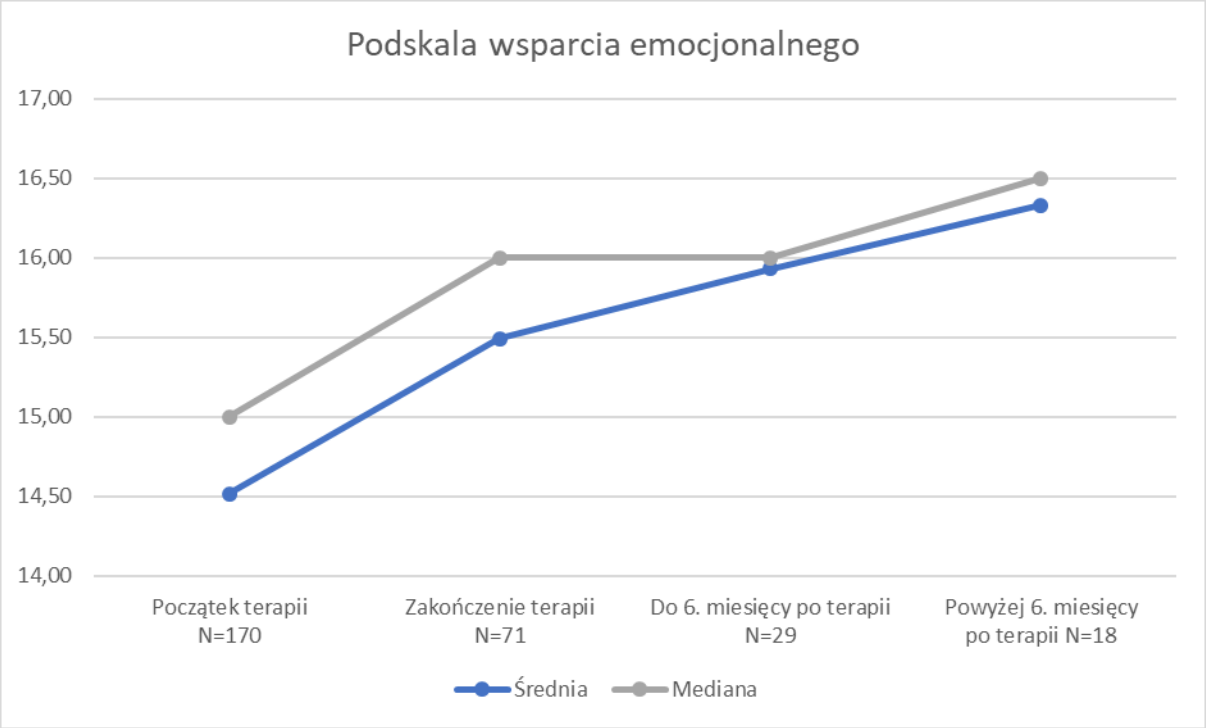
Tabela 292. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia emocjonalnego – 4. pomiar

Skala wsparcia emocjonalnego N=16	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	15,94	2,91	1,66	4,57	2	n.i.
Zakończenie terapii	16,56	4,13	2,34			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	16,44	3,72	2,00			

Wyniki na podskali wsparcia emocjonalnego z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie $r_{12}=0,49$; $p<0,01$. Pomiędzy wynikami z końca terapii i otrzymanymi do 6. miesięcy po zakończeniu terapii nie stwierdzono istotnej korelacji (mogło być to wywołane małą zmiennością wyników). Natomiast współczynnik korelacji wyników z pierwszego i trzeciego pomiaru $r_{13}=0,54$; $p<0,01$. Wyniki na skali wsparcia emocjonalnego z czwartego pomiaru korelowały istotnie tylko z wynikami z trzeciego pomiaru, $r_{34}=0,63$, $p<0,05$.

W celu zobrazowania zmiany poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 5**. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego, a po jej zakończeniu utrzymała się tendencja wzrostowa.

Wykres 5 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Biorąc pod uwagę wyniki dla podskali wsparcia wartościującego można stwierdzić, że nie ma podstaw by twierdzić, że któryś z pomiarów różni się istotnie od pozostałych ($\chi^2(2)=3,32$; $p>0,05$). Oznacza to, że poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego był u badanych bardzo zbliżony – zarówno na początku, na końcu jak i powyżej 6. miesięcy po terapii. Dokładne dane zawiera **Tabela 293**.

Tabela 293. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia wartościującego – 4. pomiar

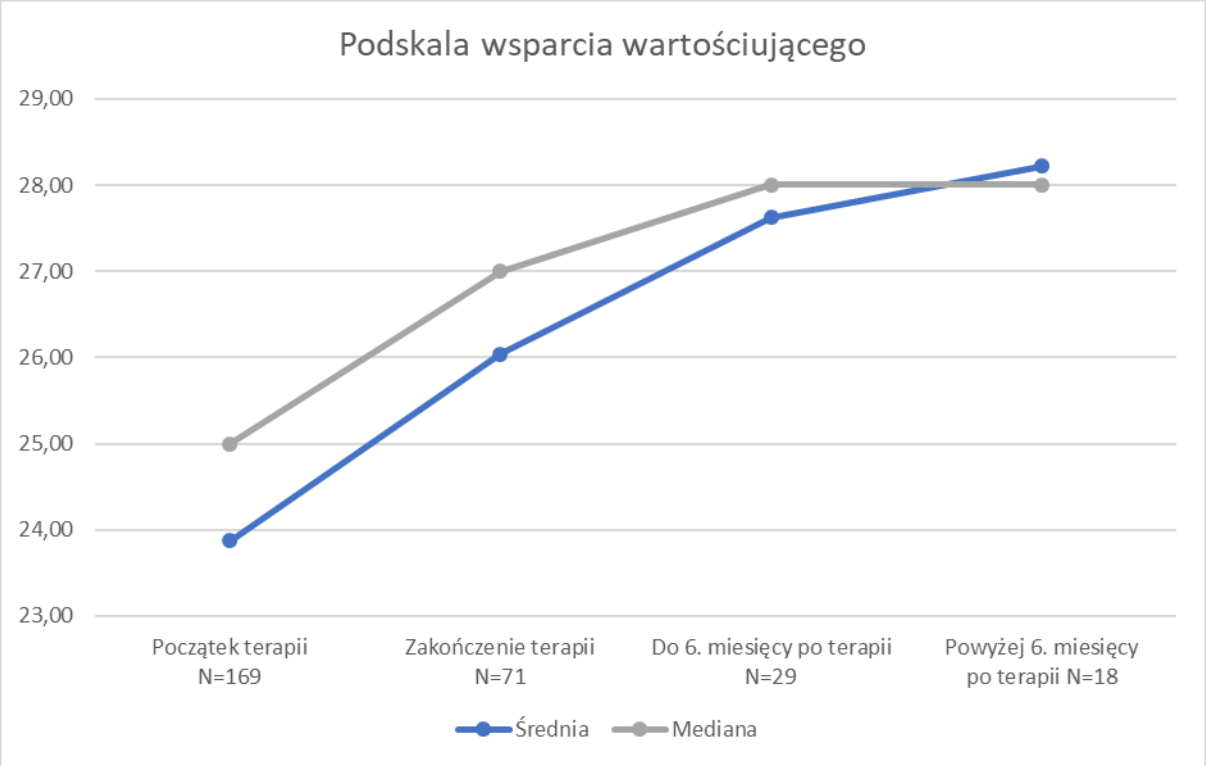
Skala wsparcia wartościującego N=16	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	26,31	5,39	1,66	3,32	2	n.i.
Zakończenie terapii	27,56	7,28	2,13			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	28,50	6,44	2,22			

Dla skali wsparcia wartościującego współczynnik korelacji wyników z początku i końca terapii wynosił $r_{12}=0,57$; $p<0,01$. Korelacja pomiarów drugiego i trzeciego wyszła nieistotna statystycznie, co może być wynikiem niewielkiej zmienności wyników pomiędzy kolejnymi

pomiarami. Natomiast dla pomiarów pierwszego i trzeciego r_{13}=0,51; p<0,01. Wyniki z czwartego pomiaru nie korelowały istotnie z żadnym z wcześniejszych pomiarów. Może to być spowodowane małą liczebnością próby.

W celu zobrazowania zmiany poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 6**. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego, a po jej zakończeniu utrzymała się tendencja wzrostowa. Wartość średniej przewyższyła wartość mediany, co pokazuje, że podczas czwartego pomiaru większość osób miała wynik niższy niż średnia całej próby.

Wykres 6 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Dla kolejnej analizowanej podskali – wsparcia informacyjno-instrumentalnego – rezultaty testu istotności różnic pomiędzy wynikami zawiera **Tabela 294**. Na ich podstawie można stwierdzić, że nie ma istotnych różnic pomiędzy wynikami pierwszego, drugiego i czwartego pomiaru ($\chi^2(2)$=2,98; p>0,05). Oznacza to, że poziom zadowolenia badanych z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego na każdym etapie pomiaru był podobny.

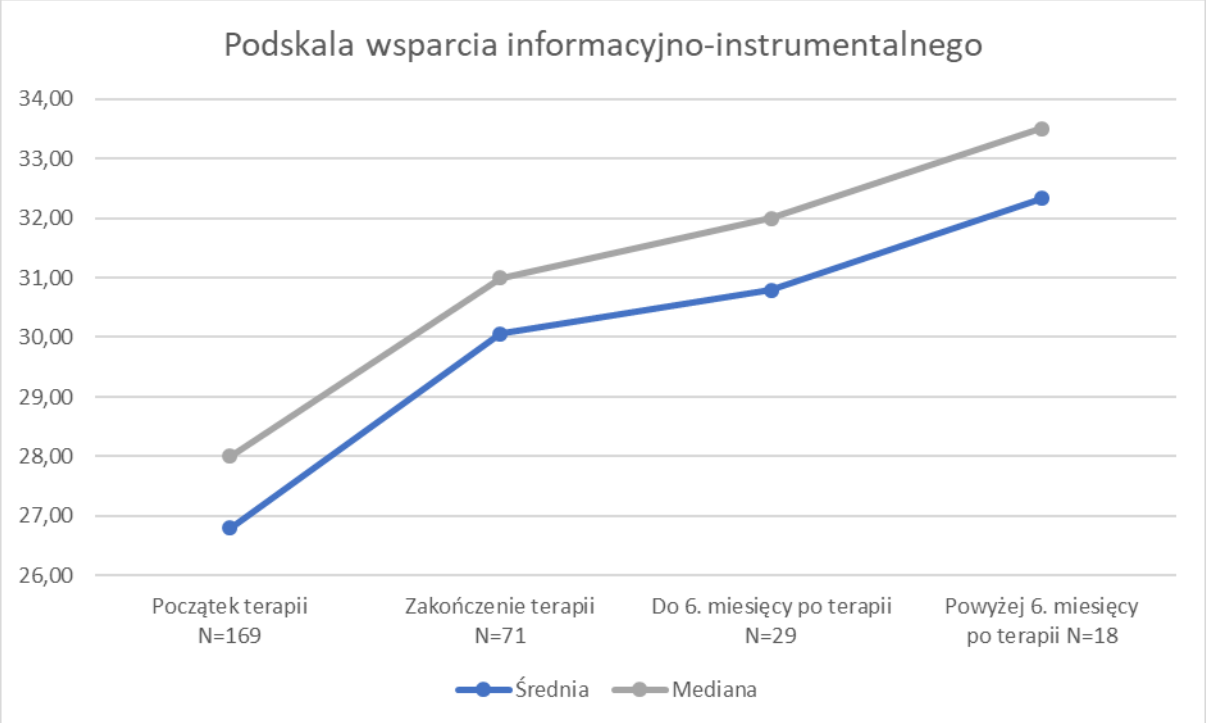
Tabela 294. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 4. pomiar

Skala wsparcia informacyjno-instrumentalnego N=16	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	28,56	6,84	1,66	2,98	2	n.i.
Zakończenie terapii	31,38	8,45	2,16			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	32,19	9,01	2,19			

Analizując współczynnik korelacji rezultatów kolejnych pomiarów należy stwierdzić, że wyniki z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie r_{12}=0,41; p<0,01. Korelacja pomiędzy pomiarem drugim i trzecim była nieistotna statystycznie, prawdopodobnie ze względu na niewielką zmienność danych pomiędzy pomiarami. Natomiast współczynnik korelacji wyników z pomiaru pierwszego i trzeciego r_{13}=0,55; p<0,01. Dane z czwartego pomiaru istotnie korelowały tylko z wynikami trzeciego pomiaru – r_{34}=0,69, p<0,01.

Patrząc na zmianę poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego w czasie od rozpoczęcia terapii do pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii (**Wykres 7**) można zauważyć początkowy znaczny wzrost poziomu zmiennej, następnie – już po terapii – mniejszą już, ale nadal dodatnią zmianę.

Wykres 7 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



Analizując zmienność wyników podskali wsparcia duchowego pomiędzy kolejnymi pomiarami na podstawie testu Friedmana, którego rezultaty zawiera **Tabela 295**, można stwierdzić, że żaden z wyników nie odbiega istotnie od pozostałych ($\chi^2(2)$=1,76; p>0,05). Zatem

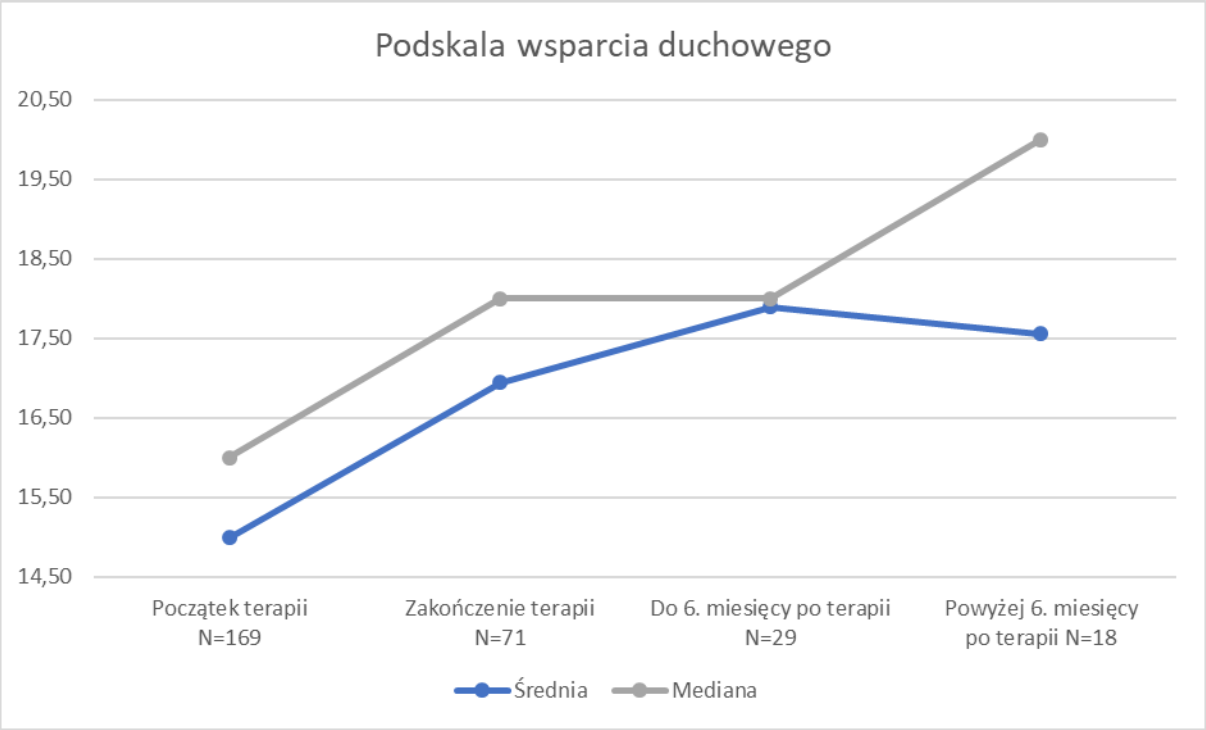
badani podczas kolejnych pomiarów wykazywali podobny poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego.

Tabela 295. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia duchowego – 4. pomiar

Skala wsparcia duchowego N=16	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia ranga	X^2	df	Istotność
Początek terapii	15,50	5,14	1,81	1,76	2	n.i.
Zakończenie terapii	16,13	6,36	1,94			
Powyżej 6. miesięcy po terapii	17,06	7,22	2,25			

Jeżeli chodzi o zbieżność rezultatów kolejnych pomiarów dotyczących zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego to wyniki z początku i końca terapii korelowały ze sobą na poziomie r_{12}=0,55; p<0,01. Korelacja pomiędzy pomiarem drugim i trzecim była nieistotna statystycznie, natomiast współczynnik korelacji wyników z pomiaru pierwszego i trzeciego r_{13}=0,42; p<0,05. Wyniki z czwartego pomiaru korelowały istotnie tylko z wynikami z trzeciego pomiaru na poziomie r_{34}=0,78, p<0,01.

Wykres 8 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii



W celu zobrazowania zmiany poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego w czasie od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu przygotowano **Wykres 8**. Można zauważyć, że w trakcie trwania terapii nastąpił wzrost poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego, a po jej zakończeniu do pół roku utrzymała się tendencja wzrostowa. Następnie średnia wartość zadowolenia spadła, natomiast

mediana wzrosła. Oznacza to, że większość badanych uzyskała wysokie wyniki, natomiast w przebadanej próbie znalazła się też grupa osób o bardzo niskim poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego. Wyniki tej grupy zdecydowały o ostatecznie niskim średnim wyniku z tej podskali.

Ostatnią z wykonywanych analiz była próba prognozowania o wzięciu udziału w czwartym pomiarze na podstawie wyników uzyskanych na skali wsparcia społecznego i jej podskalach pod koniec terapii. Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że pod względem poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i jego poszczególnych rodzajów nie ma istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, które wzięły udział w czwartym pomiarze, a tymi, które się tego nie podjęły.

Porównano również wyniki początkowe na skali wsparcia społecznego i jej poszczególnych podskalach osób, które ukończyły terapię i wzięły udział w czwartym pomiarze z tymi, którzy terapii nie ukończyli oraz z tymi, którzy terapię ukończyli, ale nie wzięli udziału w czwartym pomiarze. Każde z tych dwóch porównań dało nieistotne statystycznie wyniki, co oznacza, że początkowy poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i jego poszczególnych rodzajów nie różnił się istotnie w wymienionych grupach osób.

CZĘŚĆ III

W tej części raportu zawarto wyniki dla następujących skal z narzędzia KPST-N:

- Skali relacji społecznych (wraz z poszczególnymi podskalami: relacji rodzinnych, towarzyskich i zawodowych),
- Skali zachowań impulsywnych,
- Skali zachowań agresywnych (wraz z poszczególnymi podskalami: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, autoagresji).

Każda skala została opisana z zastosowaniem następującego schematu:

a. Pomiar na początek terapii, który obejmował:
    - Statystyki opisowe dla wyników zgromadzonych w okresie rozpoczęcia terapii,
    - Nasilenie zmiennej mierzonej przez poszczególną skalę w próbie biorącej udział w pomiarze początkowym.

b. Pomiar na zakończenie terapii, obejmujący:
    - Statystyki opisowe dla wyników zgromadzonych w okresie zakończenia terapii,
    - Nasilenie zmiennej mierzonej przez poszczególną skalę w próbie biorącej udział w pomiarze na zakończenie terapii.

c. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii, obejmująca:
    - Testy istotności różnic dla prób zależnych obejmujące wszystkich badanych,
    - Testy istotności różnic dla prób zależnych z uwzględnieniem typu placówki (ambulatoryjna, stacjonarna),
    - Porównanie różnic w wynikach uzyskiwanych przez badanych z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych.

d. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii, który obejmował:
    - Statystyki opisowe dla wyników zgromadzonych w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ,
    - Nasilenie zmiennej mierzonej przez poszczególną skalę w próbie biorącej udział w pomiarze do 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

e. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii), obejmująca:
    - Przeprowadzenie testów dla prób zależnych, uwzględniających pierwszy, drugi oraz trzeci pomiar.
    - Dla wyników istotnych statystycznie przeprowadzono testy *post-hoc.*
f. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, który obejmował:
    - Statystyki opisowe dla wyników zgromadzonych w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii,
    - Nasilenie zmiennej mierzonej przez poszczególną skalę w próbie biorącej udział w pomiarze powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii.
g. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii), obejmująca:
    - Przeprowadzenie testów dla prób zależnych, uwzględniających pierwszy, drugi oraz czwarty pomiar (ze względu na małe liczebności prób w trzecim oraz czwartym pomiarze oraz z uwagi na fakt, że nie wszyscy badani, którzy wzięli udział w czwartym pomiarze, wzięli również udział w trzecim pomiarze, podjęto decyzję o nieporównywaniu trzeciego i czwartego pomiaru).
    - Dla wyników istotnych statystycznie przeprowadzono testy *post-hoc*

8. SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

8.1. Początek terapii

Dla wyniku surowego ze skali relacji społecznej wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Skala relacji społecznych składa się z trzech podskal – relacji rodzinnych, relacji towarzyskich, relacji zawodowych. Dla każdej z podskal oraz dla wyniku ogólnego relacji społecznych wyliczono powyżej wymienione parametry. Ponadto wynik ogólny dla skali relacji społecznych wyliczono osobno dla osób pracujących oraz osób niepracujących, gdyż podksala relacji zawodowych zarezerwowana była dla respondentów aktywnych zawodowo. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 296.

Tabela 296. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[b] istotność
Skala relacji społecznych (osoby pracujące)	63	36	99	60[a]	73	71,70	14,06	-0,33	-0,14	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące)	80	23	75	40[a]	52	51,64	11,47	-0,30	-0,45	n.i.
Podskala relacji rodzinnych	173	8	40	32	30	28,08	7,82	-0,54	-0,37	0,000
Podskala relacji towarzyskich	167	7	35	28	26	24,71	6,58	-0,56	-0,18	0,000
Podskala relacji zawodowych	67	9	25	20	19	18,55	3,90	-0,41	-0,13	0,031

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.
[b] Zastosowano test Shapiro-Wilka.

Na podstawie wygenerowanych parametrów wnioskuje się, że normalność rozkładu wystąpiła jedynie dla wyniku ogólnego na skali relacji społecznych wśród osób pracujących oraz wśród osób niepracujących.

Jeżeli natomiast chodzi o poziom zadowolenia z relacji społecznych, to wyższy wynik osiągały osoby aktualnie pracujące, w ich przypadku, aż 42,05% odpowiedzi wskazywało na wysokie zadowolenie z relacji społecznych, przy czym wśród osób niepracujących analogiczną odpowiedz udzieliło jedynie 35% badanych. Natomiast wśród odpowiedzi określających bardzo wysokie zadowolenie z relacji społecznych, również częściej pojawiała się ona w grupie osób

pracujących (20,45%), niż wśród niepracujących (16,25%). Szczegółowe informacje na temat ogólnego wyniku zadowolenia z relacji społecznych zawiera Tabela 297 i Tabela 298.

Tabela 297. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (początek terapii)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 46	%	N = 42	%	N = 88	%
Bardzo niski	1	2,17	1	2,38	2	2,27
Niski	3	6,52	6	14,29	9	10,23
Przeciętny	12	26,09	10	23,81	22	25,00
Wysoki	20	43,48	17	40,48	37	42,05
Bardzo wysoki	10	21,74	8	19,05	18	20,45

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Tabela 298. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (początek terapii)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 39	%	N = 41	%	N = 80	%
Bardzo niski	1	2,56	1	2,44	2	2,50
Niski	3	7,69	7	17,07	10	12,50
Przeciętny	13	33,33	14	34,15	27	33,75
Wysoki	15	38,46	13	31,71	28	35,00
Bardzo wysoki	7	17,95	6	14,63	13	16,25

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

W badanej próbie zadowolenie z relacji rodzinnych, w okresie rozpoczynania terapii znajdowało się na wysokim poziomie. Zarówno wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych dominowało wysokie zadowolenie. Z najmniejszą częstotliwością pojawiało się wskazanie na bardzo niskie zadowolenie. Szczegółowe dane zawiera Tabela 299.

Tabela 299. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 89	%	N = 86	%	N = 175	%
Bardzo niski	4	4,49	5	5,81	9	5,14
Niski	13	14,61	15	17,44	28	16,00
Przeciętny	17	19,10	23	26,74	40	22,86
Wysoki	38	42,70	27	31,40	65	37,14
Bardzo wysoki	17	19,10	16	18,60	33	18,86

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

W zakresie zadowolenia z relacji towarzyskich, wśród pacjentów placówek stacjonarnych najczęściej pojawiała się odpowiedz – przeciętny (29,07%), natomiast wśród osób odbywającą terapię ambulatoryjną dominowała odpowiedz – wysoki (42,70%). Dysproporcja w częstościach poszczególnych odpowiedz pomiędzy pacjentami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych może wynikać z faktu, że pacjenci leczeni stacjonarnie są odizolowani od środowiska, w którym zawiązywały się relacje towarzyskie, w związku z czym niżej oceniają zadowolenie w tej kwestii. Częstości odpowiedzi zawiera Tabela 300.

Tabela 300. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 89	%	N = 86	%	N = 175	%
Bardzo niski	2	2,25	7	8,14	9	5,14
Niski	12	13,48	10	11,63	22	12,57
Przeciętny	21	23,60	25	29,07	46	26,29
Wysoki	38	42,70	24	27,91	62	35,43
Bardzo wysoki	16	17,98	20	23,26	36	20,57

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Zadowolenie z relacji zawodowych dotyczyło jedynie osób pozostających aktualnie na rynku pracy. W tym przypadku również zaznaczała się dysproporcja pomiędzy pacjentami placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych. Ci pierwsi wyżej oceniali poziom zadowolenia z relacji zawodowych, czego wyrazem są częste wskazania – wysoki (60,87%) oraz bardzo wysoki (17,39%). Wśród pacjentów stacjonarnych dominowały odpowiedzi – przeciętny (35,71%), wysoki (30,95%). Wszystkie odpowiedzi respondentów zawiera Tabela 301.

Tabela 301. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych – początek terapii

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 46	%	N = 42	%	N = 88	%
Bardzo niski	1	2,17	1	2,38	2	2,27
Niski	4	8,70	4	9,52	8	9,09
Przeciętny	5	10,87	15	35,71	20	22,73
Wysoki	28	60,87	13	30,95	41	46,59
Bardzo wysoki	8	17,39	9	21,43	17	19,32

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

W przebadanej próbie przeważająca większość respondentów, ponad 71%, nie przebywała w długotrwałym konflikcie. Brak konfliktu częściej deklarowały osoby odbywające

terapię w formie ambulatoryjnej (ponad 76%), w porównaniu do ponad 66% osób leczonych stacjonarnie. Szczegółowe dane zawiera Tabela 302.

Tabela 302. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą – początek terapii

BYCIE W KONFLIKCIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 88	%	N = 86	%	N = 174	%
Tak	21	23,86	29	33,72	50	28,74
Nie	67	76,14	57	66,28	124	71,26

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Na pytanie obejmujące wskazanie osób, z którymi badani wchodzili w konflikt, większość respondentów nie udzieliło odpowiedzi. Natomiast z puli udzielonych odpowiedzi można stwierdzić, że najczęściej badani popadali w konflikty z rodzicami oraz znajomymi. Pełne zestawienie odpowiedzi zawiera Tabela 303.

Tabela 303. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt – początek terapii

OSOBY	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 44	%	N = 42	%	N = 86 [a]	%
Matka lub ojciec	21	47,73	19	45,24	40	46,51
Znajomi	11	25,00	23	54,76	34	39,53
Partnerzy życiowi	10	22,73	6	14,29	16	18,60
Inne osoby [b]	6	13,64	6	14,29	12	13,95
Rodzeństwo	5	11,36	6	14,29	11	12,79
Macocha lub ojczym	3	6,82	0	0,00	3	3,49

[a] 89 osób nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o to, z kim najczęściej wchodzą w konflikt. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną osobę

[b] Wśród innych osób wymieniano m.in. współlokatorów, współpracowników, dealerów, dalszych członków rodziny

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Odpowiedzi na pytanie obejmujące liczbę konfliktów w ciągu ostatnich 30. dni, w znacznej mierze pokrywają się z pytaniem obejmującym pozostawanie w długotrwałym konflikcie. Większość badanych (ponad 76%) deklarowało brak wchodzenia w konflikty. Kolejną najczęściej pojawiającą się odpowiedzią był jeden konflikt. Pełne zestawienie udzielonych odpowiedzi zawiera Tabela 304.

Tabela 304. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. dni – początek terapii

LICZBA KONFLIKTÓW	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 84	%	N = 171	%
Brak konfliktów	68	78,16	62	73,81	130	76,02
Jeden konflikt	14	16,09	12	14,29	26	15,20
Dwa konflikty	4	4,60	5	5,95	9	5,26
Trzy konflikty	0	,00	3	3,57	3	1,75
Powyżej trzech konfliktów	1	1,15	2	2,38	3	1,75

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Dla większości badanych pojawianie się konfliktów nie było związane z narkotykami. Przy czym osoby z placówek stacjonarnych częściej wskazywali na związek konfliktów z narkotykami (ponad 47%) niż osoby z placówek ambulatoryjnych (niecałe 27%). Pełne zestawienie zawiera Tabela 305.

Tabela 305. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków – początek terapii

ZWIĄZEK KONFLIKTÓW Z NARKOTYKAMI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 86	%	N = 85	%	N = 171	%
Tak	23	26,74	40	47,06	63	36,84
Nie	63	73,26	45	52,94	108	63,16

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Większość przebadanych osób (niecałe 80%) nie szukała specjalistycznej pomocy w rozwiązaniu konfliktu. Przy czym różnice pomiędzy osobami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych były znikome, co zawiera Tabela 306.

Tabela 306. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu – początek terapii

POMOC W ROZWIĄZANIU KONFLIKTU	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 86	%	N = 83	%	N = 169	%
Tak	17	19,77	17	20,48	34	20,12
Nie	69	80,23	66	79,52	135	79,88

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

8.2. Zakończenie terapii

Sprawdzono również założenia dla pierwszego i drugiego pomiaru. Przy czym, dla pierwszego pomiaru wygenerowano jedynie wyniki dla osób, które wzięły udział w drugim pomiarze. Zabieg ten jest podyktowany specyfiką badań, zakładającą prowadzenie pomiarów

powtarzanych, w których wyniki z poszczególnych pomiarów należy sparować. Uzyskane wynik zawiera Tabela 307.

Tabela 307. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych (1 oraz 2 pomiar).

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (1 pomiar)	29	42	99	60	72	69,62	14,30	-0,18	-0,54	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (1 pomiar)	34	26	75	62	57	54,26	11,92	-0,48	-0,14	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (1 pomiar)	69	8	40	34	30	28,10	8,61	-0,68	-0,29	0,001
Podskala relacji towarzyskich (1 pomiar)	68	7	35	28	25,50	24,49	6,17	-0,69	0,42	0,023
Podskala relacji zawodowych (1 pomiar)	31	9	25	20	19	17,77	3,52	-0,96	1,01	0,004
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (2 pomiar)	29	20	100	66[b]	75	73,97	17,97	-0,91	1,65	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (2 pomiar)	30	30	75	54[b]	58,50	57,47	9,74	-0,65	1,19	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (2 pomiar)	69	8	40	40	33	30,62	8,75	-0,98	0,22	0,000
Podskala relacji towarzyskich (2 pomiar)	68	7	35	29	28	26,51	5,67	-1,00	1,28	0,001
Podskala relacji zawodowych (2 pomiar)	31	5	25	20	20	19,45	4,30	-1,48	3,68	0,000

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najniższą.

W przypadku wyniku ogólnego dla Skali relacji społecznych, zarówno wśród osób pracujących jak i bezrobotnych, dane nie odbiegają znacząco od kształtu rozkładu normalnego. Oznacza to, że dla tych skal z powodzeniem wykonać można testy parametryczne. W pierwszej kolejności zostanie przetestowana różnica poziomu zadowolenia z relacji społecznych wśród osób, które ukończyły terapię. W tym celu zostanie wykorzystany test istotności różnic *t*-Studenta dla prób zależnych. Dla podskal również zostanie przeprowadzona analiza z wykorzystaniem testu *t*-Studenta dla prób zależnych, jednak z powodu złamania założenia normalności rozkładu, uzyskane wynik zostaną zestawione z wynikami testu znaków rangowych Wilcoxona. Pomimo złamania założenia o normalności rozkładu, przyjmuje się, że test *t*-Studenta jest odporny na złamanie założenia o normalności rozkładu w przypadku prób powyżej 30 osób (Cypryańska, Bedyńska 2013).

Poziom zadowolenia z relacji społecznych wyżej był oceniany przez osoby aktualnie niepracujące, w ich przypadku, aż 56,67% odpowiedzi wskazywało na wysokie zadowolenie z relacji społecznych, przy czym wśród osób pracujących analogiczną odpowiedz udzieliło jedynie 34,48% badanych. Natomiast wśród odpowiedzi określających bardzo wysokie zadowolenie z relacji społecznych, częściej pojawiała się ona w grupie osób pracujących (27,59%), niż wśród

niepracujących (23,33%). Szczegółowe informacje na temat ogólnego wyniku zadowolenia z relacji społecznych zawiera Tabela 308i Tabela 309.

Tabela 308. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (2 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 20	%	N = 9	%	N = 29	%
Bardzo niski	1	5	0	0	1	3,45
Niski	0	0	2	22,22	2	6,90
Przeciętny	6	30	2	22,22	8	27,59
Wysoki	6	30	4	44,45	10	34,48
Bardzo wysoki	7	35	1	11,11	8	27,59

Tabela 309. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (2 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 14	%	N = 16	%	N = 30	%
Bardzo niski	0	0	0	0	0	0
Niski	2	14,29	0	0	2	6,67
Przeciętny	2	14,29	2	12,50	4	13,33
Wysoki	8	57,13	9	56,25	17	56,67
Bardzo wysoki	2	14,29	5	31,25	7	23,33

W badanej próbie zadowolenie z relacji rodzinnych, w okresie zakończenia terapii znajdowało się na wysokim poziomie. Zarówno wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych dominowało wysokie zadowolenie. Z najmniejszą częstotliwością pojawiało się wskazanie na bardzo niskie zadowolenie. Zbliżone tendencje zaobserwowano w okresie rozpoczęcia terapii. Szczegółowe dane zawiera Tabela 310.

Tabela 310. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych (2 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 26	%	N = 69	%
Bardzo niski	6	13,95	1	3,85	7	10,14
Niski	1	2,33	2	7,69	3	4,35
Przeciętny	9	20,93	3	11,53	12	17,39
Wysoki	12	27,91	9	34,62	21	30,44
Bardzo wysoki	15	34,88	11	42,31	26	37,68

W zakresie zadowolenia z relacji towarzyskich, wśród pacjentów placówek stacjonarnych najczęściej pojawiała się odpowiedz – wysoki (42,31%), natomiast wśród osób odbywającą

terapię ambulatoryjną dominowała odpowiedz – wysoki (57,14%). Zarówno wśród osób odbywających terapię w placówkach stacjonarnych, jak również ambulatoryjnych zaobserwowano wzrost zadowolenia z relacji towarzyskich. Częstości odpowiedzi zawiera Tabela 311.

Tabela 311. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich (2 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 42	%	N = 26	%	N = 68	%
Bardzo niski	1	2,38	0	0	1	1,47
Niski	1	2,38	4	15,38	5	7,35
Przeciętny	5	11,90	8	30,77	13	19,12
Wysoki	24	57,14	11	42,31	35	51,47
Bardzo wysoki	11	26,19	3	11,54	14	20,59

Zadowolenie z relacji zawodowych dotyczyło jedynie osób pozostających aktualnie na rynku pracy. W tym przypadku najczęściej poziom zadowolenia określić można jako wysoki (61,29%). W kategorii tej najwięcej odpowiedzi pojawiało się wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych. Pewna różnica pojawiała się w obrębie bardzo wysokiego zadowolenia z relacji zawodowych, gdzie odpowiedz ta pojawiała się jedynie wśród osób z placówek ambulatoryjnych. Szczegółowe wyniki zawiera Tabela 312.

Tabela 312. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych (2 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 22	%	N = 9	%	N = 31	%
Bardzo niski	1	4,55	0	0	1	3,23
Niski	1	4,55	1	11,11	2	6,45
Przeciętny	1	4,55	1	11,11	2	6,45
Wysoki	12	54,55	7	77,78	19	61,29
Bardzo wysoki	7	31,82	0	0	7	22,58

W przebadanej próbie przeważająca większość respondentów, ponad 75%, nie przebywała w długotrwałym konflikcie. Brak konfliktu częściej deklarowały osoby odbywające terapię w formie stacjonarnej (ponad 88%), w porównaniu do ponad 68% osób leczonych ambulatoryjnie. Należy podkreślić, że w okresie rozpoczynania terapii, więcej konfliktów deklarowali pacjenci placówek stacjonarnych. Szczegółowe dane zawiera Tabela 313.

Tabela 313. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą (2 pomiar)

Bycie w konflikcie	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 25	%	N = 70	%
Tak	14	31,11	3	12	17	24,29
Nie	31	68,89	22	88	53	75,71

Na pytanie obejmujące wskazanie osób, z którymi badani wchodzili w konflikt, większość respondentów nie udzieliło odpowiedzi. Natomiast z puli udzielonych odpowiedzi można stwierdzić, że najczęściej badani popadali w konflikty z rodzicami oraz znajomymi. Pełne zestawienie odpowiedzi zawiera Tabela 314.

Tabela 314. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt (2 pomiar)

Osoby	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 24	%	N = 8	%	N = 32	%
Matka lub ojciec	8	33,33	0	0,00	8	25,00
Znajomi	5	20,83	3	37,50	8	25,00
Partnerzy życiowi	5	20,83	1	12,50	6	18,75
Współpracownik	4	16,67	1	12,50	5	15,63
Współpacjent	0	0,00	2	25,00	2	6,25
Sąsiad	1	4,17	1	12,50	2	6,25
Rodzeństwo	1	4,17	0	0,00	1	3,13

Odpowiedzi na pytanie obejmujące liczbę konfliktów w ciągu ostatnich 30. dni, w znacznej mierze pokrywają się z pytaniem obejmującym pozostawanie w długotrwałym konflikcie. Większość badanych (ponad 88%) deklarowało brak wchodzenia w konflikty. Kolejną najczęściej pojawiającą się odpowiedzią był jeden konflikt. W porównaniu z pierwszym pomiarem obserwuje się mniejszą ilość konfliktów. Pełne zestawienie udzielonych odpowiedzi zawiera Tabela 315.

Tabela 315. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. Dni (2 pomiar)

LICZBA KONFLIKTÓW	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 35	%	N = 25	%	N =	%
Brak konfliktów	32	91,43	21	84,00	53	88,33
Jeden konflikt	2	5,71	1	4,00	3	5,00
Dwa konflikty	0	0,00	2	8,00	2	3,33
Trzy konflikty	1	2,86	0	0,00	1	1,67
Powyżej trzech konfliktów	0	0,00	1	4,00	1	1,67

Dla większości badanych pojawianie się konfliktów nie było związane z narkotykami. Przy czym osoby z placówek stacjonarnych częściej wskazywali na związek konfliktów z narkotykami (ponad 41%) niż osoby z placówek ambulatoryjnych (niecałe 18%). Pełne zestawienie zawiera Tabela 316.

Tabela 316. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków (2 pomiar)

ZWIĄZEK KONFLIKTÓW Z NARKOTYKAMI	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 45	%	N = 24	%	N = 69	%
Tak	8	17,78	10	41,67	18	26,09
Nie	37	82,22	14	58,33	51	73,91

Większość przebadanych osób (ponad 78%) nie szukała specjalistycznej pomocy w rozwiązaniu konfliktu. Przy czym różnice pomiędzy osobami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych były znikome, co zawiera Tabela 317.

Tabela 317. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu (2 pomiar)

POMOC W ROZWIĄZANIU KONFLIKTU	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 44	%	N = 24	%	N = 69	%
Tak	9	20,45	5	20,83	14	20,29
Nie	35	79,55	19	79,17	54	78,26

8.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Zgodnie z informacją zawartą w poprzednim podrozdziale, obejmującą uzasadnienie wyboru określonych testów statystycznych, wyniki wraz z interpretacją testu *t*-Studenta oraz testu znaków rangowych Wilcoxona zawiera Tabela 318 oraz w opis pod tabelą.

Tabela 318. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali relacji społecznych.

Nazwa skali	1 pomiar		2 pomiar		t	df	Istotność	*r*	Istotność
	M	SD	M	SD					
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (*n*= 22)	69,73	13,55	76,50	14,08	-3,222	21	0,004	0,746	0,000
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (*n*= 23)	55,45	10,58	58,43	8,81	-1,825	22	n.i.	0,683	0,000
Podskala relacji rodzinnych (*n= 66*)	27,86	8,59	30,56	8,87	-4,031	65	0,000	0,807	0,000
Podskala relacji towarzyskich (*n= 64*)	24,70	5,93	26,73	5,23	-3,115	63	0,003	0,570	0,000
Podskala relacji zawodowych (*n= 24*)	18,50	3,16	19,13	4,70	-1,009	23	0,323	0,770	0,000

Analiza testem *t*-Studenta dla Skali relacji społecznych wśród osób pracujących wykazała, że średni wynik dla badanych na początku terapii (M= 69,73; SD= 13,55) jest statystycznie niższy od wyniku w momencie zakończenia terapii (M=76,50; SD= 14,08). Wartość *d* Cohen= 0,59 wskazuje na umiarkowaną zależność pomiędzy oceną relacji społecznych na początku terapii oraz w momencie jej zakończenia. Wynik ten wskazuje, że pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii, zadowolenie z relacji społecznych wśród osób pracujących w sposób istotny uległo poprawie. Natomiast w przypadku relacji społecznych wśród osób niepracujących, wynik okazał się nieistotny statystycznie. Oznacza to, że poziom zadowolenia z relacji społecznych wśród osób niepracujących nie uległ zmianie w trakcie terapii.

W przypadku podskali relacji rodzinnych zostało złamane założenie o normalności rozkładu. Z tego względu istotny statystycznie wynik z testu *t*-Studenta (t(66)= -4,03; *p*<0,001; *d* Cohen= 0,51) został porównany z wynikiem testu znaków rangowych Wilcoxona, który również okazał się istotny statystycznie: *Z*= -3,609; *p*<0,001. Wynik ten świadczy o wyższym poziomie oceny relacji rodzinnych po zakończeniu terapii. Złamanie założenia o normalności rozkładu odnotowano również w przypadku podskali relacji towarzyskich. Dla podskali tej również wykazano istotny statystycznie wynik testu parametrycznego: *t*(64)= -3,11; *p*= 0,003; *d* Cohen= 0,32. Wynik ten świadczy o wyższym poziomie oceny relacji towarzyskich po zakończeniu terapii. Wynik ten potwierdzono przy wykorzystaniu testu Wilcoxona: *Z*= -2,390; *p*= 0,017. Natomiast dla podskali relacji zawodowych zarówno wynik testu *t*-Studenta: *t*(24)= -1,01; *p*= 0,323, jak również testu Wilcoxona: *Z*= 1,297; *p*=0,195 okazały się nieistotne statystycznie. Wynik ten wskazuje, że poziom zadowolenia z relacji zawodowych nie uległ zmianie w trakcie terapii.

W dalszej kolejności wygenerowany statystyki opisowe oraz sprawdzono założenia dla grup wyodrębnionych ze względu na formę odbywania terapii: ambulatoryjna lub stacjonarna. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 319.

Tabela 319. Statystyki opisowe dla skali relacji społecznych w 1 i 2 pomiarze z uwzględnieniem typu placówki

Nazwa zmiennej	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (1 pomiar)- placówki ambulatoryjne	26	35	99	60	75	71,92	15,08	-0,59	0,30	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (2 pomiar)- placówki ambulatoryjne	20	20	100	68[b]	76	76,30	19	-1.20	2,80	0,038
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (1 pomiar)- placówki stacjonarne	11	42	100	42[b]	72	67,82	17,71	0,21	-0,74	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (2 pomiar)- placówki stacjonarne	9	44	88	66	73	68,78	15,16	-0,77	-0,42	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (1 pomiar)- placówce ambulatoryjnej	17	26	70	62	56	52,65	12	-0,50	-0,22	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (2 pomiar)- placówki ambulatoryjne	14	30	72	30[b]	57	54,79	11,10	-078	0,78	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (1 pomiar)- placówki stacjonarne	13	31	69	58	55	53,15	9,89	-0,63	1,12	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (2 pomiar)- placówki stacjonarne	16	46	75	54[b]	60	59,81	8,02	0,27	-0,27	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (1 pomiar)- placówki ambulatoryjne	45	8	40	32	30	28,58	8,75	-0,71	-0,23	0,007
Podskala relacji rodzinnych (2 pomiar)- placówki ambulatoryjne	40	8	40	40	31	29,81	9,17	-0,80	-0,19	0,001
Podskala relacji rodzinnych (1 pomiar)- placówki stacjonarne	26	8	40	33[b]	29,5	27,53	8,17	-0,82	0,09	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (2 pomiar)- placówki stacjonarne	26	8	40	40	34	31,96	8	-1,38	1,84	0,002
Podskala relacji towarzyskich (1 pomiar)- placówki ambulatoryjne	45	7	34	28	16	24,89	6,15	-0,63	0,18	n.i.
Podskala relacji towarzyskich (2 pomiar)- placówki ambulatoryjne	42	7	35	29	28,5	27,62	5,44	-1,56	4,13	0,000
Podskala relacji towarzyskich (1 pomiar)- placówki stacjonarne	26	7	35	23[b]	24,5	23,92	6,34	-0,72	0,90	n.i.
Podskala relacji towarzyskich (2 pomiar)- placówki stacjonarne	26	13	35	27	27	24,73	5,68	-0,39	-0,53	n.i.
Podskala relacji zawodowych (1 pomiar)- placówki ambulatoryjne	26	9	25	18[b]	19	18,04	3,46	-0,99	1,40	0,008
Podskala relacji zawodowych (2 pomiar)- placówki ambulatoryjne	22	5	25	20	20	19,95	4,83	-1,73	3,88	0,001
Podskala relacji zawodowych (1 pomiar)- placówki stacjonarne	11	10	25	20	19	17,64	4,25	-048	0,55	n.i.
Podskala relacji zawodowych (2 pomiar placówki stacjonarne	9	13	20	19[b]	19	18,22	2,33	-1,71	2,65	0,011

W przypadku Skali relacji społecznych dla osób pracujących oraz osób niepracujących zostało spełnione założenie o normalności rozkładu na każdym poziomie czynnika wewnątrzgrupowego oraz międzygrupowego. Wykazano również homogeniczność wariancji dla uśrednionej wartości zmiennej niezależnej międzyobiektowej przy wykorzystaniu testu

Levine'a. Dla osób pracujących był to wynik: F(1, 40)= 0,117; *p*>0,05, natomiast dla osób niepracujących: F(1, 39)= 1,716; *p*>0,05. Ponadto analizowane grupy są równoliczne. Dla osób pracujących wynik wynosi: χ^2= 0,783; *p*= 0,376. Natomiast dla osób niepracujących: χ^2= 0,200; *p*= 0,655. Z tego względu dla tych zmiennych podjęto decyzję o zastosowaniu testów parametrycznych. Jego celem było sprawdzenie, czy średni wynik na skali relacji społecznych jest zależny od formy podjętej terapii (ambulatoryjna vs. stacjonarna). Wyniki zawiera Tabela 320.

Tabela 320. Wynik analizy wariancji w modelu wielozmiennowym dla interakcji pomiędzy wynikiem na skali relacji społecznych i typem placówki.

Zmienne	Ślad Hotellinga					
	Wartość	F	Df hipotezy	Df błędu	Istotność	η^2
Interakcja pomiędzy wynikiem na skala relacji społecznych (osoby pracujące) i typem placówki	0,016	0,354	1	22	n.i.	0,016
Interakcja pomiędzy wynikiem na skala relacji społecznych (osoby niepracujące) i typem placówki	0,055	0,932	1	17	n.i.	0,052

Na podstawie przeprowadzonej wielowymiarowej analizy wariancji, stwierdza się, że nie występuje zależność pomiędzy wynikiem na skali relacji społecznych a typem placówki. Zarówno dla osób pracujących: F(1, 22)= 0,354; *p*>0,05. jak i niepracujących: F(1, 17)= 0,932; *p*>0,05. wyniki okazały się nieistotne statystycznie. Wynik ten oznacza, że średnia na skali relacji społecznych jest równa wśród pacjentów odbywających terapię w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej. Innymi słowy, forma terapii (ambulatoryjna lub stacjonarna) nie ma związku z ogólnym poczuciem zadowolenia z relacji społecznych.

W przypadku podskali relacji rodzinnych założenie o normalności rozkładu zostało złamane. Spełniono natomiast założenie o homogeniczności wariancji: F(1, 70)= 1,168; *p*>0,05. Podobnie w podskali relacji towarzyskich zostało złamane założenie o normalności rozkładu. Natomiast porównując wariancję pomiędzy grupami, można ją określić jako homogeniczną: F(1, 70)= 0,026; *p*>0,05. Analizowane grupy nie są jednak równoliczne. Dla relacji rodzinnych wynik wynosił: χ^2= 8,314; *p*= 0,040, natomiast dla relacji towarzyskich: χ^2= 8,942; *p*= 0,030. Przy złamaniu tak wielu założeń, przeprowadzenie analizy z wykorzystaniem testów parametrycznych mogłoby dać obciążone wyniki. Pomimo iż testy te odznaczają się odpornością na niewielkie złamanie założeń, chociażby założenia o normalności rozkładu, to jednak w przypadku małych prób (n<30) wyniki mogą być niemiarodajne. Z tego względu

podjęto decyzje o zastosowaniu testów nieparametrycznych. Przeprowadzono analizę z wykorzystaniem testu U Manna-Whitneya. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 321.

Tabela 321. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla podskali relacji rodzinnych oraz podskali relacji towarzyskich.

Nazwa zmiennej	Placówki ambulatoryjne			Placówki stacjonarne			U M-W	Z	Istotność
	N	Średnia ranga	Suma rang	N	Średnia ranga	Suma rang			
Podskala relacji rodzinnych (1 pomiar)	45	36,90	1660,50	26	34,44	895,50	544,50	-0,484	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (2 pomiar)	43	33,29	1431,5	26	37,83	983,50	485,50	-0,915	n.i.
Podskala relacji towarzyskich (1 pomiar)	45	37,44	1685	26	33,50	871	520	-0,778	n.i.
Podskala relacji towarzyskich (2 pomiar)	42	38,74	1627	26	27,65	719	368	-2,255	0,024
Podskala relacji zawodowych (1 pomiar)	26	19,48	506,5	11	17,86	196,5	130,5	-0,420	n.i.
Podskala relacji zawodowych (2 pomiar)	22	18,14	399	9	10,78	97	52	-2,079	n.i.

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdza się, że w przypadku podskali relacji rodzinnych wynik zarówno na początku terapii: U= 544,50; p>0,05., jak również na końcu terapii: U= 485,50; p>0,05., okazały się nieistotne statystycznie. Oznacza to, że pacjenci kończący terapię w formie ambulatoryjnej oraz stacjonarnej oceniają satysfakcję z relacji rodzinnych na tym samym poziomie.

Natomiast w przypadku relacji towarzyskich w drugim pomiarze zaobserwowano istotną statystycznie różnicę: U= 368,00; p= 0,024. Oznacza to, że w grupie osób kończących terapię w formie ambulatoryjnej średnia ocena satysfakcji z relacji towarzyskich była wyższa niż w grupie osób kończących terapię w formie stacjonarnej.

Podobną prawidłowość zaobserwowano w przypadku średnich wyników dla podskali relacji zawodowych: U= 52,00; p= 0,041. Istotny statystycznie wynik oznacza, że osoby kończące terapię w formie ambulatoryjnej wyżej oceniały satysfakcję z relacji zawodowych niż osoby, które ukończyły terapię w formie stacjonarnej.

8.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Następnie sprawdzono założenia dla pierwszego, drugiego i trzeciego pomiaru. Przy czym, dla pierwszego i drugiego pomiaru wygenerowano jedynie wyniki dla osób, które wzięły udział w trzecim pomiarze. Zabieg ten jest podyktowany specyfiką badań, zakładającą

prowadzenie pomiarów powtarzanych, w których wyniki z poszczególnych pomiarów należy sparować. Uzyskane wynik zawiera Tabela 322.

Tabela 322. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych (1, 2 oraz 3 pomiar)

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (1 pomiar)	16	42	100	68	73,50	71,50	16,97	0,10	-0,54	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (1 pomiar)	11	47	69	56	58	58,82	7,26	-0,23	-0,61	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (1 pomiar)	29	12	40	40	31	30,45	7,20	-0,72	0,51	n.i.
Podskala relacji towarzyskich (1 pomiar)	29	7	35	25	25	24,28	7,36	-0,68	0,34	n.i.
Podskala relacji zawodowych (1 pomiar)	16	10	25	20	19,50	18,63	3,96	-0,70	1,25	0,031
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (2 pomiar)	11	66	94	68	75	76,91	8,80	0,70	-0,19	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (2 pomiar)	9	46	75	59	59	61	10,27	0,16	-1,28	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (2 pomiar)	26	19	40	40	32	32,19	6,42	-0,24	-0,99	n.i.
Podskala relacji towarzyskich (2 pomiar)	25	19	35	29	29	28,08	3,99	-0,14	-0,01	n.i.
Podskala relacji zawodowych (2 pomiar)	12	16	25	20	19,50	19,67	2,23	1,03	2,57	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (3 pomiar)	17	33	100	100	86	81,94	17,77	-1,39	2,38	0,027
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (3 pomiar)	12	40	73	61	59,50	58	10,92	-0,19	-0,84	n.i.
Podskala relacji rodzinnych (3 pomiar)	29	14	40	40	33	32,38	7,92	-0,88	-0,25	0,002
Podskala relacji towarzyskich (3 pomiar)	29	10	35	29[a]	29	27,59	6,36	-0,94	0,69	0,024
Podskala relacji zawodowych (3 pomiar)	17	9	25	25	20	20,59	4,26	-1,16	1,97	0,020

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Przeważająca większość wyników charakteryzuje się kształtem zbliżonym do normalnego. Jednak z powodu niewielkich liczebności w poszczególnych grupach wnioskowanie statystyczne zostanie przeprowadzone z wykorzystaniem testów nieparametrycznych.

W pomiarze obejmującym okres do 6. miesięcy po zakończeniu terapii wśród osób pracujących najczęściej pojawiała się odpowiedz obejmująca bardzo wysokie zadowolenie z relacji społecznych (52,94% badanych), natomiast wśród osób niepracujących zadowolenie z relacji społecznych najczęściej oceniane było jako wysokie (50% badanych). Szczegółowe informacje na temat ogólnego wyniku zadowolenia z relacji społecznych zawiera Tabela 323 i Tabela 324.

Tabela 323. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (3 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 17	%
Bardzo niski	1	5,88
Niski	0	0
Przeciętny	1	5,88
Wysoki	6	35,29
Bardzo wysoki	9	52,94

Tabela 324. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (3 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 12	%
Bardzo niski	0	0
Niski	0	0
Przeciętny	3	25
Wysoki	6	50
Bardzo wysoki	3	25

W badanej próbie zadowolenie z relacji rodzinnych, w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii znajdowało się na bardzo wysokim poziomie (44,83% badanych) oraz na wysokim poziomie (27,59%). Szczegółowe dane zawiera Tabela 325.

Tabela 325. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych (3 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 29	%
Bardzo niski	1	3,45
Niski	3	10,34
Przeciętny	4	13,79
Wysoki	8	27,59
Bardzo wysoki	13	44,83

W zakresie zadowolenia z relacji towarzyskich również dominowało wysokie (34,48% badanych) i bardzo wysokie (34,48% badanych) zadowolenie z relacji towarzyskich. Szczegółowe wyniki zawiera Tabela 326.

Tabela 326. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich (3 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 29	%
Bardzo niski	1	3,45
Niski	2	6,90
Przeciętny	6	20,69
Wysoki	10	34,48
Bardzo wysoki	10	34,48

W przypadku relacji zawodowych również dominowało wysokie oraz bardzo wysokie zadowolenie. W porównaniu do pomiaru na zakończenie terapii, zaobserwować można wzrost zadowolenia z relacji zawodowych, czego wyrazem jest ponad 47% odpowiedzi w obrębie bardzo wysokiego zadowolenia. Szczegółowe informacje zawiera Tabela 327.

Tabela 327. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych (3 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 17	%
Bardzo niski	1	5,88
Niski	0	0
Przeciętny	2	11,76
Wysoki	6	35,29
Bardzo wysoki	8	47,06

W przebadanej próbie przeważająca większość respondentów, ponad 75%, nie przebywała w długotrwałym konflikcie. Ponadto w porównaniu do pomiaru dokonanego na zakończenie terapii, w okresie do 6. Miesięcy od zakończenia terapii większy odsetek badanych nie pozostaje w długotrwałym konflikcie. Szczegółowe informacje zawiera Tabela 328.

Tabela 328. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą (3 pomiar)

Bycie w konflikcie	Ogółem	
	N = 29	%
Tak	4	13,79
Nie	25	86,21

Na pytanie obejmujące wskazanie osób, z którymi badani wchodzili w konflikt, większość respondentów nie udzieliło odpowiedzi. Natomiast z puli udzielonych odpowiedzi można stwierdzić, że najczęściej badani popadali w konflikty z rodzicami, znajomymi oraz partnerami życiowymi. Pełne zestawienie odpowiedzi zawiera Tabela 329.

Tabela 329. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt (3 pomiar)

Osoby	Ogółem	
	N = 12	%
Matka lub ojciec	4	33,33
Znajomi	3	25
Partnerzy życiowi	3	25
Współpracownik	2	16,67

Odpowiedzi na pytanie obejmujące liczbę konfliktów w ciągu ostatnich 30. dni, większość badanych (ponad 82%) deklarowało brak wchodzenia w konflikty. Kolejną najczęściej pojawiającą się odpowiedzią był jeden konflikt. W porównaniu z drugim pomiarem obserwuje się zbliżoną procentowo ilość konfilktów. Pełne zestawienie udzielonych odpowiedzi zawiera Tabela 330.

Tabela 330. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. Dni (3 pomiar)

LICZBA KONFLIKTÓW	Ogółem	
	N = 29	%
Brak konfliktów	24	82,76
Jeden konflikt	3	10,45
Dwa konflikty	1	3,45
Trzy konflikty	1	3,45

Dla większości badanych pojawianie się konfliktów nie było związane z narkotykami. Pełne zestawienie zawiera Tabela 331.

Tabela 331. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków (3 pomiar)

ZWIĄZEK KONFLIKTÓW Z NARKOTYKAMI	Ogółem	
	N = 29	%
Tak	5	17,24
Nie	24	82,76

Większość przebadanych osób (ponad 86%) nie szukała specjalistycznej pomocy w rozwiązaniu konfliktu. W porównaniu z pomiarem na zakończenie terapii wartość ta wzrosła o 8 punktów procentowych. Pełne zestawienie zawiera Tabela 332.

Tabela 332. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu (3 pomiar)

POMOC W ROZWIĄZANIU KONFLIKTU	Ogółem	
	N = 29	%
Tak	4	13,79
Nie	25	86,21

8.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Na podstawie testów normalności oraz przy uwzględnieniu liczności w poszczególnych grupach, podjęto decyzję o zastosowaniu testów rang Friedmana dla prób skorelowanych. W przypadku wyniku ogólnego dla osób pracujących oraz dla osób niepracujących, nie można było przeprowadzić analizy przy wykorzystaniu testu rang Friedmana z powodu małej liczebności grup.

Przeprowadzono jednak analizę obejmującą podksalę relacji rodzinnych. Wynik dla testu wraz z dodatkowymi parametrami zawiera Tabela 333.

Tabela 333. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji rodzinnych

Podskala relacji rodzinnych N= 26	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	30,00	7,43	1,73	3,500	2	n.i.
Zakończenie terapii	32,19	6,42	2,13			
Do 6. Miesięcy po terapii	32,08	8,23	2,13			

W przypadku podskali relacji rodzinnych również nie uchwycono statystycznie istotnych różnic. Co oznacza, że wśród osób które uczestniczyły we wszystkich trzech pomiarach, nie wystąpiły istotne statystycznie różnice w zakresie zadowolenia z relacji rodzinnych.

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę dla podskali relacji towarzyskich, a uzyskane wyniki zawiera Tabela 334.

Tabela 334. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji towarzyskich

Podskala relacji towarzyskich N= 25	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	24,48	6,95	1,48	11,231	2	0,004
Zakończenie terapii	28,08	3,99	2,22			
Do 6. Miesięcy po terapii	27,80	6,24	2,30			

Uzyskany wynik okazał się istotny statystycznie: χ^2= 11,231; *p*= 0,004. Oznacza to, że przynajmniej jednej z wyników różni się, w sposób statystycznie istotny, od pozostałych. Celem wykrycia występujących różnic przeprowadzono testy *post-hoc.* Wyniki dla testów zawiera Tabela 335.

Tabela 335. Testy post-hoc dla podskali relacji towarzyskich

Podskala relacji towarzyskich	*N*	Średnia ranga-ujemna	Średnia ranga-dodatnie	Suma rang-ujemne	Suma rang-dodatnie	*Z*	*P*[a]
Początek terapii **x** Zakończenie terapii	25	7,33	13,06	44,00	209,00	2,682	0,022
Początek terapii **x** Do 6. Miesięcy po terapii	25	14,25	12,15	57,00	243,00	2,664	0,023
Zakończenie terapii **x** Do 6. Miesięcy po terapii	25	10,14	11,95	111,50	119,50	0,139	n. i.

[a] Istotność wyliczono z zastosowaniem poprawki Bonferroniego.

Na podstawie analizy *post-hoc* wykazano, że istotna statystycznie różnica występuje pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem: *Z*=2,682*; p*=0,022 oraz pomiędzy pierwszym oraz trzecim pomiarem: *Z*=2,664; *p*=0,023. W związku z czym wnioskuje się, że średni poziom zadowolenia z relacji towarzyskich uległ poprawie w wyniku uczestnictwa w terapii. Poziom owego zadowolenia utrzymał się na wysokim poziomie w okresie do 6. miesięcy po terapii. Natomiast porównanie wyniku pomiędzy drugim a trzecim pomiarem okazało się nieistotne statystycznie, co pozwala stwierdzić, że pomiędzy zakończeniem terapii, a okresem do 6. miesięcy po zakończeniu terapii, poziom zadowolenia z relacji towarzyskich nie uległ zmianie.

W przypadku podskali relacji zawodowych, również ze względu na niewielką liczebność grup, nie przeprowadzono wnioskowania statystycznego.

8.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Biorąc pod uwagę małą liczebność próby w okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii (*n*=19) oraz braki w danych z poprzednich okresów pomiarowych oraz złamaniu założeń o normalności rozkładu, wszystkie analizy zostaną przeprowadzone przy wykorzystaniu testów nieparametrycznych. Poniżej zamieszczono wyniki opisu statystycznego dla próby biorącej udział w czwartym pomiarze (Tabela 336).

Tabela 336. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych (4 pomiar)

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala relacji społecznych (osoby pracujące) (4 pomiar)	13	76	100	100	91	90,54	8,89	-0,26	-1,65	n.i.
Skala relacji społecznych (osoby niepracujące) (4 pomiar)	5	26	72	68	68	58,40	18,84	-1,85	3,45	0,042
Podskala relacji rodzinnych (4 pomiar)	19	18	40	40	38	35,68	5,72	-1,81	4,05	0,000
Podskala relacji towarzyskich (4 pomiar)	19	8	35	35	32	30,11	6,33	-2,61	8,32	0,000
Podskala relacji zawodowych (4 pomiar)	13	15	25	25	22	21,69	3,30	-0,55	-0,59	n.i.

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.

Na podstawie istotności testu Shapiro-Wilka stwierdza się, że rozkład normalny charakteryzuje skalę relacji społecznych wśród osób pracujących oraz podskalę relacji rodzinnych. W pozostałych przypadkach założenie normalności rozkładu zostało złamane.

W przebadanej próbie przeważająca większość respondentów, ponad 89%, nie przebywała w długotrwałym konflikcie. Pełne zestawienie odpowiedzi zawiera Tabela 337.

Tabela 337. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą (4 pomiar)

Bycie w konflikcie	Ogółem	
	N = 19	%
Tak	2	10,50
Nie	17	89,50

Na pytanie obejmujące wskazanie osób, z którymi badani wchodzili w konflikt jedynie pięciu respondentów udzieliło odpowiedzi. Badani wskazywali na konflikty z rodzicami oraz partnerem życiowym. Pełne zestawienie odpowiedzi zawiera Tabela 338.

Tabela 338. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt (4 pomiar)

Osoby	Ogółem	
	N = 5	%
Matka lub ojciec	2	40
Partnerzy życiowi	3	60

Na pytanie dotyczące liczby poważanych konfliktów w ciągu ostatnich 30. dni, podobnie jak w poprzednich pomiarach, większość badanych deklarowała brak konfliktów. Pełne zestawienie udzielanych odpowiedzi zawiera Tabela 339.

Tabela 339. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. Dni (4 pomiar)

LICZBA KONFLIKTÓW	Ogółem	
	N = 19	%
Brak konfliktów	15	78,95
Jeden konflikt	3	15,79
Dwa konflikty	1	5,26

Dla większości badanych pojawianie się konfliktów nie było związane z narkotykami. Pełne zestawienie zawiera Tabela 340.

Tabela 340. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków (4 pomiar)

ZWIĄZEK KONFLIKTÓW Z NARKOTYKAMI	Ogółem	
	N = 19	%
Tak	1	5,26
Nie	18	94,74

Większość przebadanych osób (ponad 89%) nie szukała specjalistycznej pomocy w rozwiązaniu konfliktu. W porównaniu z pomiarem na zakończenie terapii wartość ta wzrosła o 8 punktów procentowych. Pełne zestawienie zawiera Tabela 341.

Tabela 341. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu (4 pomiar)

POMOC W ROZWIĄZANIU KONFLIKTU	Ogółem	
	N = 19	%
Tak	2	10,53
Nie	17	89,47

W pomiarze obejmującym okres powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii wśród osób pracujących najczęściej pojawiała się odpowiedz obejmująca bardzo wysokie zadowolenie z relacji społecznych (ponad 61% badanych), podobnie wśród osób niepracujących zadowolenie z relacji społecznych najczęściej oceniane było jako bardzo wysokie (60% badanych). W

porównaniu do pomiaru trzeciego, zaobserwowano wzrost zadowolenia z relacji społecznych. Szczegółowe informacje na temat ogólnego wyniku zadowolenia z relacji społecznych zawiera Tabela 342 i Tabela 343.

Tabela 342. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (4 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 13	%
Bardzo niski	0	0
Niski	0	0
Przeciętny	0	0
Wysoki	5	38,46
Bardzo wysoki	8	61,54

Tabela 343. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (4 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 5	%
Bardzo niski	1	20
Niski	0	0
Przeciętny	0	0
Wysoki	1	20
Bardzo wysoki	3	60

W badanej próbie zadowolenie z relacji rodzinnych, w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii znajdowało się na bardzo wysokim poziomie (57,89% badanych) oraz na wysokim poziomie (31,58%). W porównaniu do pomiaru trzeciego, zaobserwowano wzrost zadowolenia z relacji rodzinnych. Szczegółowe dane zawiera Tabela 344.

Tabela 344. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych (4 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 19	%
Bardzo niski	0	0
Niski	1	5,26
Przeciętny	1	5,26
Wysoki	6	31,58
Bardzo wysoki	11	57,89

W zakresie zadowolenia z relacji towarzyskich prawie 58% badanych mieściło się w kategorii bardzo wysokiego zadowolenia. Wartość ta jest wyższa w porównaniu z trzecim pomiarem. Szczegółowe wyniki zawiera Tabela 345.

Tabela 345. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich (4 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 19	%
Bardzo niski	1	5,26
Niski	0	0
Przeciętny	1	5,26
Wysoki	6	31,58
Bardzo wysoki	11	57,89

W przypadku relacji zawodowych również dominowało bardzo wysokie zadowolenie. W porównaniu do pomiaru do 6. Miesięcy po zakończeniu terapii, zaobserwować można wzrost zadowolenia z relacji zawodowych. Szczegółowe informacje zawiera Tabela 346.

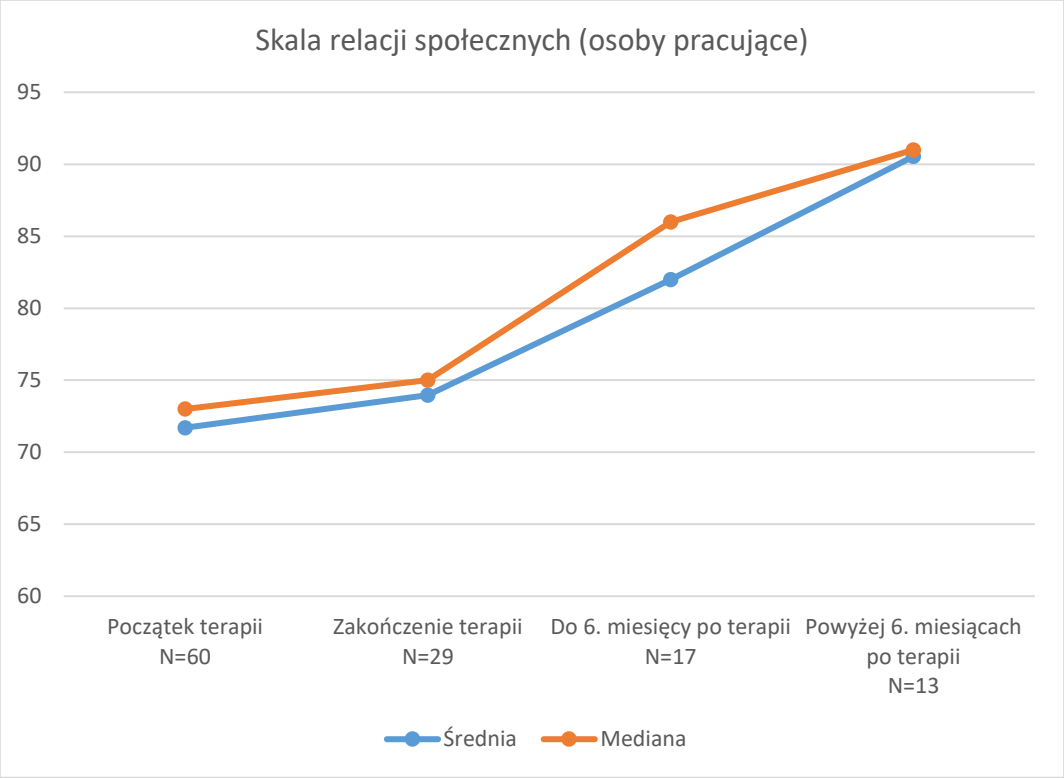
Tabela 346. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych (4 pomiar)

POZIOM ZADOWOLENIA	Ogółem	
	N = 13	%
Bardzo niski	0	0
Niski	0	0
Przeciętny	1	7,69
Wysoki	5	38,46
Bardzo wysoki	7	53,85

8.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

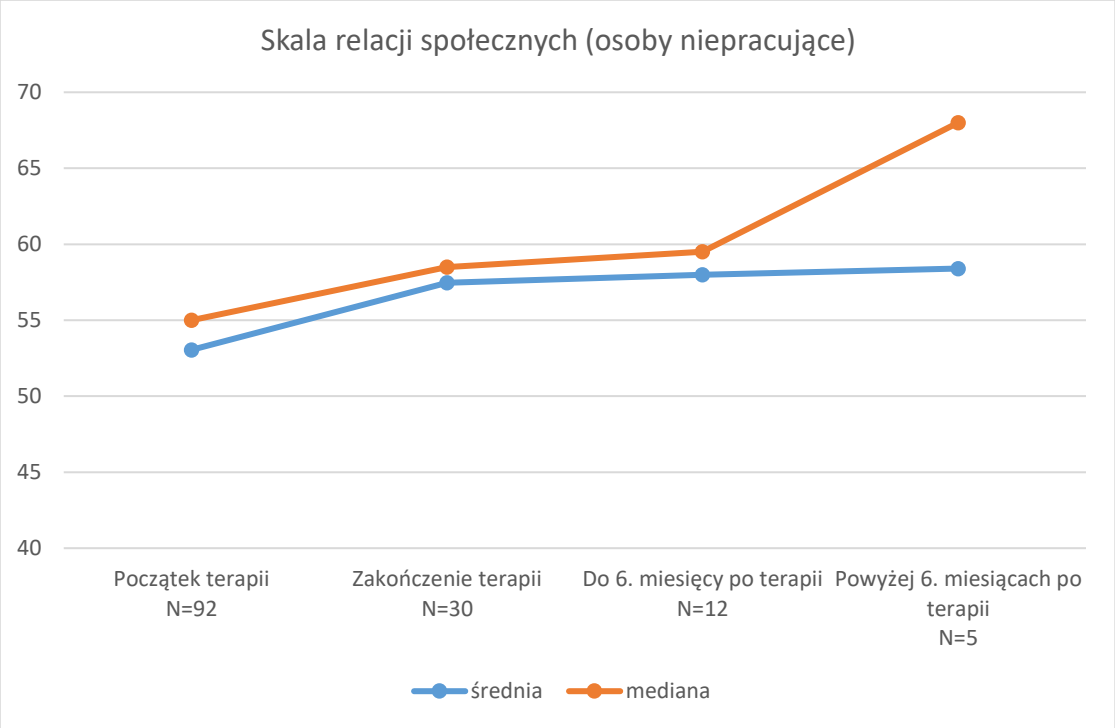
W przypadku wyniku surowego dla skali relacji społecznych wśród osób pracujących oraz osób niepracujących, możliwość przeprowadzenia wnioskowania statystycznego było niemożliwe ze względu na zbyt małą liczebność próby. W przypadku osób pracujących jedynie trzech badanych wzięło udział we wszystkich czterech pomiarach. Natomiast wśród osób niepracujących tylko jeden badanych wziął udział we wszystkich czterech pomiarach. Z tego względu wygenerowano wykresy przedstawiające średnie wyniki dla zadowolenia z relacji społecznych na poszczególnych etapach prowadzenia badań.

Wykres 9 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji społecznych wśród osób pracujących



Wśród osób pracujących można zaobserwować tendencje poprawy w zakresie relacji społecznych. Na każdym z dokonanych pomiarów, zarówno średnia jak i mediana, wskazywały na wyższe wartości. Oznacza to, że osoby które pomyślnie zakończyły terapię i w większości przypadków utrzymują abstynencję od narkotyków odznaczają się rosnącym zadowoleniem z posiadanych relacji społecznych.

Wykres 10 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji społecznych wśród osób niepracujących



W przypadku osób niepracujących, nastąpiła poprawa zadowolenia relacji społecznych pomiędzy rozpoczęciem i zakończeniem terapii. Natomiast w okresach następujących po terapii wynik ten znajduje się na zbliżonym średnim poziomie. Pewna rozbieżność pojawia się jedynie pomiędzy średnią a medianą w okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii. Rozbieżność ta wynika z niewielkiej ilości obserwacji o wysokiej rozbieżności w uzyskiwanych wynikach.

W dalszej kolejności poddano analizie podskalę relacji rodzinnych. Porównano różnice pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w pierwszym, drugim oraz czwartym pomiarze. Wyniki zawiera Tabela 347.

Tabela 347. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji rodzinnych (1, 2 i 4 pomiar)

Podskala relacji rodzinnych N= 15	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	30,67	7,57	1,53	6,745	2	0,034
Zakończenie terapii	33,27	6,12	2,07			
Powyżej 6. Miesięcy po terapii	34,80	6,13	2,40			

Wynik testu Friedmana okazały się istotny statystycznie: χ^2=6,745; *p*=0,034, co oznacza, że przynajmniej jeden z trzech wyników różnic się od pozostałych. Celem uchwycenia różnic w wynikach pomiędzy poszczególnymi pomiarami przeprowadzono testy *post-hoc*. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 348.

Tabela 348. Testy post-hoc dla podskali relacji rodzinnych (1, 2 i 4 pomiar)

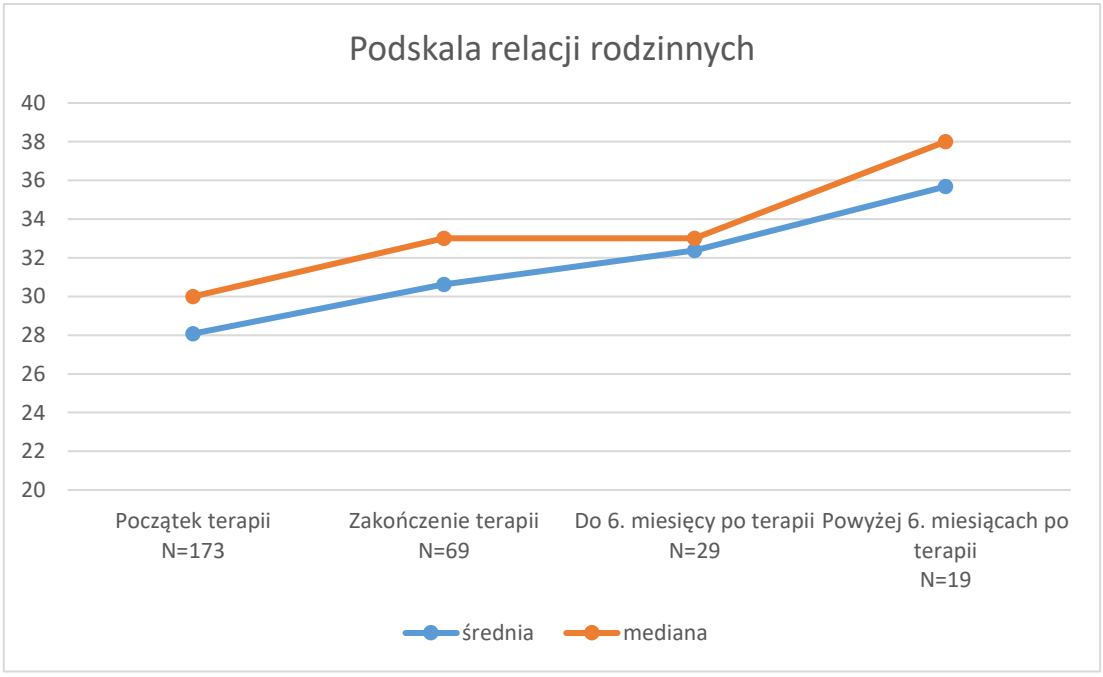
Podskala relacji rodzinnych	*N*	Średnia ranga-ujemna	Średnia ranga-dodatnie	Suma rang-ujemne	Suma rang-dodatnie	*Z*	*P*[a]
Początek terapii **x** Zakończenie terapii	66	17,29	30,35	294,00	1032,00	3,468	0,002
Początek terapii **x** Powyżej 6. Miesięcy po terapii	17	6,00	8,31	12,00	108,00	2,728	0,02
Zakończenie terapii **x** Powyżej 6. Miesięcy po terapii	17	5,10	8,19	25,50	65,50	1,401	n. i.

[a] Istotność wyliczono z zastosowaniem poprawki Bonferroniego.

Na podstawie przeprowadzonej analizy *post-hoc* wykazano, że różnice w wynikach wystąpiły pomiędzy początkiem terapii oraz zakończeniem terapii: Z=3,468; p=0,002 oraz pomiędzy początkiem terapii, a okresem powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii: Z=2,728; p=0,02. Wyniki te pozwalają wnioskować, że zadowolenie z relacji rodzinnych uległo poprawie w okresie trwania terapii oraz poziom tego zadowolenia niezmiennie utrzymał się do okresu powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

Średni poziom zadowolenia z relacji rodzinnych wraz z medianą przedstawiono na wykresie poniżej.

Wykres 11 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji rodzinnych



Na podstawie wykresu można zaobserwować stopniowy wzrost zadowolenia z relacji rodzinnych w każdym z okresów pomiarowych.

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę dla podskali relacji towarzyskich. Wynik testu wraz z dodatkowymi parametrami zawiera Tabela 349.

Tabela 349. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji towarzyskich (1,2 i 4 pomiar)

Podskala relacji towarzyskich N= 16	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	24	7,22	1,41	10,211	2	0,006
Zakończenie terapii	28,13	4,85	2,16			
Powyżej 6. Miesięcy po terapii	29,63	6,72	2,44			

Otrzymany wynik okazał się istotny statystycznie, co oznacza, że przynajmniej jeden z czterech wyników dla podskali relacji towarzyskich różni się w sposób istotny od pozostałych. Celem zbadania różnic przeprowadzono testy *post-hoc.* Wyniki testów zawiera Tabela 350.

Tabela 350. Testy post-hoc dla podskali relacji towarzyskich (1, 2 i 4 pomiar)

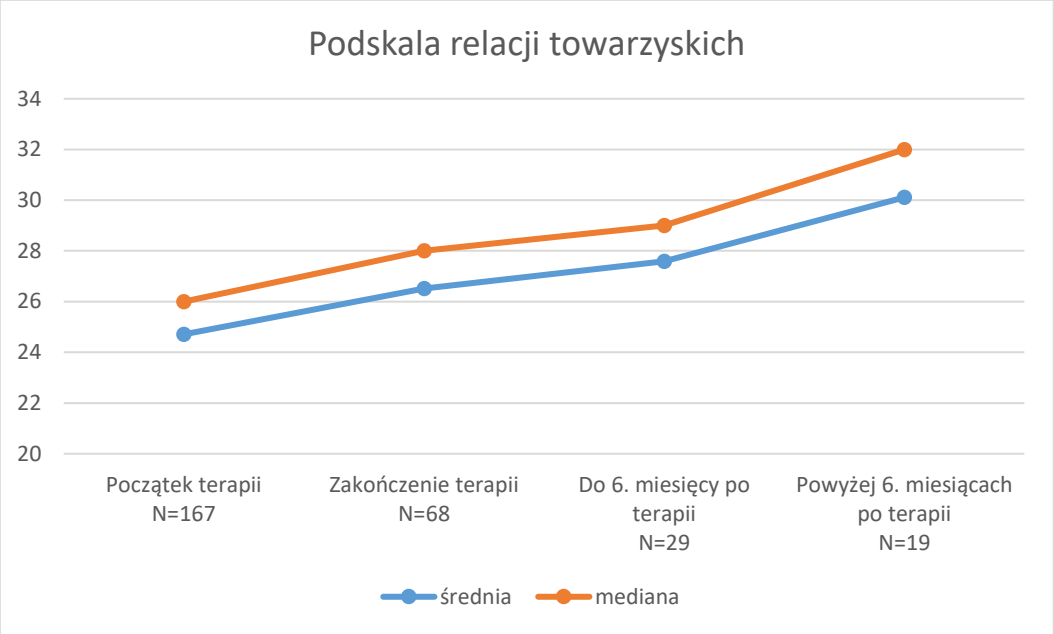
Podskala relacji towarzyskich	*N*	Średnia ranga-ujemna	Średnia ranga-dodatnie	Suma rang-ujemne	Suma rang-dodatnie	*Z*	*P*[a]
Początek terapii **x** Zakończenie terapii	64	23,11	30,58	439,00	1101,00	2,780	0,033
Początek terapii **x** Powyżej 6. Miesięcy po terapii	18	7,50	9,20	15,00	138,00	2,915	0,021
Zakończenie terapii **x** Powyżej 6. Miesięcy po terapii	17	6,50	8,25	39,00	66,00	0,849	n. i.

[a] Istotność wyliczono z zastosowaniem poprawki Bonferroniego.

Na podstawie analizy *post-hoc* wykazano, że istotna statystycznie różnica występuje pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem: *Z*=2,780*; p=0,033* oraz pomiędzy pierwszym oraz czwartym pomiarem: *Z*=2,915; *p*=0,021. W związku z czym wnioskuje się, że średni poziom zadowolenia z relacji towarzyskich uległ poprawie w wyniku uczestnictwa w terapii. Poziom owego zadowolenia utrzymał się na wysokim poziomie w okresie powyżej 6. miesiącach po ukończenia terapii.

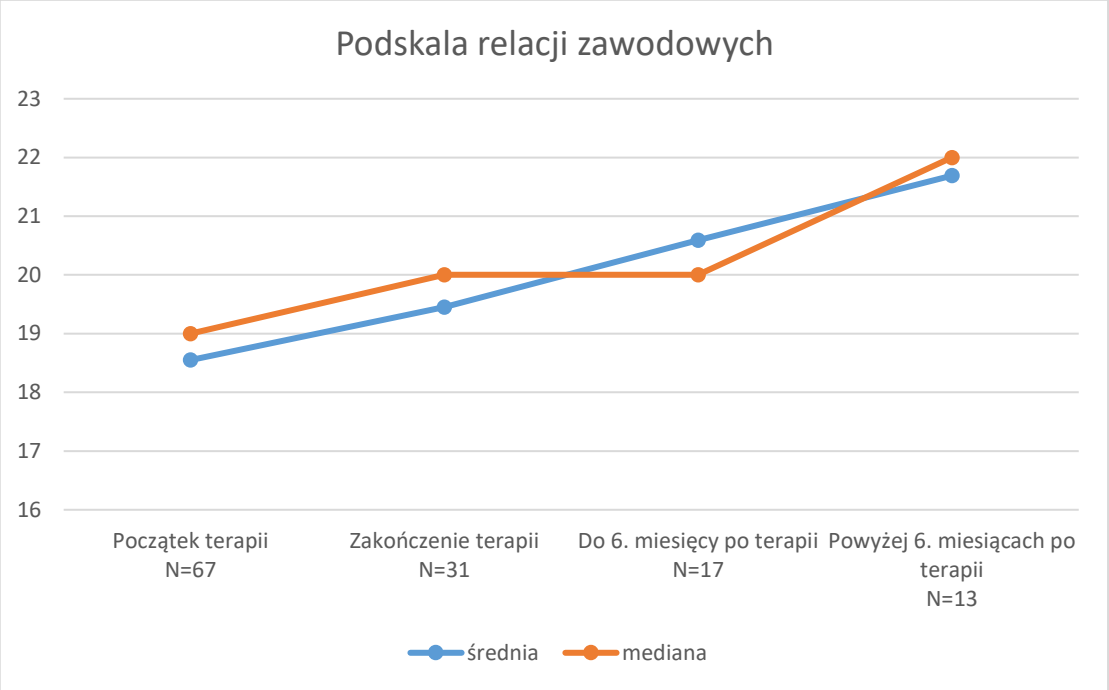
Wizualnie zmianę w zakresie zadowolenia z relacji towarzyskich zamieszczono na wykresie poniżej.

Wykres 12 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji towarzyskich



W przypadku wyniku surowego dla skali relacji towarzyskich możliwość przeprowadzenia wnioskowania statystycznego było niemożliwe ze względu na zbyt małą liczebność próby. Z tego względu wygenerowano średnie oraz mediany uzyskane w poszczególnych okresach dokonania pomiaru. Niniejsze wyniki zaprezentowano na wykresie poniżej.

Wykres 13 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji zawodowych



Uzyskany wynik dla podskali relacji zawodowych również wskazuje na sukcesywny wzrost zadowolenia z posiadanych relacji w miejscu pracy.

9. SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

9.1. Początek terapii

Dla wyniku surowego ze skali zachowań impulsywnych wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 351.

Tabela 351. Statystyki opisowe dla Skali zachowań impulsywnych

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala zachowań impulsywnych	161	15	70	44	44	42,45	12,55	-0,81	-0,50	n.i.

Uzyskane w pierwszym pomiarze wyniki wskazują, że rozkład danych zbliżony jest kształtem do rozkładu normalnego. Zarówno zbliżone wartości zamieszczonych w tabeli tendencji centralnych, jak również parametry kształtu rozkładu oraz uzyskanie nieistotnego wyniku dla testu Kołomorowa-Smirnowa wskazują, że możliwe będzie przeprowadzenie analizy z wykorzystaniem testów parametrycznych.

W zakresie nasilenia zachowań impulsywnych można zaobserwować koncentrację wyników wokół średniej. Najczęściej pojawiała się odpowiedz umiarkowanego nasilenia, również dyspersja wyników oscyluje wokół średniej, czego odzwierciedleniem jest wiele odpowiedzi mieszczących się w kategorii słabego i silnego nasilenia. Szczegółowe dane zawiera Tabela 352.

Tabela 352. Nasilenie zachowań impulsywnych – początek terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 88	%	N = 85	%	N = 173	%
Bardzo słabe	13	14,77	11	12,94	24	13,87
Słabe	26	29,55	19	22,35	45	26,01
Umiarkowane	32	36,36	34	40,00	66	38,15
Silne	13	14,77	16	18,82	29	16,76
Bardzo silne	4	4,55	5	5,88	9	5,20

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

9.2. Zakończenie terapii

Dla wyniku surowego ze skali zachowań impulsywnych wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 353.

Tabela 353. Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1 i 2 pomiarze

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań impulsywnych (1 pomiar)	65	17	67	44	44	41,86	12,35	-0,30	-0,36	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (2 pomiar)	63	15	62	27[b]	32	32,62	11,12	0,69	0,16	0,025

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Pomimo złamania założenia o normalności rozkładu w drugim pomiarze: W(63)= 0,96; *p*= 0,025, podjęto decyzję o zastosowaniu parametrycznego testu istotności różnic *t*-Studenta z powtarzanym pomiarem. Decyzja została podyktowana niewielkim odchyleniem od rozkładu normalnego oraz odpornością bezkierunkowego testu *t*-Studenta na niewielkie odchylenia od normalności (Ferguson, Takane, 1999).

W momencie zakończenia terapii nastąpiło osłabienie zachowań impulsywnych. Najczęściej pojawiały się odpowiedzi wskazujące na bardzo słabe oraz słabe nasilenie. Szczegółowe dane zawiera Tabela 354.

Tabela 354. Nasilenie zachowań impulsywnych (2 pomiar)

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 20	%	N = 63	%
Bardzo słabe	15	34,88	9	45	24	38,10
Słabe	15	34,88	7	35	22	34,92
Umiarkowane	8	18,60	4	20	12	19,05
Silne	5	11,63	0	0	5	7,94
Bardzo silne	0	0	0	0	0	0

9.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

Wyniki dla testu *t*-Studenta dla prób zależnych zawiera Tabela 355. Pod tabelą znajduje się opis oraz interpretacja uzyskanych wyników.

Tabela 355. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań impulsywnych.

Nazwa skali	1 pomiar		2 pomiar		t	df	Istotność	*r*	Istotność
	M	SD	M	SD					
Skala zachowań impulsywnych (*n*=59)	41,90	12,58	33,31	11	5,43	58	0,000	0,47	0,000

Analiza testem *t*-Studenta dla prób zależnych wykazała, że średni wynik dla skali zachowań impulsywnych na początku terapii (M=41,90; SD=12,58) różni się w sposób istotny statystycznie od średniego wyniku po zakończeniu terapii (M=33,31; SD=11), $t(58)= 5,43$; $p<0,001$. Oznacza to, że u osób, które ukończyły terapię można zaobserwować obniżenie częstotliwości podejmowanych zachowań impulsywnych. Ponadto wartość *d* Cohena= 0,71 wskazuje na średnią zależność (Cypryańska, Bedyńska, 2013) pomiędzy ukończeniem terapii i częstotliwością podejmowania zachowań impulsywnych.

W kolejnym kroku przeprowadzono testy istotności różnic z uwzględnieniem typu placówki: ambulatoryjne oraz placówki stacjonarne. W związku z niniejszym dokonano opisu statystycznego oraz sprawdzono normalność dla wyodrębnionych grup. Wyniki zawiera Tabela 356.

Tabela 356. Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1 i 2 pomiarze z uwzględnieniem typu placówki

Nazwa zmiennej	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Wynik dla skali zachowań impulsywnych (1 pomiar) - placówki ambulatoryjne	39	17	67	44	41	41,49	12,56	-0,08	-0,40	n.i.
Wynik dla skali zachowań impulsywnych (2 pomiar) - placówki ambulatoryjne	43	15	62	36	32	33,56	12,10	0,61	-0,09	n.i.
Wynik dla skali zachowań impulsywnych (1 pomiar) - placówki stacjonarne	26	17	64	43[b]	45	42,42	12,24	-0,67	0,22	n.i.
Wynik dla skali zachowań impulsywnych (2 pomiar) - placówki stacjonarne	20	17	47	21[b]	28,50	30,60	8,58	0,44	-0,71	n.i.

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Analizowane grupy nie są równoliczne ($\chi^2= 10,938$; $p= 0,012$). Został jednak spełniony warunku normalności rozkładu oraz wykazano homogeniczności wariancji dla uśrednionej

wartości zmiennej niezależnej międzyobiektowej przy wykorzystaniu testu Levine'a: F(1, 67)= 0,524; *p*>0,05. W związku z niniejszym przeprowadzono testy zależne *t*-Studenta, osobo dla osób odbywających terapię ambulatoryjną oraz stacjonarną. Natomiast w celu sprawdzenia, czy uzyskane wyniki różnią się w zależności od typu placówki, przeprowadzono analizę przy wykorzystaniu testu U Mann-Whitey'a.

W pierwszej kolejności przeprowadzono osobne testy *t* Studenta dla osób odbywających terapię w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 357 i Tabela 358.

Tabela 357. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań impulsywnych – placówki ambulatoryjne.

Nazwa skali	1 pomiar		2 pomiar		t	df	Istotność	*r*	Istotność
	M	SD	M	SD					
Skala zachowań impulsywnych (*n*=39)	41,49	15,56	34,69	11,93	10,927	38	0,002	0,459	0,003

Tabela 358. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań impulsywnych – placówki stacjonarne.

Nazwa skali	1 pomiar		2 pomiar		t	df	Istotność	*r*	Istotność
	M	SD	M	SD					
Skala zachowań impulsywnych (*n*=20)	42,70	12,90	30,60	8,58	5,238	19	0,000	0,603	0,005

Przeprowadzone osobne analizy wskazują, że zarówno wśród pacjentów placówek ambulatoryjnych, jak również stacjonarnych, nastąpiła statystycznie istotna redukcja w zakresie nasilenia zachowań impulsywnych. Oznacza to, że udział w terapii w formie ambulatoryjnej oraz stacjonarnej istotnie przyczynia się do obniżenia zachowań implulsywnych.

W dalszej kolejności przeprowadzono testu U Mann-Whitey'a, celem sprawdzenia, czy występują różnice wyników w zależności od typu placówki. Wyniki zawiera Tabela 359.

Tabela 359. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla skali zachowań impulsywnych

Nazwa zmiennej	Placówki ambulatoryjne			Placówki stacjonarne			U M-W	Z	Istotność
	N	Średnia ranga	Suma rang	N	Średnia ranga	Suma rang			
Skala zachowań impulsywnych (1 pomiar)	39	31,65	1234,50	26	35,02	910,50	454,500	0,704	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (2 pomiar)	43	33,19	1427,00	20	29,45	589,00	379,00	0,754	n.i.

Wynik na skali zachowań impulsywnych w okresie rozpoczęcia terapii wśród pacjentów palcówek ambulatoryjnych i stacjonarnych nie różnił się w sposób istotny: *Z*=0,704; *p*>0,05. Podobnie w okresie zakończenia terapii wynik wśród badanych z placówek stacjonarnych i

ambulatoryjnych nie różniły się: Z=0,754; p>0,05) Wynik ten oznacza, że średnia na skali impulsywności jest równa wśród pacjentów odbywających terapię w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej. Jednocześnie nie można stwierdzić aby uczestnictwo w terapii ambulatoryjnej lub stacjonarnej przyczyniało się do wyższego lub niższego nasilenia zachowań impulsywnych.

9.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Dla wyniku surowego ze skali zachowań impulsywnych wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 360.

Tabela 360 Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1, 2 i 3 pomiarze.

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań impulsywnych (1 pomiar)	28	17	58	29	37,50	36,68	11,72	0,02	-0,72	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (2 pomiar)	23	16	46	24	29	28,30	8,57	0,33	-0,81	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (3 pomiar)	29	15	60	35	29	31,10	11,29	0,75	0,28	n.i.

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.

Uzyskane wyniki dla wszystkich badanych, którzy wzięli udział zarówno w pierwszym jak i w drugim pomiarze oraz w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii okazały się nieistotne statystycznie. Oznacza to, że na każdym poziomie analizowany czynnik odznacza się kształtem zbliżonym do normalnego. Sprawdzono również założenie sferyczności za pomocą testu Mauchly'ego. Test W jest nieistotny statystycznie (p= 0,465).

Dzięki spełnieniu założenia o normalności rozkładu, podjęto decyzję o zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) z powtarzanym pomiarem. Natomiast dzięki uzyskaniu nieistotnego testu Mauchly'ego wyniki testu F będą wyliczane przy założonej sferyczności.

W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii utrzymywała się tendencja samookreślenia nasilenia zachowań impulsywnych na bardzo niskim oraz niskim poziomie. Szczegółowe dane zawiera Tabela 361.

Tabela 361. Nasilenie zachowań impulsywnych (3 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 29	%
Bardzo słabe	11	37,93
Słabe	13	44,83
Umiarkowane	3	10,34
Silne	2	6,90
Bardzo silne	0	0

9.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

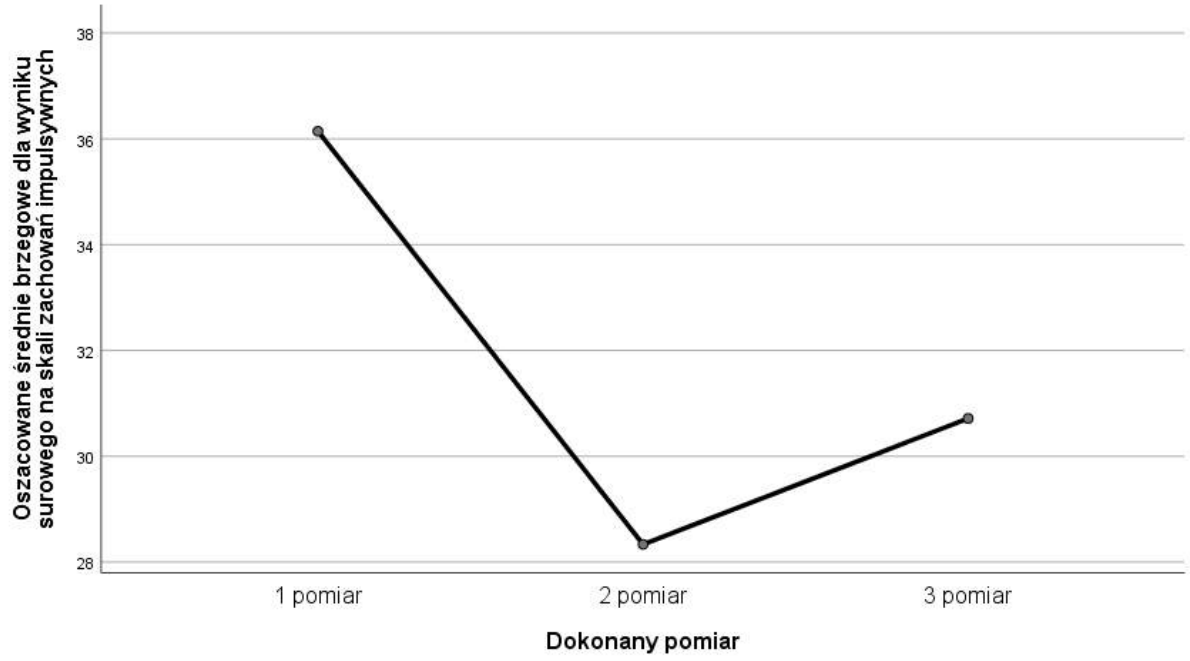
W celu sprawdzenia, czy ukończenie terapii wpływa na średni wynik na skali zachowań impulsywnych oraz czy efekt ten utrwalił się w okresie do sześciu miesięcy po zakończeniu terapii, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtarzanym pomiarem. Czynnikiem wewnątrzobiektowym mierzonym na trzech poziomach był wynik surowy dla skali zachowań impulsywnych – pierwszy pomiar dokonano przed rozpoczęciem terapii, drugi tuż po zakończeniu terapii oraz trzeci obejmujący okres do 6.miesięcy po ukończeniu terapii. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 362.

Tabela 362. Wynik dla testu ANOVA z powtarzanym pomiarem dla zachowań impulsywnych (1, 2 i 3 pomiar)

Nazwa czynnika wewnątrzobiektowego	*F*	*df hipotezy*	*df błędu*	*p*	η^2
Zachowania impulsywne	5,553	2	19	0,013	0,369

Uzyskany wynik okazał się istotny statystycznie: F(2;19)= 5,553; p= 0,013; η^2=0,369. Analiza ujawniła efekt główny w postaci różnic w średnich wynikach na poszczególnych etapach dokonywania pomiaru. Wynik ten pozawala stwierdzić, że przynajmniej jeden średni wynik różni się w sposób istotny od pozostałych. Natomiast otrzymany efekt określić można jako silny, gdzie 37 procent wariancji zmiennej zależnej (zachowania impulsywne) można wyjaśnić przez udział w terapii. Na wykresie poniżej zobrazowano występowanie niniejszych różnic.

Wykres 14 Zmiana nasilenia zachowań impulsywnych w okresie od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



Na podstawie powyżej zamieszczonego wykresu można zaobserwować, że badani najwyższe wyniki w zakresie zachowań impulsywnych osiągali na początku terapii, najniższe zaś w okresie zakończenia terapii. Obserwację tą poczyniono już zestawiając wyniki dla dwóch pierwszych pomiarów (tam również wynik testu był istotny statystycznie). Na tej podstawie wnioskować można, że uczestnictwo w terapii powoduje obniżenie nasilenia zachowań impulsywnych. Interesujący jest jednak wynik uzyskany dla pomiaru do 6. miesięcy po ukończeniu terapii, gdzie średni wynik jest wyższy od wyniku uzyskanego bezpośrednio po ukończeniu terapii. Różnica ta jednak jest stosunkowa niewielka. Z tego względu przeprowadzone zostaną testy *post-hoc*, celem szczegółowego określenia zmian w zakresie nasilenia zachowań impulsywnych w poszczególnych etapach dokonywanego pomiaru. Do przeprowadzenia testu *post-hoc* wykorzystano liberalny test NIR Fischera. Wyniki zawiera Tabela 363.

Tabela 363. Testy post-hoc dla skali zachowań impulsywnych

Porównania parami	*Różnica średnich*	*SE*	*P* [a]	95% przedział ufności	
				Dolna granica	*Górna granica*
Początek terapii **x** Zakończenie terapii	7,810	2,319	0,003	2,972	12,647
Początek terapii **x** do 6. miesięcy po terapii	5,429	2,922	n.i.	-0,668	11,525
Zakończenie terapii **x** do 6. miesięcy po terapii	-2,381	2,939	n.i.	-80513	3,751

[a] Poprawka dla porównań wielokrotnych – NIR.

Na podstawie przeprowadzonej analizy *post-hoc* wnioskuje się, że istotne statystycznie różnice zachodzą pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem (p= 0,003). Natomiast różnica pomiędzy pierwszym a trzecim pomiarem (p= 0,078) oraz pomiędzy drugim a trzecim pomiarem (p= 0,427) są nieistotna statystycznie. Wyniki te wskazują na spadek nasilenia zachowań impulsywnych w trakcie udziału w terapii, jednak w okresie trzeciego pomiaru nasilenie zachowań impulsywnych wzrosło do wartości zbliżonej w pierwszym pomiarze.

9.6. Pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Dla osób, które brały udział w poprzednich pomiarach i dotrwały do pomiaru po 6. miesiącach po zakończeniu terapii wygenerowano statystyki opisowe celem sprawdzenia założeń, których spełnienie wymagane jest do zastosowania testów parametrycznych. Wyniki zawiera Tabela 364.

Tabela 364 Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1, 2, 3 oraz 4 pomiarze.

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań impulsywnych (1 pomiar)	19	17	64	17[b]	36	35,74	13,02	0,27	-0,35	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (2 pomiar)	15	16	46	22	24	27,87	9,64	0,50	-1,03	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (3 pomiar)	13	15	50	36	29	29,23	10,08	0,39	-0,12	n.i.
Skala zachowań impulsywnych (4 pomiar)	19	15	61	15	24	28,21	11,98	1,14	1,57	0,049

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Analizując uzyskaną istotność testem Shapiro-Wilka wnioskuje się, że na każdym poziomie analizowany czynnik odznacza się kształtem zbliżonym do normalnego. Sprawdzono również założenie sferyczności za pomocą testu Mauchly'ego. Test *W* jest nieistotny statystycznie (p= 0,747).

Dzięki spełnieniu założenia o normalności rozkładu, podjęto decyzję o zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA) z powtarzanym pomiarem. Natomiast dzięki uzyskaniu nieistotnego testu Mauchly'ego wyniki testu F będą wyliczane przy założonej sferyczności.

Zbliżona tendencja w zakresie nasilenia zachowań impulsywnych utrzymywała się w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, gdzie przeważająca większość badanych

mieściła się w kategorii bardzo słabego i słabego nasilenia. Szczegółowe dane zawiera Tabela 365.

Tabela 365. Nasilenie zachowań impulsywnych (4 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 19	%
Bardzo słabe	10	52,63
Słabe	6	31,58
Umiarkowane	2	10,53
Silne	1	5,26
Bardzo silne	0	0

9.7. Zmiana od początku terapii do 4. pomiaru (w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Wynik dla testu ANOVA z powtarzanym pomiarem zamieszczono poniżej. Jednak z powodu braków danych dokonano porównanie pomiędzy pierwszym, drugim oraz czwartym pomiarem, z wyłączeniem pomiaru trzeciego. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 366.

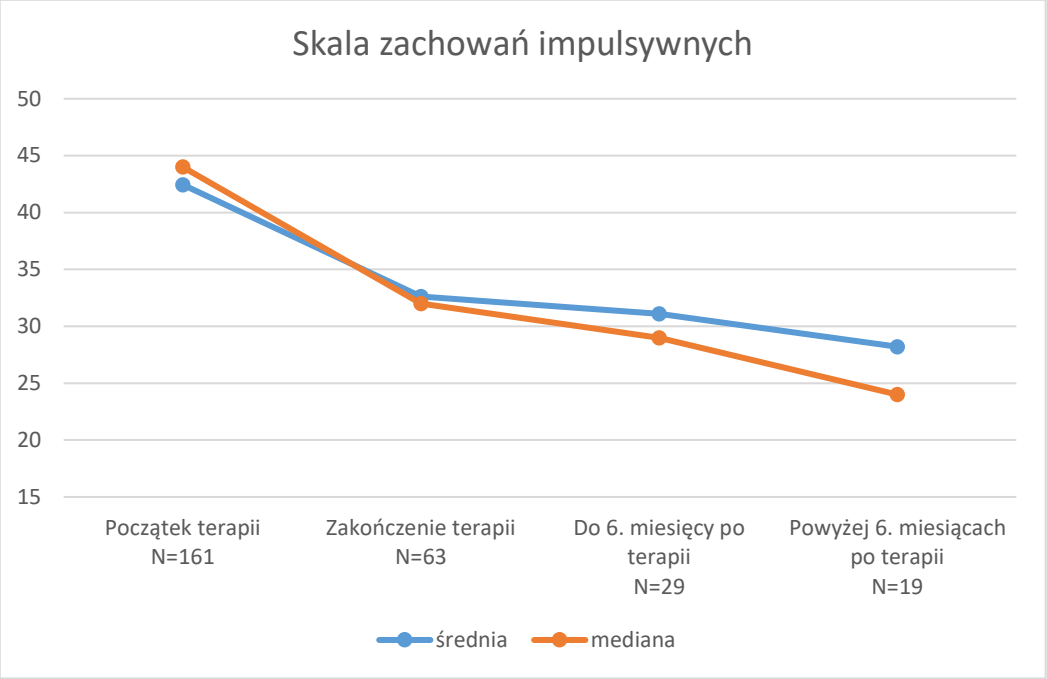
Tabela 366. Wynik dla testu ANOVA z powtarzanym pomiarem dla zachowań impulsywnych (1, 2 i 4 pomiar)

Nazwa czynnika wewnątrzobiektowego	*F*	*df hipotezy*	*df błędu*	*p*	η^2
Zachowania impulsywne	2,706	2	12	n.i.	0,172

Wynik ten okazał się nieistotny statystycznie, co oznacza, że nie udało się wykryć statystycznie istotnych różnic. Przyczyną takiego stanu rzeczy niewątpliwie jest mała wielkość próby. Zaledwie 14 przypadków udało się połączyć celem porównania wszystkich pomiarów.

Ponadto aby uzupełnić oraz zobrazować uzyskane wyniki, wygenerowano wykres zawierający średnią oraz medianę dla każdego okresu dokonanego pomiaru.

Wykres 15 Zmiana nasilenia zachowań impulsywnych



Na podstawie wygenerowanego wykresu, można stwierdzić, że nasilenie zachowań impulsywnych stopniowo spadało. Wizualnie, największa różnica widoczna jest pomiędzy pomiarem dokonanym na początku terapii oraz pomiarem dokonanym w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Celem sprawdzenia istotności owej różnicy przeprowadzono test *t*-Studenta dla prób zależnych. Wynik testu okazał się istotny statystycznie: $t(16)=2,294$; $p=0,036$, co pozwala wnioskować, że pomiędzy początkiem terapii, a okresem powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii nastąpił widoczny spadek w zakresie nasilenia zachowań impulsywnych.

10. SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

10.1. Początek terapii

Dla wyniku surowego ze skali zachowań agresywnych oraz dla podskal agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz podskali autoagresji wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 367.

Tabela 367. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	K-S istotność
Skala zachowań agresywnych	156	25	104	30	44	46,70	16,70	1,16	1,36	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	163	19	85	19	31	34,77	14,33	1,42	2,12	0,000
Podskala autoagresji	164	6	30	6	11	12,20	5,22	0,94	0,56	0,000

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Uzyskane rezultaty zarówno dla ogólnego wyniku na skali zachowań agresywnych, jak i dla poszczególnych podskal pozwalają wnioskować, że kształt rozkładu uzyskanych wyników odbiega kształtem od rozkładu normalnego.

Na skali zachowań agresywnych oraz na podskalach: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i podskali autoagresji dominowały niskie wyniki. Najczęściej nasilenie zachowań agresywnych można określić w kategoriach bardzo słabego oraz słabego. Nie występują również znaczne różnice w nasileniu zachowań agresywnych pomiędzy osobami z placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych. Szczegółowe dane zawiera Tabela 368, Tabela 369 i Tabela 370.

Tabela 368. Nasilenie zachowań agresywnych – początek terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 86	%	N = 84	%	N = 170	%
Bardzo słabe	53	61,63	42	50,00	95	55,88
Słabe	25	29,07	26	30,95	51	30,00
Umiarkowane	5	5,81	12	14,29	17	10,00
Silne	3	3,49	4	4,76	7	4,12
Bardzo silne	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Tabela 369. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom – początek terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 84	%	N = 171	%
Bardzo słabe	57	65,52	45	53,57	102	59,65
Słabe	24	27,59	25	29,76	49	28,65
Umiarkowane	3	3,45	10	11,90	13	7,60
Silne	2	2,30	2	2,38	4	2,34
Bardzo silne	1	1,15	2	2,38	3	1,75

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

Tabela 370. Nasilenie zachowań autoagresywnych – początek terapii

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 87	%	N = 84	%	N = 171	%
Bardzo słabe	45	51,72	34	40,48	79	46,20
Słabe	21	24,14	27	32,14	48	28,07
Umiarkowane	18	20,69	17	20,24	35	20,47
Silne	3	3,45	2	2,38	5	2,92
Bardzo silne	0	0,00	4	4,76	4	2,34

Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

10.2. Zakończenie terapii

Wynik ogólny dla skali zachowań agresywnych składa się z wyniku dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz z podskali autoagresji. Z tego względu testy istotności różnic przeprowadzono zarówno dla wyniku ogólnego jak również dla poszczególnych podskal. W pierwszej kolejności wygenerowano miary tendencji centralnej, dyspersji, miary kształtu rozkładu oraz test sprawdzający normalność rozkładu, celem podjęcia decyzji o zastosowaniu odpowiednich testów statystycznych. Wyniki zawiera Tabela 371.

Tabela 371. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych (1 oraz 2 pomiar).

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań agresywnych (1 pomiar)	61	25	104	30	44	46,82	16,96	1,10	1,25	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom 1 pomiar)	64	19	85	20	31,50	34,23	14,09	1,21	1,68	0,000
Podskala autoagresji 1 pomiar)	64	6	28	6	11	12,75	5,30	0,63	-0,27	0,001
Skala zachowań agresywnych (2 pomiar)	66	25	78	30	33,50	38,21	13,35	1,50	1,60	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar)	68	19	60	19	24	28,76	10,99	1,50	1,39	0,000
Podskala autoagresji (2 pomiar)	69	6	23	6	9	10,09	4,35	1,29	0,84	0,000

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.

Kształt rozkładu znacznie odchyla się od kształtu rozkładu normalnego. Problemu tego nie udało się wyeliminować poprzez logarytmizację skali ani eliminację obserwacji odstających. Pomimo tego mankamentu podjęto decyzję o zastosowaniu testu parametrycznego. Gdyż przyjmuje się, że dla dużych prób (n>30) test *t*-Studenta jest odporny na złamanie tego założenia. Ponadto analizując wyniki dla miar kształtu rozkładu, wnioskuje się, że każdy z rozkładów jest dodatnio skośny. Jednak uzyskane wyniki (max. Skośność=1,50) pozwalają stwierdzić, że odchylenia te nie są ekstremalne. Niemniej wynik dla testu *t*-Studenta zostanie porównany z wynikiem odpowiadającego mu testu nieparametrycznego, w tym przypadku z testem znaków rangowych Wilcoxona.

Na skali zachowań agresywnych oraz na podskalach: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i podskali autoagresji dominowały niskie wyniki. Najczęściej nasilenie zachowań agresywnych można określić w kategoriach bardzo słabego oraz słabego. Przy czym w porównaniu do pomiaru na początku terapii, w okresie zakończenia terapii częściej pojawiały się odpowiedzi mieszczące się w bardzo słabym nasileniu, zarówno w zakresie wyniku ogólnego dla całej skali, jak również dla poszczególnych skali. Szczegółowe dane zawiera Tabela 372, Tabela 373 i Tabela 374.

Tabela 372. Nasilenie zachowań agresywnych (2 pomiar)

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 42	%	N = 24	%	N = 66	%
Bardzo słabe	32	76,19	21	87,50	53	80,30
Słabe	6	14,29	2	8,33	8	12,12
Umiarkowane	4	9,52	1	4,17	5	7,58
Silne	0	0	0	0	0	0
Bardzo silne	0	0	0	0	0	0

Tabela 373. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar)

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 43	%	N = 25	%	N = 68	%
Bardzo słabe	32	74,42	21	84	53	77,94
Słabe	7	16,28	3	12	10	14,71
Umiarkowane	4	9,30	1	4	5	7,35
Silne	0	0	0	0	0	0
Bardzo silne	0	0	0	0	0	0

Tabela 374. Nasilenie zachowań autoagresywnych (2 pomiar)

NASILENIE	Placówki ambulatoryjne		Placówki stacjonarne		Ogółem	
	N = 44	%	N = 25	%	N = 69	%
Bardzo słabe	28	63,64	19	76	47	68,12
Słabe	8	18,18	4	16	12	17,39
Umiarkowane	7	15,91	1	4	8	11,59
Silne	1	2,27	1	4	2	2,90
Bardzo silne	0	0	0	0	0	0

10.3. Zmiana pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii

W pierwszej kolejności przeprowadzono testy istotności różnic dla skali zachowań agresywnych oraz dla poszczególnych podskal. Wyniki dla testu *t*-Studenta zawiera Tabela 375, natomiast w sekcji poświęconej interpretacji, wyniki te, ze względu na złamanie założenia o normalności rozkładu, zestawiono z wynikami testu nieparametrycznego.

Tabela 375. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań agresywnych

Nazwa skali	1 pomiar		2 pomiar		t	df	Istotność	*r*	Istotność
	M	SD	M	SD					
Skala zachowań agresywnych (*n*=57)	47,07	17,52	38,25	13,58	4,653	56	0,000	0,602	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (*n*=61)	34,67	14,26	28,66	11,24	3,790	60	0,000	0,549	0,000
Podskala autoagresji (*n*=63)	12,81	5,33	10,06	4,19	5,979	62	0,000	0,731	0,000

Na podstawie uzyskanego wyniku wnioskować można, że średni wynik dla skali zachowań agresywnych jest statystycznie niższy u osób, które ukończył terapię (M=38,25; SD=13,58) w porównaniu z wynikiem uzyskanym przed jej rozpoczęciem (M=47,07; SD=17,52): $t(56)= 4,653$; $p<0,001$. Ponadto wartość *d* Cohena= 0,62 wskazuje na średnią zależność (Cypryańska, Bedyńska, 2013) pomiędzy ukończeniem terapii i częstotliwością podejmowania zachowań agresywnych. Analogiczny wynik uzyskano przy zastosowaniu testu znaków rangowych Wilcoxona: $Z= 4,877$; $p<0,001$). W przypadku dwóch analizowanych podskal większy efekt odnotowano w przypadku podskali autoagresji (*d* Cohen= 0,75), gdzie wynik na początku terapii (M= 12,81; SD= 5,33) różni się statystycznie od wyniku uzyskanego w drugim pomiarze (M= 10,06; SD= 4,19): $t(67)= 5,979$; $p<0,001$). Wynik dla nieparametrycznego testu Wilcoxona również okazała się istotny statystycznie: $Z= 5,122$; $p<0,001$. W przypadku podskali zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom, różnice pomiędzy pierwszym pomiarem (M= 34,67; SD= 14,26), a pomiarem drugim (M= 28,66; SD= 11,24) również okazała się istotna statystycznie: $t(60)= 3,790$; $p<0,001$; *d* Cohen= 0,48. Wynik dla nieparametrycznego testu Wilcoxona również okazała się istotny statystycznie: $Z= 4,332$; $p<0,001$.

W dalszej kolejności wygenerowany statystyki opisowe oraz sprawdzono założenia dla grup wyodrębnionych ze względu na formę odbywania terapii: ambulatoryjna lub stacjonarna. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 376.

Tabela 376. Statystyki opisowe dla skali zachowań agresywnych w 1 i 2 pomiarze z uwzględnieniem typu placówki

Nazwa zmiennej	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań agresywnych (1 pomiar)- placówce ambulatoryjnej	36	26	89	30[b]	52,50	45,81	15,95	1,07	0,71	0,004
Skala zachowań agresywnych (2 pomiar)- placówce ambulatoryjnej	42	25	78	30	36	40,20	14,26	1,39	1,20	0,000
Skala zachowań agresywnych (1 pomiar)- placówce stacjonarne	25	25	104	30[b]	44	48,28	18,57	1,11	1,81	0,046
Skala zachowań agresywnych (2 pomiar)- placówce stacjonarne	25	25	67	6[b]	30,50	35,17	11,42	1,64	2,08	0,000
Podskala autoagresji (1 pomiar)- placówki ambulatoryjne	36	6	25	10	11	12,51	4,90	0,66	-0,30	0,053
Podskala autoagresji (2 pomiar)- placówki ambulatoryjne	44	6	23	6	9	10,49	4,31	1,12	0,61	0,000
Podskala autoagresji (1 pomiar)- placówki stacjonarne	25	6	28	6[b]	13	13,12	5,97	0,57	-0,34	0,027
Podskala autoagresji (2 pomiar)- placówki stacjonarne	25	6	20	6[b]	8	8,83	3,46	1,90	3,79	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1 pomiar) – placówki ambulatoryjne	36	19	70	20	30	33,24	12,93	0,99	0,46	0,001
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar) – placówki ambulatoryjne	43	19	60	24	24	29,71	11,75	1,38	0,83	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1 pomiar) – placówki stacjonarne	25	19	85	19	34,50	35,69	15,79	1,34	2,42	0,003
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar) – placówki stacjonarne	25	19	59	19	23,50	26,33	9,42	2,19	5,59	0,000

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

W przeważającej większości założenie o normalności rozkładu w obrębie poszczególnych czynników zostało złamane. Wykazano natomiast homogeniczność wariancji dla uśrednionej wartości zmiennej niezależnej międzyobiektowej dla całej skali zachowań agresywnych. Wartość testu Levine'a wyniosła: $F(1, 68)= 0,145$; *ni*. Ponadto wykazano nierównoliczność wyodrębnionych grup: $\chi^2= 8,529$; $p=0,036$. W przypadku podskali autoagresji również można stwierdzić, że uśredniona wartość z dwóch pomiarów spełnia warunek homogeniczności wariancji: $F(1, 68)= 0,122$; *ni*. Podobnie grupy te okazały się nierównoliczne: $\chi^2= 9,863$; $p=0,020$. Dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom zaobserwowano homogeniczność wariancji w wyodrębnionych grupach: $F(1, 68)= 0,100$; *ni.* Grupy te jednak nie są równoliczne: $\chi^2= 8,956$; $p=0,030$. W związku ze złamaniem założenia o normalności rozkładu oraz nierównoliczności grup, wyniki z testów parametrycznych byłyby obciążone. W związku z czym, podjęto decyzję o zastosowaniu nieparametrycznych testów istotności różnic znaków rangowych Wilcoxona. Wyniki zawiera Tabela 377, Tabela 378 i Tabela 379.

Tabela 377. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Skali zachowań agresywnych – placówki ambulatoryjne

Skala zachowań agresywnych		*N= 34*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- zakończenie terapii	Ujemne rangi	27	15,87	428,50	3,325	0,000
	Dodatnie rangi	4	16,88	67,50		
	Wiązane	3	-	-		

Tabela 378. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom – placówki ambulatoryjne

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom		*N= 34*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- zakończenie terapii	Ujemne rangi	26	16,98	441,50	3,325	0,001
	Dodatnie rangi	6	14,42	86,50		
	Wiązane	2	-	-		

Tabela 379. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali autoagresji – placówki ambulatoryjne

Podskala autoagresji		*N= 34*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- zakończenie terapii	Ujemne rangi	22	19,57	430,50	3,597	0,000
	Dodatnie rangi	9	7,28	65,50		
	Wiązane	3	-	-		

Wyniki zarówno dla podskal jak i całej skali zachowań agresywnych okazały się istotne statystycznie, co oznacza, że ukończenie terapii w formie ambulatoryjnej przyczynia się w sposób istotny do spadku nasilenia zachowań agresywnych wśród pacjentów.

Analogiczną serię testów przeprowadzono dla placówek stacjonarnych. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 380, Tabela 381 i Tabela 382.

Tabela 380. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Skali zachowań agresywnych – placówki stacjonarne

Skala zachowań agresywnych		*N= 23*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- zakończenie terapii	Ujemne rangi	18	12,69	228,50	3,313	0,001
	Dodatnie rangi	4	6,13	24,50		
	Wiązane	1	-	-		

Tabela 381. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom – placówki stacjonarne

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom		*N= 23*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- zakończenie terapii	Ujemne rangi	15	11,87	178,00	2,727	0,006
	Dodatnie rangi	5	6,40	32,00		
	Wiązane	3	-	-		

Tabela 382. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali autoagresji – placówki stacjonarne

Podskala autoagresji		*N= 23*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- zakończenie terapii	Ujemne rangi	19	11,84	225,00	3,815	0,000
	Dodatnie rangi	2	3,00	6,00		
	Wiązane	2	-	-		

W przypadku placówek stacjonarnych również wyniki okazały się istotne statystycznie. Można więc wnioskować, że uczestnictwo w terapii stacjonarnej przyczynia się do redukcji nasilenia zachowań agresywnych.

Przeprowadzono również serię testów U Manna-Whitneya pomiędzy poszczególnymi typami placówek, przy założeniu, że uzyskanie istotnie statystycznych wyników w drugim pomiarze będzie stanowiło dowód na wyższą skuteczność poszczególnej formy terapii. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 383.

Tabela 383. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali zachowań agresywnych

Nazwa zmiennej	Placówki ambulatoryjne			Placówki stacjonarne			U M-W	Z	Istotność
	N	Średnia ranga	Suma rang	N	Średnia ranga	Suma rang			
Skala zachowań agresywnych (1 pomiar)	41	31,46	1290	24	35,63	855	429	-0,86	n.i.
Skala zachowań agresywnych (2 pomiar)	41	36,16	1482,50	24	27,60	662,50	362,50	-1,76	n.i.
Podskala autoagresji (1 pomiar)	43	33,73	1450,50	25	35,82	895,50	504,50	-0.42	n.i.
Podskala autoagresji (2 pomiar)	43	37,23	1601	25	29,80	745	420	-1,51	n.i.
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1 pomiar)	41	32,21	1320,50	25	35,62	890,50	459,50	-0,70	n.i.
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar)	41	35,41	1452	25	30,36	759	434	-1,04	n.i.

Na podstawie przeprowadzonych testów nieparametrycznych nie można stwierdzić, że średni ogólny wyniki na skali zachowań agresywnych jak również wyniki dla poszczególnych

podskal różnią się istotnie statystycznie. Oznacza to, że pacjenci którzy ukończyli program ambulatoryjny nie różnią się w sposób istotny statystycznie od pacjentów, którzy ukończyli terapię stacjonarną w zakresie nasilenia zachowań agresywnych.

10.4. Pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii

Dla wyniku surowego ze skali zachowań agresywnych wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Skala agresji składa się z dwóch podskal – agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji. Dla każdej z podskal oraz dla wyniku ogólnego agresji wyliczono powyżej wymienione parametry. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 384.

Tabela 384. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych (1, 2 oraz 3 pomiar)

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań agresywnych (1 pomiar)	27	25	104	35	40	44,33	17,70	1,61	3,53	0,001
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom 1 pomiar)	27	19	85	19[b]	26	31,78	15,09	1,91	4,72	0,000
Podskala autoagresji 1 pomiar)	28	6	30	9	10	12,43	5,78	1,24	1,63	0,008
Skala zachowań agresywnych (2 pomiar)	24	25	67	25	34,50	34,96	9,87	1,69	3,76	0,002
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar)	25	19	59	19	24	26,40	9,81	2,04	4,32	0,000
Podskala autoagresji (2 pomiar)	25	6	22	6[b]	9	9,84	3,99	1,59	2,64	0,006
Skala zachowań agresywnych (3 pomiar)	29	25	97	25	32	38,38	16,16	2,12	5,46	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (3 pomiar)	29	19	73	19	23	27,10	11,86	2,65	7,95	0,000
Podskala autoagresji (3 pomiar)	29	6	30	6	9	11,28	6,70	1,34	0,87	0,000

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Uzyskane wyniki dla wszystkich sparowanych obserwacji, zarówno dla pierwszego, drugiego oraz trzeciego pomiaru okazały się istotne statystycznie, co oznacza, że założenie o normalności rozkładu dla każdego czynnika analizowanej zmiennej zależnej zostało złamane. Ponadto zważywszy na niewielką liczebność próby (n<30), podjęto decyzję o zastosowaniu nieparametrycznych testów istotności różnic.

W okresie do 6. miesięcy od zakończenia terapii również dominują bardzo niskie wyniki. Jedynie w podskali autoagresji stosunkowo często pojawiała się odpowiedz świadcząca o

umiarkowanym i silnym nasileniu. Szczegółowe wynik zawiera Tabela 385, Tabela 386 i Tabela 387.

Tabela 385. Nasilenie zachowań agresywnych (3 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 29	%
Bardzo słabe	22	75,86
Słabe	5	17,24
Umiarkowane	1	3,45
Silne	1	3,45

Tabela 386. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (3 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 29	%
Bardzo słabe	24	82,76
Słabe	3	10,34
Umiarkowane	1	3,45
Silne	1	3,45
Bardzo silne	0	0

Tabela 387. Nasilenie zachowań autoagresywnych (3 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 29	%
Bardzo słabe	20	68,97
Słabe	2	6,90
Umiarkowane	3	10,34
Silne	3	10,34
Bardzo silne	1	3,45

10.5. Zmiana od początku terapii do 3. pomiaru (w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii)

Do przeprowadzenia analizy wybrano test rang Friedmana dla prób skorelowanych. Przeprowadzono osobne analizy dla całej skali zachowań agresywnych oraz dla dwóch podksal: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz dla autoagresji. Uzyskane wyniku zawiera Tabela 388.

Tabela 388. Wyniki testu Friedmana dla skali zachowań agresywnych (1, 2 i 3 pomiar)

Skala zachowań agresywnych N= 21	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	45,19	18,86	2,36	4,278	2	n.i.
Zakończenie terapii	35,19	10,50	1,83			
Do 6. Miesięcy po terapii	38,14	16,89	1,81			

Na podstawie przeprowadzonego testu wnioskuje się, że wyniki ogólny dla skali zachowań agresywnych utrzymywał się na tym samym poziomie na wszystkich etapach dokonanego pomiaru: $\chi^2(2)= 4,278$; $p=0,118$. Otrzymanie wyniku nieistotnego statystycznie wskazuje jednocześnie, że na skutek udziału w terapii nie nastąpiła zmiana w nasileniu zachowań agresywnych. Warto jednak wskazać, że w analizie obejmującej dwa początkowe pomiary różnica w wyniku dla skali zachowań agresywnych okazała się istotna statystycznie: $t(56)= 4,653$; $p<0,001$. Jednak tamten wynik został wygenerowany przy wykorzystaniu testu parametrycznego odznaczającego się większą mocą. Ponadto w tamtym porównaniu została włączona do analizy znacznie większa próba ($n= 57$), porównanie natomiast obejmowało jedynie dwa okresy pomiarowe.

Kolejny test przeprowadzono dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom. Wyniki zawiera Tabela 389.

Tabela 389. Wynik testu Friedmana dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1, 2 i 3 pomiar)

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom N= 22	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	33,14	16,21	2,43	6,825	2	0,033
Zakończenie terapii	25,64	9,61	1,75			
Do 6. Miesięcy po terapii	26,91	12,10	1,82			

Dla powyżej przeanalizowanej podskali wynik testu Friedmana okazał się istotny statystycznie: $\chi^2(2)= 6,825$; $p= 0,033$, co wskazuje, że przynajmniej jeden z wyników różni się od pozostałych. Celem określenia, które wynik się różnią przeprowadzono serię testów znaków rangowych Wilcoxona dla prób zależnych. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 390

Tabela 390. Testy post-hoc dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	*N*	Średnia ranga-ujemna	Średnia ranga-dodatnie	Suma rang-ujemne	Suma rang-dodatnie	*Z*	*P*[a]
Początek terapii **x** Zakończenie terapii	22	11,38	7,00	182,00	28,00	2,679	0,012
Początek terapii **x** Do 6. Miesięcy po terapii	22	11,04	7,75	143,50	46,50	1,957	n. i.
Zakończenie terapii **x** Do 6. Miesięcy po terapii	22	9,00	11,11	90,00	100,00	0,202	n. i.

[a] Istotność wyliczono z zastosowaniem poprawki Bonferroniego.

Na podstawie przeprowadzonych porównań parami wynika, że jedyna istotna różnica wyników wystąpiła pomiędzy początkiem a zakończeniem terapii: Z= 2,679; p= 0,012. Wyniki ten wskazują, że w efekcie uczestnictwa w terapii nastąpił istotny statystycznie spadek w zakresie nasilenia agresji przeciwko innym osobom lub rzeczom. Efekt ten jednak osłabł w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę dla podskali autoagresji. Wynik okazał się nieistotny statystycznie, co wskazuje na brak występowania różnic w wynikach pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Wyniki zawiera Tabela 391.

Tabela 391. Wynik testu Friedmana dla podskali autoagresji (1, 2 i 3 pomiar)

Podskala autoagresji N= 22	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	12,55	4,90	2,11	0,553	2	0,759
Zakończenie terapii	10,05	4,20	1,91			
Do 6. Miesięcy po terapii	11,82	7,35	1,98			

10.6. Pomiar w okresie powyżej 6 miesięcy po zakończeniu terapii

Dla wyniku surowego ze skali zachowań agresywnych wygenerowano parametry miary tendencji centralnej, miary dyspersji oraz kształtu rozkładu. Przeprowadzono również test badający normalność rozkładu. Skala agresji składa się z dwóch podskal – agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji. Dla każdej z podskal oraz dla wyniku ogólnego agresji wyliczono powyżej wymienione parametry. Uzyskane wyniki zawiera Tabela 392.

Tabela 392. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych (1, 2, 3 oraz 4 pomiar)

Nazwa skali	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza	W[a] istotność
Skala zachowań agresywnych (1 pomiar)	18	25	58	30	34	37,39	9,57	0,74	-0,35	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom 1 pomiar)	18	19	48	20	25	26,94	8,12	1,34	1,39	0,000
Podskala autoagresji 1 pomiar)	19	6	20	9	9	10,37	4,06	1,46	1,82	0,000
Skala zachowań agresywnych (2 pomiar)	16	25	48	25[b]	30	31,25	5,92	1,51	3,24	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar)	17	19	45	19[b]	22	24,29	7,24	2,25	4,55	0,000
Podskala autoagresji (2 pomiar)	17	6	22	6[b]	8	9,06	3,98	2,38	6,84	0,000
Skala zachowań agresywnych (3 pomiar)	13	25	72	25	32	36,54	13,94	1,56	2,35	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (3 pomiar)	13	19	54	19	23	26,62	10,04	1,99	4,22	0,000
Podskala autoagresji (3 pomiar)	13	6	22	6	8	9,92	5,71	1,42	0,44	0,000
Skala zachowań agresywnych (4 pomiar)	19	25	69	25	31	36,58	14,35	1,26	0,18	0,000
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (4 pomiar)	19	19	56	19	23	27,32	11,21	1,54	1,24	0,000
Podskala autoagresji (4 pomiar)	19	6	26	6	8	9,26	4,96	2,51	7,04	0,000

[a] Normalność rozkładu sprawdzono przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka.
[b] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą.

Na podstawie uzyskanych wyników, stwierdza się, że podstawowe założenia, jakimi są rozkład zbliżony do rozkładu normalnego oraz liczebność próby, nie zostały spełnione. W związku z niniejszym podjęto decyzję o zastosowaniu nieparametrycznych testów istotności różnic.

W okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii również dominują bardzo niskie wyniki. Podsumowując wyniki uzyskane na skali zachowań agresywnych, można stwierdzić, że agresja w badanej próbie utrzymywała się od początku terapii na stosunkowo niskim poziomie. Ponadto pod koniec terapii zaobserwowano jeszcze istotniejszy spadek agresji, która utrzymała się na takim poziomie przez okres dokonania trzeciego i czwartego pomiaru. Szczegółowe dane na ten temat zawiera sekcja poświęcona wynikom z wnioskowania statystycznego. Natomiast częstości oraz procent dla poszczególnych kategorii zawiera Tabela 393, Tabela 395 i Tabela 396.

Tabela 393. Nasilenie zachowań agresywnych (4 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 19	%
Bardzo słabe	14	73,68
Słabe	4	21,05
Umiarkowane	1	5,26
Silne	0	0
Bardzo silne	0	0

Tabela 394. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (4 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 19	%
Bardzo słabe	15	78,95
Słabe	3	15,79
Umiarkowane	1	5,26
Silne	0	0
Bardzo silne	0	0

Tabela 395. Nasilenie zachowań autoagresywnych (4 pomiar)

NASILENIE	Ogółem	
	N = 19	%
Bardzo słabe	15	78,95
Słabe	2	10,53
Umiarkowane	1	5,26
Silne	0	0
Bardzo silne	1	5,26

10.7. Zmiana od początku terapii do 4. Pomiaru (w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu terapii

Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem testu Wolcoxona dla wyniku ogólnego agresji, natomiast dla poszczególnych podskal użyto testu rang Friedmana dla prób skorelowanych. Porównano wyniki z pierwszego, drugiego oraz czwartego pomiaru. Zgromadzone wyniki dla skali zachowań agresywnych oraz dla podskal agresji zawiera Tabela 396, Tabela 397, Tabela 398, Tabela 399.

Tabela 396. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Skali zachowań agresywnych (1 i 4 pomiar)

Skala zachowań agresywnych		*N= 16*	Średnia ranga	Suma rang	Z	*p*
Początek terapii- powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii	Ujemne rangi	9	7,06	63,50	0,691	n.i.
	Dodatnie rangi	5	8,30	41,50		
	Wiązane	2	-	-		

Tabela 397. Wynik testu Friedmana dla skali zachowań agresywnych (1, 2 i 4 pomiar)

Skala zachowań agresywnych N= 14	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	36,50	10,45	2,39	3,71	2	n.i.
Zakończenie terapii	31,21	6,33	1,79			
Powyżej 6. Miesięcy po terapii	35,50	14,79	1,82			

Tabela 398. Wynik testu Friedmana dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1, 2 i 4 pomiar)

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom N= 15	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	27,27	8,70	2,37	3,796	2	n.i.
Zakończenie terapii	23	5,24	1,77			
Powyżej 6. Miesięcy po terapii	26,87	11,69	1,87			

Tabela 399. Wynik testu Friedmana dla podskali autoagresji (1, 2 i 4 pomiar)

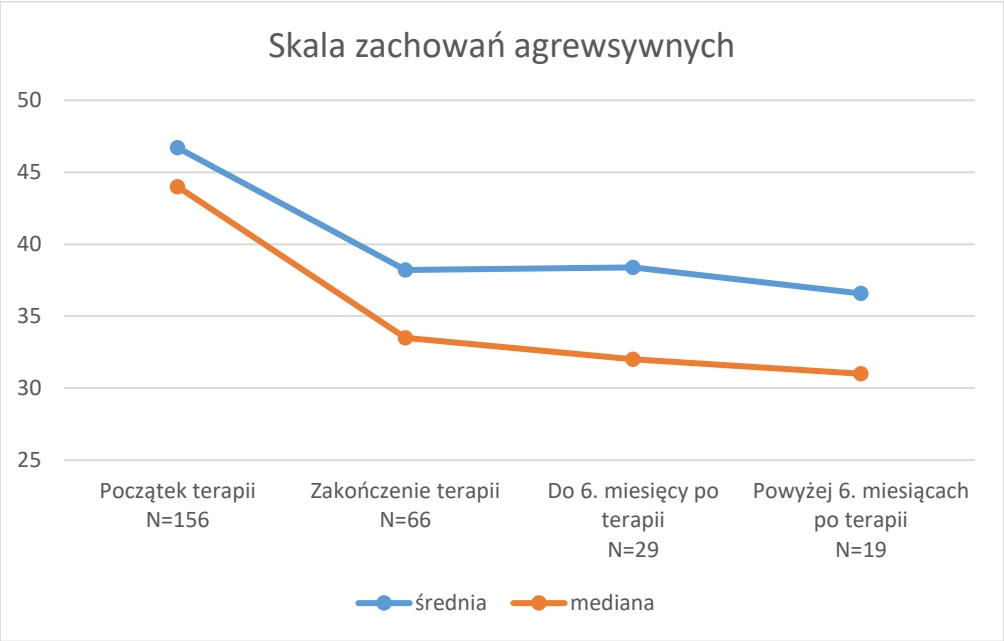
Podskala autoagresji N= 15	*M*	SD	Średnia ranga	X^2	*df*	*p*
Początek terapii	10,53	4,37	2,20	1,265	2	n.i.
Zakończenie terapii	9,20	4,21	1,83			
Powyżej 6. Miesięcy po terapii	9,53	5,50	1,97			

Na podstawie przeprowadzonej analizy nie udało się uchwycić statystycznie istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi pomiarami. Wynik testu istotności różnic, zarówno dla skali zachowań agresywnych, jak również dla poszczególnych podskal, są nieistotne statystycznie. Pomimo że w próbie występują różnice w średnich pomiędzy pomiarami, to zważywszy na niewielką ilość obserwacji w 4 pomiarze, różnice te są zbyt niewielkie aby testy okazały się istotne.

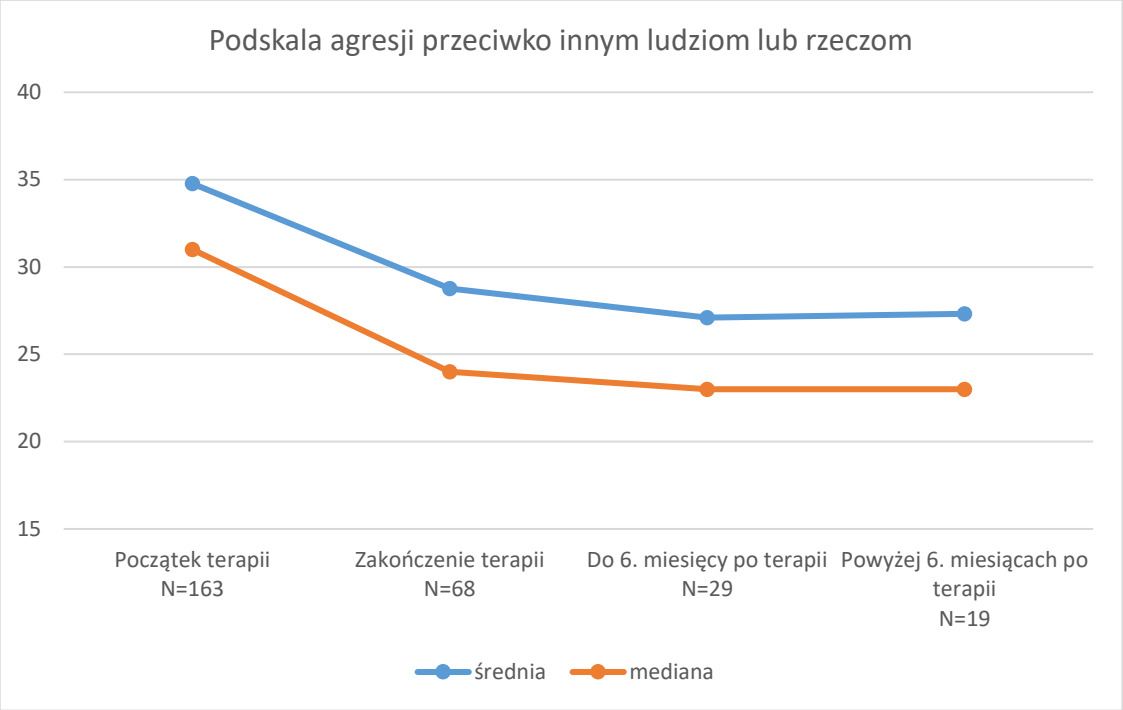
Natomiast w celu zwizualizowania dynami zmian w zakresie zachowań agresywnych, wygenerowano wykresy zawierające średnie oraz mediany dla wyniku ogólnego zachowań

agresywnych oraz dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz podskali autoagresji.

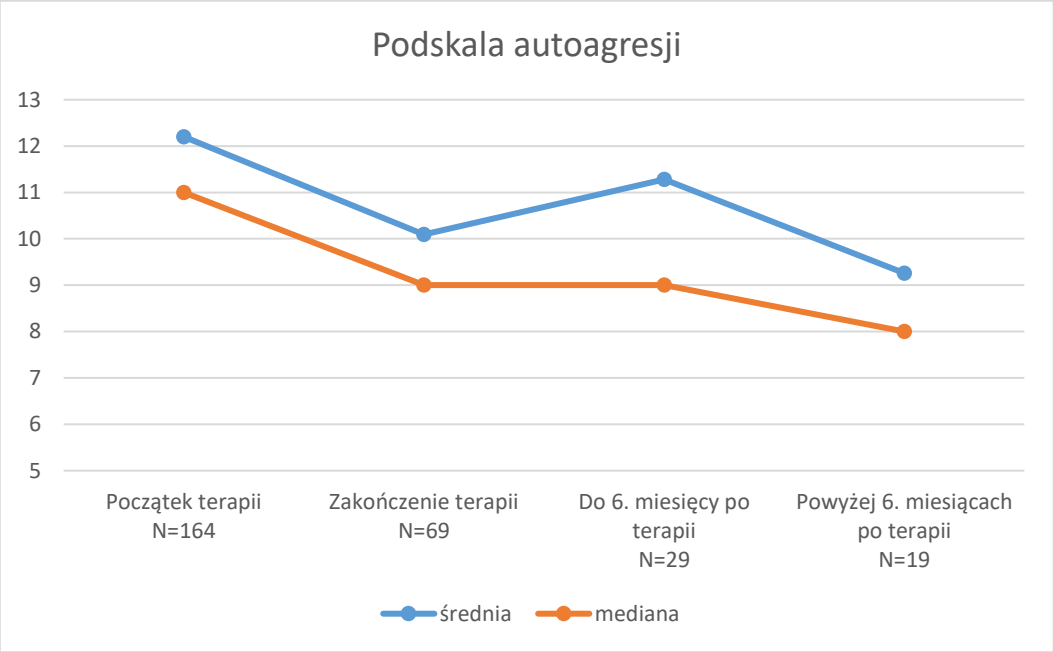
Wykres 16 Zmiana nasilenia agresji



Wykres 17 Zmiana nasilenia agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom



Wykres 18 Zmiana nasilenia autoagresji



CZĘŚĆ IV

11. STUDIUM PRZYPADKU

Studium przypadku (*case study*) jest metodą analizy jednostkowych przypadków, tutaj losów ludzkich, uwikłanych w konkretne uwarunkowania. Jego celem jest jak najlepsze zobrazowanie sytuacji przebadanej osoby, a co za tym idzie – dokładniejsze zrozumienie zachodzącego procesu i wyciągnięcie wniosków (Kożuch, Marzec 2014). Studium jest analizą jakościową pozwalającą uchwycić te uwarunkowania i zależności, które umykają przy wykorzystaniu statystycznych (więc z natury uogólniających) metod analizy danych. Z tego względu dane dotyczące wszystkich osób, które wzięły udział w pomiarze w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, poddano analizie metodą studium przypadku.

W tej części zaprezentowane zostaną opisy konkretnych 19. przypadków, mogące służyć jako przykłady wielowymiarowych zmian w zależności od jednostkowych uwarunkowań przebadanych osób. Każdy przypadek opisano zgodnie z następującym schematem: [1] dane o statusie socjoekonomicznym i ich zmiana od czasu rozpoczęcia terapii do ostatniego pomiaru; [2] podstawowe informacje o udzielonej pomocy terapeutycznej; [3] charakterystyka uzależnienia omawianej osoby na każdym etapie badań; [4] nasilenie zmiennych mierzonych poszczególnymi skalami (i podskalami) KPST-N i ich zmiana w czasie od rozpoczęcia terapii do zakończenia badań; [5] podsumowanie danego przypadku ze zwróceniem uwagi na najbardziej charakterystyczne bądź znaczące elementy sytuacji danej osoby. Dla kolejnych pomiarów posługiwano się zamiennie określeniami:

- pomiar pierwszy = pomiar na rozpoczęcie terapii = pomiar początkowy;
- pomiar drugi = pomiar na zakończenie terapii;
- pomiar trzeci = pomiar w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii;
- pomiar czwarty = pomiar w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii = pomiar końcowy.

Interpretując dane zawarte w opisach należy wziąć pod uwagę, że dotyczą one tylko tych osób, które wytrwały w badaniach do samego końca. Jest to grupa 19. z początkowych 175. przebadanych na rozpoczęcie terapii osób.

11.1. Przypadek 1

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Pierwsza z opisywanych przebadanych osób jest kobietą, w momencie rozpoczynania terapii w grudniu 2018 roku miała 30 lat, wyższe wykształcenie (stopień doktora). Mieszka w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców, jest rozwiedziona, ale pozostaje w związku nieformalnym (deklaracja podczas pomiaru na zakończenie terapii). Swoje warunki mieszkaniowe określiła jako bardzo dobre. Badana pracowała zarobkowo wykonując pracę umysłową w obszarze nauk biologicznych uzyskując dochód około 3000zł na miesiąc. Z danych zebranych po terapii wynika, że utraciła zatrudnienie i utrzymuje się ze świadczeń socjalnych (około 2000zł).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badana od grudnia 2018 do marca 2019 (3 miesiące) przebywała w placówce stacjonarnej, w której stosowano podejście terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Badana objęta była zarówno terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień) jak również grupową.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badana spełniała 8 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia. Symptomy, których badana nie przejawiała wiązały się z tym, że nie poświęcała dużo czasu na łagodzenie skutków zażywania narkotyków, nie odczuwała silnego pragnienia narkotyku (potwierdza to umiarkowane nasilenie pragnienia narkotyku określone na podstawie Skali pragnienia narkotyku), nadal pracowała, podtrzymywała swoje zainteresowania, po zaprzestaniu zażywania nie odczuwała nieprzyjemnych objawów. Badana zaczęła zażywać środki psychoaktywne w wieku 19 lat, w momencie pierwszego pomiaru od 3 tygodni i 4 dni była w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. W ciągu ostatnich 30. dni tylko raz była pod wpływem środków psychoaktywnych, przeznaczyła na to 40zł. Przed rozpoczęciem terapii najczęściej zażywała 0,6g kodeiny, nie przyjmowała innych środków psychoaktywnych.

Wcześniej badana ukończyła już inną terapię uzależnienia od narkotyków, nie miała innych uzależnień. W ciągu poprzedzających badanie 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków raz była leczona w szpitalu. Dodatkowo miała zdiagnozowaną depresję, leczyła się na nią i regularnie zażywała leki, przez miesiąc poprzedzający pierwsze badanie nie zauważyła u siebie nasilenia lub złagodzenia problemów psychicznych. Badanej nie dotyczyły problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badana postawiła sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji, co jej się udało. Dobrowolnie zachowała abstynencję przez cały okres terapii, a jej nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Nie pojawiły się też u niej żadne nowe uzależnienia. Badana nie musiała być hospitalizowana, nie potrzebowała również wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych. Nie pojawiły się u niej nowe problemy psychiczne, a te związane z depresją uległy złagodzeniu. Badana przestała regularnie zażywać lekarstwa na depresję, zdeklarowała, że problem ustąpił.

Na początku sierpnia 2019 roku (czyli niecałe 5 miesięcy po zakończeniu terapii) badana wzięła udział w trzecim pomiarze. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie nie zachowała całkowitej abstynencji, a nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej ponownie można było określić jako znaczne (choć na początku terapii spełniała 8 kryteriów DSM-5, a podczas trzeciego pomiaru 6). W przeciwieństwie do pomiaru na rozpoczęcie terapii badana deklarowała, że po 5. miesiącach od jej zakończenia zażywając środki psychoaktywne nie zwiększa zaplanowanej pierwotnie dawki i nie robi tego przez dłuższy okres czasu niż planowała. Taka zmiana wskazywałaby na większą niż na początku terapii kontrolę nad braniem środków psychoaktywnych. Badana nie odczuwała silnego pragnienia narkotyku (potwierdza to słabe nasilenie pragnienia określone na podstawie Skali pragnienia narkotyku), nie poświęcała również dużo czasu na łagodzenie skutków zażywania. Pozostała aktywna i realizowała swoje obowiązki zarówno na polu relacji rodzinnych, towarzyskich, hobbystycznych jak i zawodowych, jednak zmniejszyło się jej zaangażowanie w realizację obowiązków związanych z pracą. Badana zażywała środki psychoaktywne mimo tego, że realnie jej to szkodziło i stwarzało niebezpieczne sytuacje zagrażające jej życiu bądź zdrowiu, odczuwała zwiększającą się tolerancję na środek psychoaktywny, ale nie miała objawów związanych z odstawieniem. Badana zażywała tylko kodeinę, najczęściej w dawce 1g. W ciągu 30. dni poprzedzających badanie 20 dni była pod wpływem środka psychoaktywnego (w tym 4 dni w ciągu ostatniego tygodnia). Przeznaczyła na to 1400zł (280zł w ciągu ostatniego tygodnia). Biorąc udział w trzecim pomiarze od 3 dni była w dobrowolnej abstynencji.

Od zakończenia terapii badana podjęła kolejną terapię uzależnień, dodatkowo brała udział w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień nie miała). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych nie wymagała wizyty lekarskiej ani hospitalizacji. Jednak wróciły problemy związane z depresją, badana ponownie zaczęła leczyć się i regularnie zażywać leki, deklaratywnie w ciągu 30. dni poprzedzających badanie problemy uległy złagodzeniu.

Pod koniec listopada 2019 badana przystąpiła do czwartego pomiaru. Było to ponad 8 miesięcy od zakończenia terapii. Przez dwa miesiące poprzedzające pomiar badana zachowała całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jej nasilenie pragnienia narkotyku można określić jako bardzo słabe. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że w tym okresie podjęła kolejną już terapię uzależnień i korzystała z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień badana nie miała). W ciągu 30. dni poprzedzających badanie w związku z problemami zdrowotnymi spowodowanymi przez środki psychoaktywne badana dwa razy wymagała wizyty lekarskiej, natomiast nie była hospitalizowana. Nie zdiagnozowano u niej żadnych nowych problemów psychicznych, natomiast nadal leczyła się i regularnie zażywała leki z powodu depresji. W ciągu 30. dni poprzedzających badanie problemy psychiczne nasiliły się. Mogło to mieć związek m.in. z jesienno-zimowym okresem przeprowadzania pomiaru (Akhter i in 2014, Eastwood, Peacocke 1976).

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badana rozpoczynała terapię z bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez nią decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania był spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu. Dodatkowo motywowała ją utrata kontroli nad własnym życiem i brak poczucia zadowolenia z życia. Pod koniec trwania terapii motywacja badanej spadła na przeciętny poziom, zmieniły się też nieco główne motywy zmiany – nadal była to motywacja wewnętrzna, jednak najważniejszym czynnikiem był brak poczucia zadowolenia z życia, a kolejnymi spadek efektywności w pracy oraz poczucie lęku i niepewności. Podczas trzeciego pomiaru badana ponownie miała wysoki poziom motywacji do zmiany. Tym razem jako najważniejszy motyw wskazała utratę poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej, następnie smutek i stale obniżony nastrój oraz spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu. Podczas czwartego pomiaru poziom motywacji badanej był bardzo wysoki, a jako główny motyw zmiany wskazała utratę kontroli nad własnym życiem, następnie spadek efektywności w pracy oraz smutek i stale

obniżony nastrój. Co ważne, na każdym etapie pomiaru najważniejsze motywy zmiany były motywacją wewnętrzną.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to początkowo badana miała bardzo wysoki poziom cechy. Pod koniec terapii był on już tylko wysoki, podczas trzeciego pomiaru utrzymywał się jako wysoki, natomiast zmierzony przy czwartym pomiarze okazał się już bardzo niski. Tak radykalna zmiana może wiązać się ze wspomnianą już utratą pracy i pozostawaniem bez zatrudnienia.

Istotną zmianę można zauważyć również na skali wsparcia społecznego. Początkowo badana deklarowała przeciętny poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Tylko zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego można było określić jako wysokie, natomiast dla pozostałych rodzajów wsparcia (wartościującego, informacyjno-instrumentalnego oraz duchowego) było ono przeciętne. Pod koniec terapii zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego było już bardzo wysokie. Tylko wsparcie duchowe określono wysokim poziomem zadowolenia, natomiast wszystkie pozostałe bardzo wysokim. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego ponownie był przeciętny, tym razem jednak wystąpiło spore zróżnicowanie pod względem rodzaju wsparcia – wsparcie emocjonalne określono jako przeciętne; wartościujące jako wysokie; informacyjno-instrumentalne jako bardzo niskie, a duchowe jako niskie. Jeszcze niższe wyniki uzyskano podczas czwartego pomiaru, czyli ponad 8 miesięcy od zakończenia terapii. Ogólny wynik ze skali wsparcia społecznego był niski, z podskali wsparcia emocjonalnego przeciętny, wsparcia wartościującego i informacyjno-instrumentalnego niski, a wsparcia duchowego bardzo niski.

Na początku terapii poziom zadowolenia badanej z relacji społecznych był niski. Niewielkie zróżnicowanie występowało pomiędzy rodzajami relacji – niski wynik dla relacji rodzinnych, bardzo niski dla towarzyskich i przeciętny dla relacji zawodowych. Jednak badana nie pozostawała z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie, w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popadła z nikim w konflikt, a jeżeli kiedykolwiek jej się to zdarzało to najczęściej były to konflikty z ojcem. Nie były to jednak konflikty związane z zażywaniem narkotyków, badana nie szukała specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię nastąpiła poprawa jeżeli chodzi o poziom zadowolenia z relacji społecznych – był on przeciętny. Lepiej oddaje sytuację analiza poszczególnych rodzajów relacji – zadowolenie z relacji rodzinnych nadal było niskie, natomiast z relacji towarzyskich i zawodowych wysokie. Być może ma to związek z przebywaniem w ośrodku stacjonarnym i terapią grupową (a więc ciągłym kontaktem z ludźmi) oraz oddaleniem przez 3 miesiące od środowiska pracy (co mogło

wpłynąć na bardziej przychylną ocenę relacji ze współpracownikami). W trakcie terapii (w okresie 30. dni przed drugim pomiarem) badana dwa razy popadła w poważny konflikt, każdorazowo dotyczyło to relacji ze współpacjentami. Konflikty te nie dotyczyły zażywania narkotyków, badana szukała specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z relacji społecznych był bardzo niski, zarówno ogólnie jak i dla każdego z trzech rodzajów relacji. Badana nie była z nikim w poważnym konflikcie, natomiast w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar raz skonfliktowała się ze swoim chłopakiem. Nie był to konflikt związany z zażywaniem narkotyków, badana nie szukała specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania go. Podczas czwartego pomiaru zadowolenie z relacji społecznych nadal było bardzo niskie, nieznacznie zmieniło się zadowolenie z relacji rodzinnych – z bardzo niskiego na niskie. Podczas tego pomiaru relacje zawodowe nie były już uwzględniane, ponieważ badana nie pracowała. Nie była z nikim poważnie skonfliktowana, w ciągu 30. dni przed pomiarem nie popadła z nikim w konflikt, choć przy tym pomiarze wymieniła więcej osób, z którymi zdarza jej się wchodzić w konflikt (chłopak, były mąż, matka, ojciec, siostra). Jednak konflikty te nie mają związku z zażywaniem narkotyków. Badana szukała specjalistycznej pomocy w ich rozwiązaniu.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Początkowo było ono słabe, na skutek terapii udało się je obniżyć do bardzo słabego. Natomiast podczas pomiarów po zakończeniu terapii ponownie wróciło ono do poziomu słabego. Co jednak ważne – jeżeli spojrzeć na wyniki surowe osoby badanej – od zakończenia terapii pojawiła się wzrostowa tendencja nasilenia zachowań impulsywnych.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Na początku terapii badana przejawiała bardzo słabe nasilenie – dotyczyło to wyniku ogólnego oraz na podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, natomiast nasilenie zachowań autoagresywnych było umiarkowane. Na zakończenie terapii nastąpił wzrost nasilenia zachowań agresywnych – co prawda zaklasyfikowano je jako bardzo słabe, natomiast była to wartość rozgraniczająca poziom słaby i bardzo słaby. Na taki wynik wpłynęło silne nasilenie zachowań autoagresywnych. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom nadal było bardzo słabe i pozostało takie również podczas trzeciego i czwartego pomiaru. Pomiędzy trzecim a czwartym pomiarem nie zmieniła się wartość nasilenia zachowań agresywnych ujmowanych ogólnie (była słaba) natomiast można zauważyć tendencję wzrostową w przypadku zachowań autoagresywnych – z nasilenia silnego na bardzo silne.

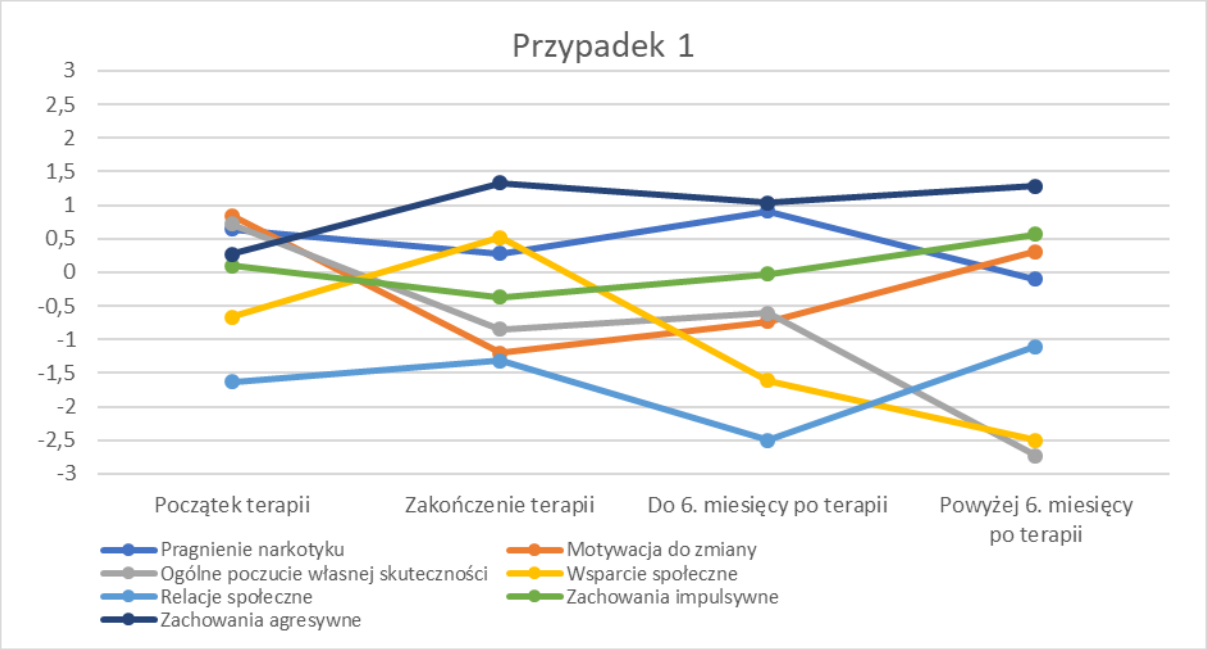
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanej zawiera **Tabela 400**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 19**.

Tabela 400. Przypadek 1 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	znaczne	- [b]
Skala pragnienia narkotyku	umiarkowane	bardzo słabe	słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	przeciętne	wysokie	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	wysokie	wysokie	bardzo niskie
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	bardzo wysokie	przeciętne	niskie
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	bardzo wysokie	przeciętne	przeciętne
Podskala wsparcia wartościującego	przeciętne	bardzo wysokie	wysokie	niskie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo niskie	niskie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	wysokie	niskie	bardzo niskie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	niskie	przeciętne	bardzo niskie	-
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	bardzo niskie
Podskala relacji rodzinnych	niskie	niskie	bardzo niskie	niskie
Podskala relacji towarzyskich	bardzo niskie	wysokie	bardzo niskie	bardzo niskie
Podskala relacji zawodowych	przeciętne	wysokie	bardzo niskie	-
Skala zachowań impulsywnych	słabe	bardzo słabe	słabe	słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe	słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	umiarkowane	silne	silne	bardzo silne

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 19. Przypadek 1 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości[10] wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Patrząc na losy badanej należy zwrócić uwagę na kilka kwestii. Od początku terapii była to osoba uzależniona od jednego środka psychoaktywnego z utrzymującym się słabym nasileniem pragnienia narkotyku (więc tę zmienną ciężko interpretować w kategoriach rezultatów terapii – nie ulegała zmianie). Wydaje się, że abstynencja badanej pozostawała w ścisłym związku z odbywaniem terapii (tej analizowanej jak i kolejnych, w których badana brała udział). Jeżeli chodzi o bezpośrednie efekty terapii to do sukcesów można zaliczyć wzrost zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz poprawę w obszarze relacji społecznych. Zadowolenie ze wsparcia społecznego z czasem słabło, a podczas ostatniego pomiaru było już niskie bądź bardzo niskie. A co do relacji społecznych to poprawa nastąpiła w obszarze relacji towarzyskich i zawodowych, a nie rodzinnych (co mogłoby mieć większy wpływ na trwałość efektów terapii). Bezpośrednio po terapii obniżyło się nasilenie zachowań impulsywnych, jednak później wróciło do poprzedniego poziomu.

Niepokojące jest to, ze na zakończenie terapii badanej spadł poziom motywacji do zmiany oraz ogólnego poczucia własnej skuteczności, a wzrosło nasilenie zachowań autoagresywnych. Co prawda motywacja wróciła później na wysoki poziom, jednak mogło mieć

[10] Wartości standaryzowano dla całej próby biorącej udział w danym pomiarze. Wartość 0 oznacza wynik średni dla danej próby, a 1 odpowiada wartości odchylenia standardowego w tej próbie.

to związek z podjętymi kolejnymi terapiami. Natomiast poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności z początkowego bardzo wysokiego po niespełna roku od pierwszego pomiaru był już bardzo niski. Jak już wspomniano mogło mieć to związek z kwestią utraty pracy (zwłaszcza, ze badana na każdym etapie pomiaru wskazywała chęć odzyskania dawnego poziomu efektywności w pracy jako jeden z trzech najważniejszych motywów do zmiany). Należy też zauważyć, że badana mimo zakładanej abstynencji nie osiągnęła swojego celu, co – zgodnie z modelem Marlatta i Gordona również mogło obniżyć jej ogólne poczucie własnej skuteczności (za: Wojnar, Ślufarska, Jakubczyk 2006). Dodatkowo nie było odpowiedniego wsparcia społecznego (zwłaszcza wartościującego i informacyjno-instrumentalnego) pozwalającego utrzymać wyższy poziom poczucia skuteczności. Co do nasilenia zachowań autoagresywnych również nastąpiła bardzo drastyczna (niepokojąca) zmiana – z umiarkowanego nasilenia na bardzo silne.

Oczywiście nie bez znaczenia pozostają problemy badanej wynikające ze zdiagnozowanej depresji, jednak całościowo można odnieść wrażenie, że terapia nie odniosła sukcesu. Być może oddziaływania terapeutyczne zostały nieadekwatnie dobrane do konkretnej sytuacji omawianej osoby. Oprócz tego, że nie udało się trwale zmienić żadnego ze wskaźników skuteczności terapii, to utracono początkowe zasoby badanej (w postaci chociażby wysokiego ogólnego poczucia własnej skuteczności).

11.2. Przypadek 2

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Druga z opisywanych przebadanych osób jest mężczyzną. W momencie rozpoczynania terapii w lutym 2019 roku miał 23 lata, średnie wykształcenie (14 lat nauki, zakończone kształcenie). Badany od rozpoczęcia terapii przeprowadził się ze wsi do miasta od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców. Była to przeprowadzka pomiędzy województwami, prawdopodobnie związana z rozpoczęciem terapii, co jednak ważne po zakończeniu terapii osoba ta pozostała w mieście, w którym odbyła terapię. Badany jest sam, a swoje warunki mieszkaniowe określił jako przeciętne (przed przeprowadzką) i dobre (po przeprowadzce). Badany w momencie rozpoczynania terapii był bezrobotny od 20 miesięcy, szukał zatrudnienia. Nie wiadomo, jaki miał wyuczony lub wykonywany zawód, uprzednio pracował fizycznie. Rozpoczynając terapię badany deklarował brak źródeł dochodu, dysponował jednak około 500zł na miesiąc. Kończąc terapię pozostawał bez środków do życia. Co ważne, w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii znalazł zatrudnienie jako monter stolarki okiennej, uzyskując około 2700zł miesięcznego dochodu. Pracę tę kontynuował podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany od lutego 2019 do maja 2019 (3 miesiące) przebywał w placówce stacjonarnej, w której stosowano podejście terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Badany objęty był zarówno terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień) jak również grupową.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 10 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia (nie było symptomu, którego nie przejawiałby badany). Należy jednak zaznaczyć, że badany uzyskał wynik świadczący o bardzo słabym nasileniu pragnienia narkotyku. Nie wiadomo, w jakim wieku badany zaczął zażywać narkotyki. W momencie pierwszego pomiaru od 2. miesięcy był w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. Przed rozpoczęciem terapii

najczęściej zażywał 1g marihuany. Innymi wskazanymi przez niego narkotykami była amfetamina (1g) oraz tzw. dopalacze (1g).

Wcześniej badany ukończył już inną terapię uzależnienia od narkotyków, deklarował również uzależnienie od alkoholu i hazardu. W ciągu poprzedzających badanie 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków nie był leczony w szpitalu, nie wymagał też wizyty lekarskiej. Nigdy nie zdiagnozowano u niego problemów psychicznych. Badanego nie dotyczyły problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badany postawił sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji, co mu się udało. Dobrowolnie zachował abstynencję przez cały okres terapii, a jego nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Nadal deklarował uzależnienie od alkoholu i hazardu. Badany nie musiał być hospitalizowany, nie potrzebował również wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych z zażywaniem narkotyków. Nie pojawiły się u niego żadne problemy psychiczne.

Na początku września 2019 roku (czyli 4 miesiące po zakończeniu terapii) badany wziął udział w trzecim pomiarze. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję. Jednocześnie deklarował bardzo słabe pragnienie narkotyku (uzyskał 5 punktów, co było wartością minimalną dla skali).

W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających pomiar badany na pewno nie podjął kolejnej terapii uzależnień, ale brał udział w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. Podczas trzeciego pomiaru nie wspominał już o problemach związanych z uzależnieniem od alkoholu i hazardu. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku z długofalowymi konsekwencjami zażywania narkotyków nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miał również problemów psychicznych.

Pod koniec listopada 2019 badany przystąpił do czwartego pomiaru. Było to prawie 7 miesięcy od zakończenia terapii. Przez dwa miesiące poprzedzające pomiar badany zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można określić jako bardzo słabe. W tym okresie nie podjął kolejnej terapii uzależnień i nie korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. Nie deklarował problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu i hazardu. W ciągu 30. dni poprzedzających badanie w związku z problemami zdrowotnymi spowodowanymi przez narkotyki badany nie wymagał wizyty

lekarskiej i nie był hospitalizowany. Nie zdiagnozowano u niego żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczynał terapię z bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez niego decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania była chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. Dodatkowo motywowała go chęć odzyskania stabilności finansowej oraz utrata kontroli nad własnym życiem. Pod koniec trwania terapii motywacja badanego pozostała na bardzo wysokim poziomie. Nie zmienił się podstawowy motyw podjęcia decyzji o zaprzestaniu zażywania narkotyków, zmieniły się natomiast drugi i trzeci w kolejności na rzecz braku poczucia zadowolenia z życia oraz rosnącego poczucia osamotnienia. Podczas trzeciego pomiaru badany ponownie miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany. Nadal jako najważniejszy motyw wskazał chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, jednak jako następny motyw po raz pierwszy pojawiła się motywacja zewnętrzna w postaci strachu przed konsekwencjami prawnymi. Trzecim motywem była utrata kontroli nad własnym życiem. Podczas czwartego pomiaru poziom motywacji badanego nadal był bardzo wysoki, a tym razem jako główny motyw zmiany wskazana została utrata kontroli nad własnym życiem, następnie dominująca wcześniej chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz rosnące poczucie osamotnienia. Podczas czwartego pomiaru motywacja badanego ponownie była motywacją wewnętrzną.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to początkowo badany miał wysoki poziom cechy. Pod koniec terapii był on już bardzo wysoki i na takim poziomie pozostał przez dalszy okres prowadzenia badań.

Biorąc pod uwagę Skalę wsparcia społecznego i wszystkie jej podskale to sytuacja badanego nie uległa zmianie przez cały okres badań. Początkowo badany uzyskał wyniki świadczące o bardzo wysokim poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i każdego z jego rodzajów. Taki stan rzeczy utrzymywał się od rozpoczęcia terapii aż do 7. miesięcy po zakończeniu terapii (czyli ostatniego pomiaru).

Na początku terapii poziom zadowolenia badanego z relacji społecznych był wysoki, zarówno dla relacji rodzinnych jak i towarzyskich (badany nie pracował, więc nie wypełniał podskali relacji zawodowych). Badany był w długotrwałym konflikcie ze swoim znajomym, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popadł z nikim innym w konflikt. Konflikty, które

już się zdarzały często miały związek z zażywaniem narkotyków. Badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię ogólny wynik badanego na Skali relacji społecznych nadal wskazywał na wysoki poziom zadowolenia z relacji społecznych, jednak nastąpiła poprawa jeżeli chodzi o poziom zadowolenia z relacji rodzinnych – był on już bardzo wysoki, a pogorszeniu uległo zadowolenie z relacji towarzyskich – z wysokiego na przeciętne. Być może ma to związek z przeprowadzką i przebywaniem w ośrodku stacjonarnym, gdzie kontakt z dawnymi znajomymi mógł być utrudniony, a nowe relacje jeszcze nie zostały zawiązane. Jednocześnie nastąpiło oddalenie od środowiska rodzinnego, co mogło wpłynąć na lepszą ocenę tych relacji. W trakcie terapii (w okresie 30. dni przed drugim pomiarem) badany nie popadł w poważny konflikt, również nie był już z nikim trwale skonfliktowany. Zarówno podczas trzeciego jak i czwartego pomiaru poziom zadowolenia z relacji społecznych był bardzo wysoki, zarówno ogólnie jak i dla każdego z trzech rodzajów relacji (badany rozpoczął pracę, zatem mógł określić swój poziom zadowolenia z relacji zawodowych). Tym samym w obszarze relacji społecznych nastąpiła wyraźna poprawa. Badany nie był z nikim w poważnym konflikcie, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiary z nikim się nie skonfliktował.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Początkowo było ono bardzo słabe i takim już pozostało do końca prowadzenia badań. W tym kontekście trudno oceniać skuteczność terapii, ponieważ już na jej początku cecha miała pożądane nasilenie.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Na początku terapii badany przejawiał bardzo słabe nasilenie – dotyczyło to zarówno wyniku ogólnego oraz na podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i podskali autoagresji. Na zakończenie terapii i podczas kolejnych pomiarów nasilenie to nie uległo żadnej zmianie – pozostało na bardzo słabym poziomie.

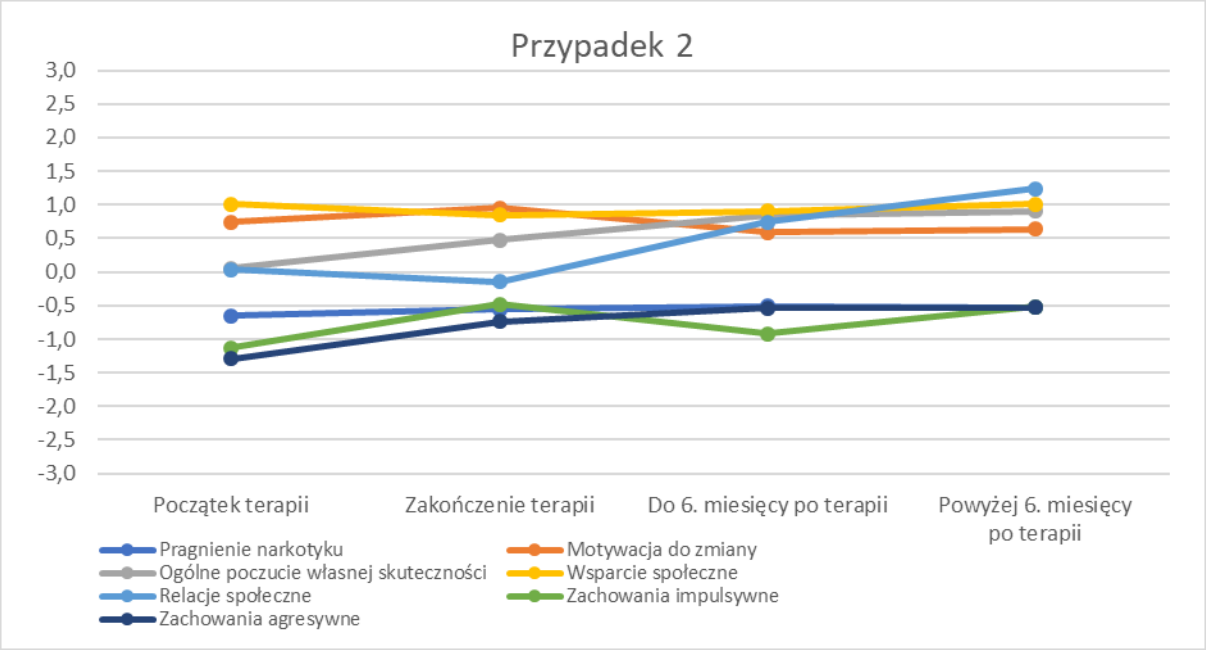
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 401, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 20.

Tabela 401. Przypadek 2 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	wysokie	wysokie	-	-
Podskala relacji rodzinnych	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	-	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 20. Przypadek 2 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Patrząc na losy badanego należy zwrócić uwagę na fakt, że jego sytuacja – biorąc pod uwagę analizowane zmienne – nie wymagała radykalnych zmian. Co prawda na początku terapii była to osoba wykazująca znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, jednak dzięki pomocy terapeutycznej badany osiągnął i trwał w abstynencji. Być może nie bez znaczenia jest młody wiek badanego, odbyta uprzednio terapia oraz podstawowy środek, od którego badany był uzależniony, czyli marihuana. Ważne jest to, że po zakończonej terapii badany raz skorzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych, ale kolejnych terapii nie podejmował/nie potrzebował. Badany od początku swojej terapii wykazywał słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Tę zmienną ciężko interpretować w kategoriach rezultatów terapii ponieważ nie ulegała zmianie. Podobnie jest z nasileniem zachowań impulsywnych oraz agresywnych (we wszystkich rodzajach) – te od początku były na pożądanym bardzo słabym poziomie. Analogicznie było z poziomem motywacji do zmiany – od początku terapii był on bardzo wysoki. Jeżeli chodzi o bezpośrednie efekty terapii to do sukcesów można zaliczyć wzrost poziomu ogólnego poczucia własnej skuteczności (choć już na początku było ono wysokie) oraz poprawę poziomu zadowolenia z relacji społecznych. W ramach relacji społecznych to pomimo zachwiania relacji towarzyskich pod koniec terapii ostatecznie poprawa nastąpiła we wszystkich trzech obszarach: rodzinnym, towarzyskim

i zawodowym. Bardzo ważne jest to, że po zakończeniu terapii badany znalazł i utrzymał zatrudnienie.

Wydaje się, że omawiany przypadek to przykład osoby, która posiadając odpowiednie zasoby (bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany, wysoki poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności, bardzo słabe nasilenie zachowań impulsywnych i agresywnych) wymaga stosunkowo niewielkiej interwencji terapeutycznej by poradzić sobie z problemami związanymi z uzależnieniem od narkotyków. Warto zwrócić uwagę na fakt, że terapia nie wpłynęła negatywnie na posiadane już zasoby badanego, a on sam nie miał żadnych problemów psychicznych, co z pewnością wpłynęło na osiągnięcie i utrzymanie abstynencji oraz pożądanego z perspektywy efektów terapii poziomu poszczególnych zmiennych.

11.3. Przypadek 3

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejna z opisywanych przebadanych osób jest mężczyzną. W momencie rozpoczynania terapii w październiku 2018 roku miał 33 lata, średnie wykształcenie (13 lat nauki, ukończone kształcenie). Mieszka w mieście do 20 tysięcy mieszkańców, jest rozwiedziony. Swoje warunki mieszkaniowe określił jako dobre. Badany pracował zarobkowo wykonując pracę fizyczną mechanika uzyskując dochód około 4000zł na miesiąc. Badany w całości wypełnił ankietę tylko w pierwszym i drugim pomiarze, dane z pomiaru czwartego są niekompletne, dlatego nic nie wiadomo o ewentualnych zmianach w statusie socjoekonomicznym tej osoby.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany od początku października do końca listopada 2018 roku (8 tygodni) przebywał w placówce stacjonarnej, w której stosowano podejście strategiczno-strukturalne, terapię behawioralno-poznawczą i dialog motywujący. Badany objęty był zarówno terapią indywidualną (jedna lub dwie sesje na tydzień) jak również grupową.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 10 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia. Symptomy, których badany nie przejawiał wiązały się z tym, że ze względu na używanie narkotyków nie zrezygnował z wykonywania pracy zawodowej. Dodatkowo przejawiał bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Badany zaczął zażywać środki psychoaktywne w wieku 17 lat, w momencie pierwszego pomiaru od 23 miesięcy był w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. Przed rozpoczęciem terapii najczęściej zażywał 1g amfetaminy, jako drugi i trzeci najczęściej zażywany środek psychoaktywny wskazał ecstasy (MDMA, jednorazowa dawka około 4-5 tabletek) i marihuanę (0,4g).

Wcześniej badany ukończył już inną terapię uzależnienia od narkotyków, deklarował również uzależnienie od alkoholu i hazardu. U badanego nigdy nie zdiagnozowano problemów psychicznych, nie dotyczyły go problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub

przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (prawdopodobnie nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badany postawił sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji, co mu się udało. Dobrowolnie zachował abstynencję przez cały okres terapii (należy jednak pamiętać, że przed rozpoczęciem terapii badany prawie 2 lata trwał już w abstynencji), a jego nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Nie pojawiły się też u niego żadne problemy psychiczne, czy nowe uzależnienia (nie odniósł się również do wskazanych przy pierwszym pomiarze problemów z alkoholem i hazardem). Brak danych, co do tego, czy badany musiał być hospitalizowany lub potrzebowała wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych. Można jednak przypuszczać, że pozostawienie pustych odpowiedzi było równoznaczne z podaniem liczby 0.

W połowie sierpnia 2019 roku (czyli niecałe 9 miesięcy po zakończeniu terapii) badany wziął udział w czwartym pomiarze (w trzecim nie brał udziału). W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję. Badany prawie nie odczuwał pragnienia narkotyku (potwierdza to bardzo słabe nasilenie pragnienia określone na podstawie Skali pragnienia narkotyku). W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających pomiar badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień, nie brał również udziału w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień nie deklarował). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miał również żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczynał terapię z wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez niego decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania była utrata kontroli nad własnym życiem, kolejnymi strach przed utratą tego, co w życiu ważne oraz chęć odzyskania stabilności finansowej. Pod koniec trwania terapii motywacja badanego wzrosła do bardzo wysokiego poziomu, nie zmienił się główny motyw zmiany. Nieco inne były natomiast kolejne motywy – nadal była to motywacja wewnętrzna, jednak w postaci braku poczucia zadowolenia z życia oraz strachu przed utratą tego, co w życiu ważne. Dane o poziomie motywacji i motywach zmiany w okresie po terapii nie są znane.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to początkowo badany miał przeciętny poziom cechy. Pod koniec terapii był on już bardzo wysoki. Nie jest znany poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności badanego w okresie po zakończeniu terapii.

Istotną zmianę podczas terapii można zauważyć na skali wsparcia społecznego. Początkowo badany deklarował przeciętny poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Tylko zadowolenie ze wsparcia informacyjno-instrumentalnego można było określić jako wysokie, zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego było niskie, a z wartościującego i duchowego przeciętne. Pod koniec terapii zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz wszystkich jego rodzajów było już wysokie. Nie jest znany poziom zadowolenia badanego ze wsparcia społecznego w okresie po zakończeniu terapii.

Na początku terapii poziom zadowolenia badanego z relacji społecznych był niski. Wpłynęło na to przede wszystkim niskie zadowolenie z relacji rodzinnych i towarzyskich. Jedynie poziom zadowolenia z relacji zawodowych był wysoki. Badany nie pozostawał z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie, jednak w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar popadł z kimś raz w konflikt, a jeżeli kiedykolwiek zdarzały mu się konflikty to najczęściej z matką i były związane z zażywaniem narkotyków. Badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię nastąpiła poprawa jeżeli chodzi o poziom zadowolenia z relacji społecznych – był on przeciętny. Lepiej oddaje sytuację analiza poszczególnych rodzajów relacji – zadowolenie z relacji rodzinnych i zawodowych było wysokie, natomiast z relacji towarzyskich przeciętne. W trakcie terapii (w okresie 30. dni przed drugim pomiarem) badany nie popadł w poważny konflikt, dodatkowo nie był z nikim trwale skonfliktowany. Podczas czwartego pomiaru poziom zadowolenia z relacji społecznych był bardzo wysoki, zarówno ogólnie jak i dla relacji zawodowych. Relacje rodzinne i towarzyskie były zadowalające w stopniu wysokim (ale była to wartość na pograniczu stopnia wysokiego i bardzo wysokiego). Badany nie był z nikim w poważnym konflikcie, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar z nikim się nie skonfliktował.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Początkowo było ono bardzo silne, na skutek terapii udało się je obniżyć do umiarkowanego. Natomiast podczas pomiaru po zakończeniu terapii było ono już tylko słabe.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Na początku terapii badany przejawiał słabe nasilenie – dotyczyło to wyniku ogólnego oraz na podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, natomiast nasilenie zachowań autoagresywnych było bardzo słabe. Na zakończenie terapii nastąpił spadek i tak już niskiego

nasilenia zachowań agresywnych – zarówno dla wyniku ogólnego jak i na poszczególnych podskalach było to bardzo słabe nasilenie.

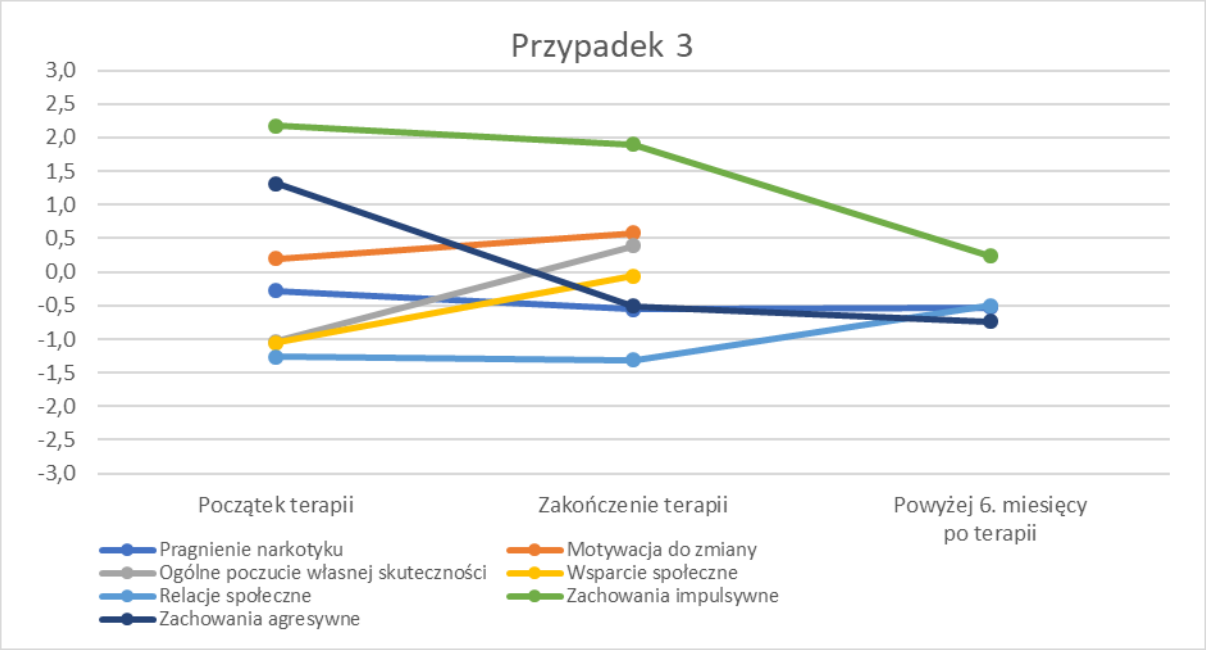
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera **Tabela 402**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 21**.

Tabela 402. Przypadek 3 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	- [d]
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	przeciętne	bardzo wysokie	- [b]	- [d]
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	wysokie	- [b]	- [d]
Podskala wsparcia emocjonalnego	niskie	wysokie	- [b]	- [d]
Podskala wsparcia wartościującego	przeciętne	wysokie	- [b]	- [d]
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	wysokie	- [b]	- [d]
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	wysokie	- [b]	- [d]
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	niskie	przeciętny	- [b]	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	- [b]	-
Podskala relacji rodzinnych	niskie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala relacji towarzyskich	niskie	przeciętne	- [b]	wysokie
Podskala relacji zawodowych	wysokie	wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	bardzo silne	umiarkowane	- [b]	słabe
Skala zachowań agresywnych	słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana nie wzięła udziału w trzecim pomiarze.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[d] Osoba badana nie wypełniła danej skali.

Wykres 21. Przypadek 3 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Analizując sytuację badanego należy pamiętać, że posiadane na jego temat dane są wybiórcze. Na pewno można stwierdzić, że terapia przyniosła pozytywne efekty jeżeli chodzi o wzrost poziomu motywacji do zmiany, ogólnego poczucia własnej skuteczności (z przeciętnego na bardzo wysokie) oraz zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (z przeciętnego na wysokie). Niestety nie wiadomo, jak kształtowały się te cechy w okresie po zakończeniu terapii. Poziom zadowolenia z relacji społecznych zaraz po terapii nie uległ znaczącej zmianie (wyjątek stanowiło zadowolenie z relacji rodzinnych, zmiana z niskiego na wysokie), natomiast podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii był on już znacząco wyższy od początkowego. Dla relacji społecznych dużą rolę odegrały relacje zawodowe, gdzie wydaje się, że posiadanie stałego zatrudnienia było dla badanego mocnym punktem odniesienia. To właśnie dla relacji zawodowych od samego początku deklarował wysoki poziom zadowolenia. W trakcie trwania terapii nastąpił wyraźny spadek nasilenia zachowań agresywnych. Osiągnięty efekt utrzymał się do ostatniego pomiaru. W przypadku zachowań impulsywnych sama terapia dała rezultat w postaci zmiany nasilenia z bardzo silnego na umiarkowane, natomiast po terapii było to już tylko słabe nasilenie. Zatem osiągnięty efekt nie tyle utrzymał się, co dalej występowała tendencja spadkowa w obszarze zachowań impulsywnych.

Ważne jest to, że badany trwał w abstynencji, jednak nic nie wskazuje na to, że był to bezpośredni efekt terapii – już przed jej rozpoczęciem od prawie dwóch lat nie brał narkotyków. Nieco dziwić może fakt, że mimo tak długiej abstynencji badany wypełnił Skalę symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej i uzyskał wynik świadczący o znacznym nasileniu zaburzenia (wszystkie pytania tej skali odnosiły się do poprzedzających pierwszy pomiar 12 miesięcy). Jest wysoce prawdopodobnym, że badany wypełniając skalę odniósł się do dłuższego okresu (do czasów, kiedy zażywał środki psychoaktywne). Dlatego do danych o nasileniu zaburzenia trzeba podejść ze sporym dystansem. Inną trudną do wyjaśnienia kwestią pozostaje podejmowanie terapii w ośrodku stacjonarnym (a więc zamkniętym) po 23. miesiącach abstynencji. Być może badany złamał abstynencję (a nie wspomniał o tym w badaniach) lub był w nawrocie. Jest też możliwym, że dla tej osoby terapia bardziej miała znaczenie pod kątem poprawy ogólnego funkcjonowania (wyrażanego przez analizowane zmienne) niż samego utrzymania abstynencji. Niestety nie zebrano odpowiednich danych by móc jednoznacznie rozstrzygnąć te wątpliwości.

11.4. Przypadek 4

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Czwarta z opisywanych przebadanych osób jest mężczyzną. W momencie rozpoczynania terapii w pod koniec października 2018 roku miał 21 lat. Kończąc terapię deklarował średnie wykształcenie (14 lat nauki) jednak nadal się uczył. Systematycznie uczęszczał na zajęcia uzyskując wysokie wyniki (przewaga ocen dobrych). W związku z tym w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii miał już wykształcenie wyższe. Nadal kontynuował naukę. Mieszka na wsi, jest sam, a swoje warunki mieszkaniowe określił jako bardzo dobre. Rozpoczynając terapię badany pracował zarobkowo wykonując pracę umysłową jako konsultant techniczny. Uzyskiwał dochód około 600zł na miesiąc. Pod koniec terapii był już zatrudniony jako kierowca z dochodem około 1500zł. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ponownie zmienił zatrudnienie na fizjoterapeutę (dochód około 1500zł), pracę tę kontynuował w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii (zwiększył się też jego dochód na około 3000zł). Być może zmiana pracy wiązała się z osiągniętym w tym okresie wyższym wykształceniem. Niezależnie od wykonywanego zawodu bez uzasadnionego powodu nie opuszczał dni w pracy.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany od października 2018 do marca 2019 (5 miesięcy, choć prawdopodobnie zakładano 3 miesiące) brał udział w terapii w placówce ambulatoryjnej, w której stosowano program Candis (terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący). Badany objęty był tylko terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień).

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 6 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia. Symptomy, których badany nie przejawiał wiązały się z tym, że nie poświęcał dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków, nie odczuwał silnego pragnienia narkotyku (potwierdza to bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku określone na podstawie Skali pragnienia narkotyku), nadal realizował swoje obowiązki rodzinne/domowe/szkolne/zawodowe. Nie ograniczał czasu wolnego przeznaczanego na aktywności rodzinne, nie zrezygnował z pracy ani

nie przestał chodzić do szkoły (potwierdzają to dane socjoekonomiczne), jednocześnie nie zmniejszyło się jego zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych/szkolnych, podtrzymywał swoje zainteresowania, po zaprzestaniu zażywania nie odczuwał nieprzyjemnych objawów. Badany zaczął zażywać narkotyki w wieku 18 lat, w momencie pierwszego pomiaru od 5 tygodni był w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. Przed rozpoczęciem terapii najczęściej zażywał 1g marihuany. Innym zażywanym przez niego często narkotykiem był haszysz w dawce 0,3g.

Wcześniej badany nie podjął terapii uzależnienia od narkotyków, nie deklarował innych uzależnień. W ciągu poprzedzających badanie 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków nie był leczony w szpitalu, nie wymagał wizyty lekarskiej, nie doświadczył też problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii. Badany nie miał problemów psychicznych, nie dotyczyły go też problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badany postawił sobie za cel ograniczenie zażywania narkotyków. Pomimo zakładanego celu na zakończenie terapii badany był w dobrowolnej abstynencji narkotykowej, którą zachował przez cały okres trwania terapii, a jego nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Tym samym w analizach nie uwzględniono wypełnionej przez niego Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, gdyż umieszczone w niej odpowiedzi dotyczyły okresu przed terapią kiedy jeszcze brał narkotyki. Nie pojawiły się też u niego żadne nowe uzależnienia. Badany nie musiał być hospitalizowany, nie potrzebował również wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych, nie miał problemów zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie terapii. Nie miał też problemów psychicznych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że terapia badanego została wydłużona o 2 miesiące, prawdopodobnie ze względu potrzebę badanego, by ją kontynuować.

Na początku sierpnia 2019 roku (czyli nieco ponad 4 miesiące po zakończeniu terapii) badany wziął udział w trzecim pomiarze. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można było określić jako bardzo słabe.

W okresie dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar badany rozpoczął kolejną terapię uzależnienia od narkotyków (innych uzależnień nie miał), natomiast nie korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. W ciągu miesiąca

poprzedzającego badanie w związku długofalowymi konsekwencjami zażywania środków psychoaktywnych nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miał problemów psychicznych.

Na początku grudnia 2019 badany przystąpił do czwartego pomiaru. Było to nieco ponad 8 miesięcy od zakończenia terapii. Przez dwa miesiące poprzedzające pomiar badany zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można określić jako bardzo słabe. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że w tym okresie podjął kolejną już terapię uzależnień i korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień badany nie deklarował). W ciągu 30. dni poprzedzających pomiar badany nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji w związku z problemami zdrowotnymi spowodowanymi przez środki psychoaktywne. Nie zdiagnozowano u niego żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczynał terapię z bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany i poziom ten pozostał taki sam aż do ostatniego pomiaru. Główna motywacja do podjęcia decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania była motywacją zewnętrzną wynikającą z nacisków ze strony rodziny i/lub przyjaciół. Dodatkowo pojawiła się świadomość ranienia bliskich i strach przed konsekwencjami prawnymi. Pod koniec trwania terapii podstawowym motywem stała się świadomość ranienia bliskich. Nadal jednak ważne były zewnętrzne motywy związane z naciskiem rodziny i/lub przyjaciół oraz strach przed konsekwencjami prawnymi. Podczas trzeciego pomiaru badany wskazał tylko jeden motyw zmiany – sądowy nakaz leczenia. Podczas czwartego pomiaru jako główny motyw zmiany wskazał strach przed konsekwencjami prawnymi, świadomość ranienia bliskich oraz „chęć zerwania życia z narkotykami”. Co ważne, na każdym etapie pomiaru najważniejsze motywy zmiany były motywacją zewnętrzną, niestety brakuje informacji, z czego wynikał sądowy nakaz leczenia.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to od początku terapii aż do pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu badany miał cały czas bardzo wysoki poziom cechy.

Istotną, choć negatywną zmianę podczas terapii można zauważyć na skali wsparcia społecznego. Początkowo badany deklarował wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (ogólnego i ze wszystkich jego rodzajów). Pod koniec terapii zadowolenie

z otrzymywanego wsparcia społecznego było już tylko niskie (poziom ten dotyczył wszystkich rodzajów wsparcia oprócz duchowego – tutaj wynik był bardzo niski). Kolejna radykalna zmiana nastąpiła w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Tym razem badany wskazywał na bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – zarówno ogólnego jak i wszystkich jego rodzajów. Podczas czwartego pomiaru, czyli nieco ponad 8 miesięcy od zakończenia terapii, wyniki na Skali wsparcia społecznego wróciły do stanu z początku terapii, czyli badany oceniał otrzymywane wsparcie społeczne jako zadowalające w stopniu wysokim (zarówno ogólnie jak i poszczególne rodzaje wsparcia).

Na początku terapii poziom zadowolenia badanego z relacji społecznych był przeciętny. Wpłynęło na to przede wszystkim przeciętne zadowolenia z relacji towarzyskich, zadowolenie z relacji rodzinnych i zawodowych było na wysokim poziomie. Badany nie pozostawał z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popadł z nikim w konflikt, jeżeli kiedykolwiek się to zdarzało to nie były to konflikty związane z zażywaniem narkotyków, a badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię nastąpiła poprawa jeżeli chodzi o poziom zadowolenia z relacji społecznych – był on wysoki. Dotyczyło to wszystkich rodzajów relacji, choć wynik surowy określający zadowolenie z relacji rodzinnych i towarzyskich był na pograniczu poziomu przeciętnego i wysokiego. Podczas drugiego pomiaru badany nie był z nikim w poważnym konflikcie. Jeżeli już zdarzały mu się konflikty to miały związek z zażywaniem narkotyków i szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Zarówno podczas trzeciego jak i czwartego pomiaru sytuacja była taka sama – poziom zadowolenia z relacji społecznych był bardzo wysoki, zarówno ogólnie jak i dla każdego z trzech rodzajów relacji. Badany nie był z nikim w poważnym konflikcie, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiary z nikim się nie skonfliktował.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Od początku terapii aż po ostatni pomiar utrzymywało się ono na bardzo słabym poziomie.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Tutaj podobnie jak w przypadku nasilenia zachowań impulsywnych zmienna pozostała na tym samym poziomie od początku terapii aż do pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy od jej zakończenia. Badany wykazywał bardzo słabe nasilenie zachowań agresywnych, ujmowanych zarówno ogólnie jak i w dwóch podskalach (agresji przeciwko ludziom lub rzeczom i autoagresji).

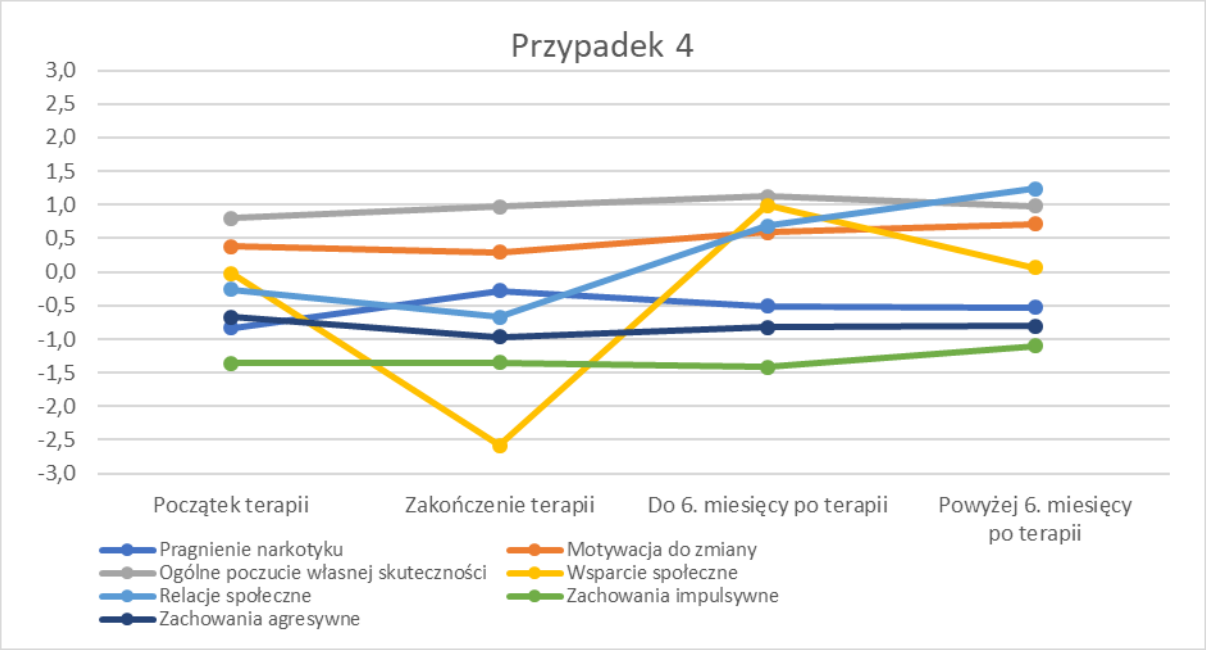
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera **Tabela 403**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 22**.

Tabela 403. Przypadek 4 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	wysokie	niskie	bardzo wysokie	wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	niskie	bardzo wysokie	wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	niskie	bardzo wysokie	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	niskie	bardzo wysokie	wysokie
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	bardzo niskie	bardzo wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	przeciętne	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	przeciętne	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 22. Przypadek 4 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Patrząc na losy badanego należy zwrócić uwagę na fakt, że początkowo zakładał on nie tyle abstynencję co kontrolowane zażywanie narkotyków. Mimo tego podczas każdego z pomiarów był on w abstynencji i podejmował kolejne terapie uzależnień. Dodatkowo w trakcie badań jednym z jego głównych motywów stała się „chęć zerwania życia z narkotykami", więc można przypuszczać, że chciał już trwać w abstynencji, a nie tylko kontrolować zażywanie narkotyków. Badany przez cały okres prowadzenia pomiarów był osobą o bardzo wysokim poziomie motywacji do zmiany, bardzo wysokim poziomie ogólnego poczucia własnej skuteczności, bardzo słabym nasileniu zachowań impulsywnych i agresywnych (zarówno przeciwko innym ludziom lub rzeczom jak i autoagresywnych). Być może cechy te – wspomagane kolejnymi terapiami – pomagały mu trwać w abstynencji. Ważną zmianą w trakcie trwania badań było uzyskanie wyższego wykształcenia i w ślad za tym pozyskanie stałej, dobrze płatnej pracy.

Na szczególną uwagę zasługuje zmiana na Skali wsparcia społecznego. Początkowo badany określał swój poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (i wszystkich jego rodzajów) jako wysoki. Na zakończenie terapii można zaobserwować drastyczną zmianę – poziom zadowolenia ze wsparcia był już tylko niski (dla wsparcia duchowego bardzo niski). W okresach po terapii zadowolenie ze wsparcia było bardzo wysokie, a następnie wysokie. Być może na zakończenie terapii w życiu badanego miało miejsce wydarzenie, które wpłynęło na

tak negatywną ocenę otrzymywanego wsparcia społecznego. Bez dodatkowych informacji ciężko zinterpretować ten wyniki, gdyż dla porównania poziom zadowolenia z relacji społecznych w kolejnych pomiarach sukcesywnie rósł (zwłaszcza dla relacji towarzyskich, gdzie od początku terapii zmienił się on z przeciętnego na bardzo wysoki podczas czwartego pomiaru).

Niestety nie są znane losy badanego pomiędzy pomiarami, nie wiadomo np. czy łamał abstynencję oraz z czego wynikał sądowy nakaz leczenia. Wydaje się jednak, że bez ciągłej pomocy terapeutycznej badany może mieć problem z trwałym utrzymaniem abstynencji.

11.5. Przypadek 5

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejny badany jest mężczyzną, w momencie rozpoczynania terapii na początku grudnia 2018 miał 22 lata, zawodowe wykształcenie (zawód kucharz, ukończone kształcenie po około 12. latach nauki). Mieszka w mieście od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, na początku terapii deklarował pozostawanie w związku nieformalnym, a podczas kolejnych pomiarów był już sam. Swoje warunki mieszkaniowe określił jako bardzo dobre. W momencie rozpoczynania terapii był bezrobotny od miesiąca, szukał zatrudniania. Kończąc terapię był już zatrudniony w zawodzie, zarabiał około 1200zł na miesiąc. Zatrudnienie utrzymał w kolejnych okresach pomiarowych zwiększając swój dochód do 2500zł. Z nieuzasadnionych powodów nie opuszczał dni w pracy.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany od grudnia 2018 do maja 2019 (5 miesięcy, początkowo zakładano 3 miesiące) odbywał terapię w placówce ambulatoryjnej, w której stosowano podejście behawioralno-poznawcze. Badany objęty był terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień), innych form pomocy nie miał.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 8 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia. Symptomy, których badany nie przejawiał wiązały się z tym, że nie poświęcał dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków czy łagodzenie skutków ich zażywania, nie odczuwał silnego pragnienia narkotyku (potwierdza to bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku określone na podstawie Skali pragnienia narkotyku). Nadal realizował swoje obowiązki rodzinne/domowe, nie ograniczył czasu wolnego poświęcanego na aktywności rodzinne, podtrzymywał swoje zainteresowania. Badany zaczął zażywać środki psychoaktywne w wieku 14 lat, w momencie pierwszego pomiaru od 3 tygodni był w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. W ciągu 30. dni poprzedzających pierwszy pomiar przez dwa dni był pod wpływem środków psychoaktywnych, przeznaczył na to 60zł. W tym okresie zmienił sposób przyjmowania

narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia. Przed rozpoczęciem terapii najczęściej zażywał 0,5g marihuany, nie przyjmował innych narkotyków.

Wcześniej badany nie podjął nigdy terapii uzależnienia od narkotyków. Deklarował, że dotyczy go również uzależnienie od telefonu, komputera, Internetu, gier, sieci społecznościowych. Patrząc jednak na wielość uzależniających aktywności prawdopodobnie chodziło o potoczne rozumienie uzależnienia, a nie jednostkę nozologiczną. W ciągu poprzedzających badanie 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków nie był leczony w szpitalu, nie wymagał wizyty lekarskiej ani nie miał problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie bądź kontynuowanie terapii. Nie miał zdiagnozowanych problemów psychicznych. Badanego nie dotyczyły problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badany postawił sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji, co mu się udało. Dobrowolnie zachował abstynencję przez cały okres terapii, a jego nasilenie pragnienia narkotyku było nadal bardzo słabe. Nie pojawiły się też u niego żadne nowe uzależnienia. Badany nie musiał być hospitalizowany, nie miał problemów zdrowotnych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, nie potrzebował również wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych ze skutkami zażywania środków psychoaktywnych. Nie pojawiły się u niego problemy psychiczne.

W połowie sierpnia 2019 roku (czyli niewiele ponad 3 miesiące po zakończeniu terapii) badany wziął udział w trzecim pomiarze. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie nie zachował całkowitej abstynencji, złamał ją dwa razy, ale w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie brał już narkotyków. Zatem w momencie trzeciego pomiaru był w dobrowolnej abstynencji (deklarował, że jest w niej od ośmiu miesięcy – nie licząc złamań – czyli od okresu zaraz przed rozpoczęciem terapii). Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej u badanego ponownie można było określić jako znaczne (spełniał 7 kryteriów DSM-5). Tym razem z symptomów, które go nie dotyczyły było poświęcanie dużej ilości czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków oraz łagodzenie skutków ich działania. Ponownie badany nie odczuwał silnego pragnienia narkotyku (potwierdza to bardzo słabe nasilenie pragnienia określone na podstawie Skali pragnienia narkotyku), realizował swoje obowiązki rodzinne/domowe/zawodowe, nie ograniczył czasu wolnego przeznaczanego na aktywności rodzinne czy towarzyskie, nie zmniejszyło się jego zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych, kontynuował swoje zaangażowanie w realizację zainteresowań. Badany nadal

najczęściej zażywał marihuanę (średnia dawka 1g), ale pojawiły się również kokaina (1g) i haszysz (1g).

Od zakończenia terapii badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień, nie brał też udziału w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków. Innych uzależnień nie wskazał, choć na początku terapii zaznaczył uzależnienia behawioralne. Można zatem przypuszczać, iż w trakcie procesu terapeutycznego nie została postawiona diagnoza w tym zakresie. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miał również problemów psychicznych.

Na początku grudnia 2019 badany przystąpił do czwartego pomiaru. Było to prawie 7 miesięcy od zakończenia terapii. Przez dwa miesiące poprzedzające pomiar zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można określić jako bardzo słabe. W tym okresie badany nie podjął nowej terapii uzależnień i nie korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień badany nie miał). W ciągu 30. dni poprzedzających badanie w związku z problemami zdrowotnymi spowodowanymi przez środki psychoaktywne badany nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji. Nie zdiagnozowano u niego żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczynał terapię z wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez niego decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania było poczucie winy i/lub wstydu. Dodatkowo motywowała go chęć odzyskania stabilności finansowej i pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych. Pod koniec trwania terapii motywacja nadal była na wysokim poziomie, zmieniły się nieco główne motywy zmiany – pierwszym była utrata kontroli nad własnym życiem, drugim sądowy nakaz leczenia, trzecim strach przed konsekwencjami prawnymi. Co ważne – zarówno na początku terapii jak i pod koniec motywacja badanego była motywacją zewnętrzną. Podczas trzeciego pomiaru motywacja badanego wzrosła przyjmując bardzo wysoki poziom. Głównym motywem zmiany było pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych. Dodatkowo pojawiła się kwestia utraty poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej oraz strach przed konsekwencjami prawnymi. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii poziom motywacji do zmiany był już przeciętny. Być może taka zmiana wynika z faktu, że badany miał stabilną pracę i zrealizował już

sądowy nakaz leczenia, więc zewnętrzne motywatory zmiany (które do tej pory dominowały) przestały mieć decydujące znaczenie. Prawdopodobnie wskazując na motywy zmiany badany odniósł się do swojej sytuacji z okresu terapii, ponieważ wskazał sądowy nakaz leczenia (a nie podejmował już kolejnych terapii uzależnienia), pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych (miał już stałą pracę) oraz rosnące poczucie osamotnienia.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to początkowo badany miał bardzo wysoki poziom cechy. Pod koniec terapii był on wysoki, następnie podczas trzeciego pomiaru ponownie bardzo wysoki. Natomiast zmierzony przy czwartym pomiarze okazał się – podobnie jak na zakończenie terapii – wysoki. Zatem poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności oscylował pomiędzy wartościami wysoki/bardzo wysoki, co z perspektywy efektów terapii i tak jest pożądaną wartością. Być może wahania spowodowane były konkretnymi sytuacjami w życiu badanego, wpływającymi na ocenę przez niego tego poziomu. Co ciekawe, w okresie po złamaniu abstynencji badany deklarował bardzo wysoki poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności. Należy jednak pamiętać, że był to też dla niego czas odzyskiwania stabilności zawodowo-materialnej, która mogła dodatnio wpłynąć na poziom poczucia skuteczności.

Na Skali wsparcia społecznego początkowo badany deklarował bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Tylko zadowolenie ze wsparcia duchowego można było określić jako wysokie, natomiast dla pozostałych rodzajów wsparcia (emocjonalnego, wartościującego oraz informacyjno-instrumentalnego) było ono bardzo wysokie. Pod koniec terapii nastąpiła radykalna zmiana w poziomie zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego – było już przeciętne. Patrząc na konkretne rodzaje wsparcia to na takim poziomie określono wsparcie wartościujące i informacyjno-instrumentalne, a zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i duchowego było niskie. Być może był to jakiś chwilowy kryzys w postrzeganiu otrzymywanego wsparcia społecznego, ponieważ podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia był ponownie bardzo wysoki, tym razem dla wszystkich rodzajów wsparcia. Nieco niższe (ale nadal wysokie) wyniki uzyskano podczas czwartego pomiaru. Ogólny wynik ze skali wsparcia społecznego był bardzo wysoki, z podskali wsparcia emocjonalnego i informacyjno-instrumentalnego bardzo wysoki, a z podskali wsparcia wartościującego i duchowego wysoki.

Na początku terapii poziom zadowolenia badanego z relacji społecznych był bardzo wysoki. Niewielkie zróżnicowanie występowało pomiędzy rodzajami relacji – bardzo wysoki wynik dla relacji rodzinnych, a wysoki dla towarzyskich (podskali relacji zawodowych badany nie wypełniał, ponieważ w tym okresie pozostawał bez pracy). Badany nie był z nikim

w długotrwałym, poważnym konflikcie, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popadł z nikim w konflikt. Jeżeli już zdarzały się mu jakieś konflikty to nie były związane z zażywaniem narkotyków, a badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię zadowolenie badanego z relacji społecznych było wysokie, na obniżenie pierwotnego wyniku wpłynęły przede wszystkim relacje towarzyskie. Warto spojrzeć na poszczególne rodzaje relacji – o ile dla relacji rodzinnych i zawodowych (badany już pracował) poziom zadowolenia był bardzo wysoki, to relacje towarzyskie były zadowalające w przeciętnym stopniu. W trakcie terapii (w okresie 30. dni przed drugim pomiarem) badany raz popadł w poważny konflikt (nie wskazał, z kim), natomiast nie był z nikim trwale skonfliktowany. Podobnie jak poprzednio jego konflikty nie miały związku z zażywaniem narkotyków, a on sam nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z relacji społecznych był bardzo wysoki, zarówno ogólnie jak i dla każdego z trzech rodzajów relacji. Badany nie był z nikim w poważnym konflikcie, natomiast w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar raz skonfliktował się ze swoim kolegą. Nie był to konflikt związany z zażywaniem narkotyków, badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania go. Podczas czwartego pomiaru sytuacja badanego była taka sama, jego poziom zadowolenia z relacji społecznych nadal był bardzo wysoki, nie był z nikim poważnie skonfliktowany, a w ciągu 30. dni przed pomiarem nie popadł z nikim w konflikt.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Początkowo było ono słabe, na zakończenie terapii wzrosło do wartości umiarkowanej (patrząc jednak na wynik surowy badanego była to wartość graniczna pomiędzy nasileniem słabym, a umiarkowanym). Podczas pomiarów po zakończeniu terapii ponownie wróciło do poziomu słabego. Co również ważne – jeżeli spojrzeć na wyniki surowe osoby badanej to w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii miała ona dokładnie taki sam wynik jak na jej początku.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Na początku terapii badany wypełnił tylko część Skali zachowań agresywnych, co umożliwiło określenie tylko nasilenia zachowań autoagresywnych – było ono bardzo słabe. Na zakończenie terapii nasilenie zachowań agresywnych (zarówno ogólnie, jak i przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresywnych) było słabe. Podczas trzeciego pomiaru nasilenie zachowań agresywnych (wszystkich jego rodzajów) wzrosło – było umiarkowane. Natomiast podczas czwartego pomiaru było ono ponownie słabe.

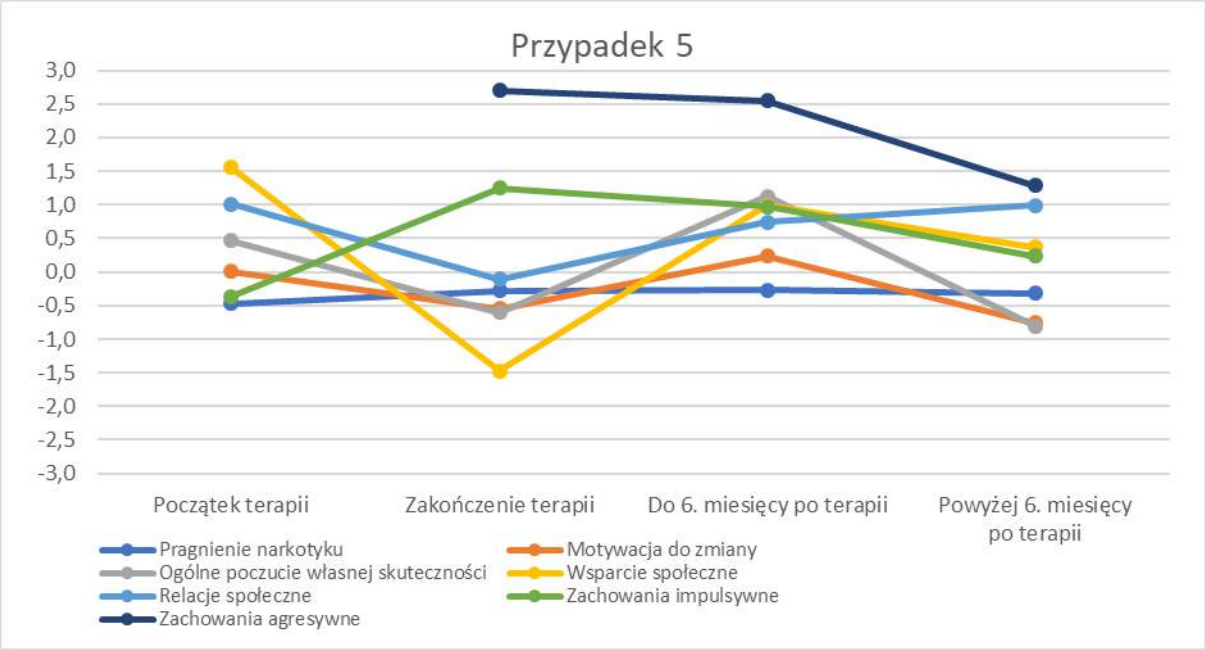
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 404, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 23.

Tabela 404. Przypadek 5 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	znaczne	- [b]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	wysokie	bardzo wysokie	wysokie
Skala wsparcia społecznego	bardzo wysokie	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	niskie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	bardzo wysokie	przeciętne	bardzo wysokie	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	bardzo wysokie	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	niskie	bardzo wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	bardzo wysoki	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	bardzo wysoki	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysoki	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	słabe	umiarkowane	słabe	słabe
Skala zachowań agresywnych	- [c]	słabe	umiarkowane	słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	- [c]	słabe	umiarkowane	słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	słabe	umiarkowane	słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Badany nie wypełnił części Skali zachowań agresywnych, określenie nasilenia cechy nie było możliwe.

Wykres 23. Przypadek 5 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Patrząc na losy badanego należy zwrócić uwagę na fakt, że ogólnie trwał w abstynencji – wyjątek stanowi okres dwóch miesięcy po terapii, kiedy to przynajmniej dwa razy złamał abstynencję. U badanego utrzymywało się bardzo słabe pragnienie narkotyku (więc tę zmienną ciężko interpretować w kategoriach rezultatów terapii – nie ulegała zmianie). Terapia badanego została wydłużona do 5. miesięcy, jednak później nie korzystał już on z pomocy terapeutycznej. Kończąc terapię nastąpiły u niego poważne ogólnożyciowe zmiany – zakończył związek i znalazł trwałe zatrudnienie.

Patrząc na motywację badanego to zaraz po złamaniu abstynencji był on wysoko zmotywowany, natomiast gdy trwał w abstynencji (okres powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii) to jego motywacja spadła na przeciętny poziom. Można przypuszczać, że badanemu nie brakowało motywacji do osiągnięcia abstynencji, ale do trwania w niej (podtrzymania zmiany) już tak. Dobrze byłoby położyć nacisk na znalezienie motywatorów, które działałyby na badanego również w okresie abstynencji. Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to cały czas było ono na przynajmniej wysokim poziomie, więc zmiennej tej nie można interpretować w kategoriach rezultatów terapii.

Pod koniec terapii nastąpiła u badanego radykalna zmiana w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, zwłaszcza emocjonalnego. Z bardzo wysokiego stało

się ono niskie. Dodatkowo pod koniec terapii badany miał przeciętnie zadowalające relacje towarzyskie. Bardzo możliwe, że każdą z tych zmian tłumaczy przechodzone wówczas zakończenie związku, w którym był badany. Przemawia za tym fakt, że w późniejszym okresie (już po terapii) zmienne te wróciły na wysoki bądź bardzo wysoki poziom.

Z pewnością poważnym brakiem w analizowanych danych jest niemożność porównania wyników ze Skali zachowań agresywnych do sytuacji z początku terapii. Dodatkowych informacji nie daje wynik ze Skali zachowań impulsywnych, gdyż ten – mimo niewielkich wahań – na zakończenie badań wrócił do początkowego słabego nasilenia. Można tylko stwierdzić, że nasilenie zachowań agresywnych miało miejsce podczas trzeciego pomiaru, w okresie, kiedy badany deklarował poważny konflikt ze swoim znajomym, dodatkowo był wtedy zaraz po okresie złamania abstynencji. Tylko w odniesieniu do zachowań autoagresywnych można stwierdzić, że w trakcie trwania badań nastąpił niewielki wzrost ich nasilenia, nie ma takich danych jeżeli chodzi o agresję przeciwko innym ludziom lub rzeczom.

Chociaż badany wziął udział tylko w jednej terapii, a na dodatek jego motywacja była w większości zewnętrzna, to jednak – z małymi wyjątkami – udało mu się trwać w abstynencji. Prawdopodobnie zwiększenie motywacji do podtrzymania zmiany mogłoby wpłynąć na poprawę jego funkcjonowania. Dodatkowo, w celu odpowiedniego dobrania oddziaływań, pomocna byłaby dokładna wiedza o sytuacjach, które doprowadziły do złamania abstynencji. Niestety dane te nie są znane.

11.6. Przypadek 6

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Szósta z opisywanych osób jest mężczyzną, w momencie rozpoczynania terapii w grudniu 2018 roku miał 22 lata, średnie wykształcenie (13 lat nauki, tylko podczas czwartego pomiaru badany zadeklarował, że nadal się uczy, na ogół systematycznie uczęszczał do szkoły, rzadko bywał nieobecny, osiągał przeciętne wyniki – dominowały oceny dostateczne, pojawiały się oceny wyższe i niższe). Mieszka w mieście od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, pozostaje w związku nieformalnym. Swoje warunki mieszkaniowe określił jako bardzo dobre. Przez cały okres badań pracował zarobkowo wykonując zawód kucharza i uzyskując dochód około 2000zł miesięcznie. Bez uzasadnionych powodów nie opuszczał dni w pracy.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany od grudnia 2018 do maja 2019 (5 miesięcy, początkowo zakładano 3 miesiące) brał udział w terapii w placówce ambulatoryjnej, w której stosowano podejście behawioralno-poznawcze. Badany objęty był terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień), innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków nie otrzymywał.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 4 kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako umiarkowane nasilenie zaburzenia. Patrząc na wyniki wszystkich osób rozpoczynających terapię był to jeden z niższych wyników. Symptomy, które miał badany wiązały się z tym, że zażywając narkotyki zwiększał zaplanowaną pierwotnie dawkę i robił to przez dłuższy okres czasu niż zamierzał. Chciał zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków, podejmował nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania, poświęcał dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie środków psychoaktywnych. Badany zażywał narkotyki mimo tego, że stwarzało to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu. Innych symptomów (przede wszystkim związanych ze zmianami w funkcjonowaniu w różnych środowiskach jak rodzina czy praca) nie przejawiał. Badany zaczął zażywać środki psychoaktywne w wieku 15 lat, w momencie pierwszego pomiaru od tygodnia był w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. Co ważne, ostatni raz przynajmniej

dwutygodniową przerwę w zażywaniu miał dwa lata przed rozpoczęciem terapii. W ciągu ostatnich 30. dni aż 23 dni był pod wpływem środków psychoaktywnych, przeznaczył na to 920zł. Przed rozpoczęciem terapii najczęściej zażywał 0,5g marihuany, czasami pojawiał się również haszysz (w dawce 0,5g). Mimo wysokiej częstości zażywania badany miał bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku.

Wcześniej badany nie podejmował żadnej terapii uzależnienia od narkotyków, nie miał innych uzależnień. W ciągu 30. dni poprzedzających badanie w związku z zażywaniem narkotyków nie miał problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie terapii, nie wymagał wizyty lekarskiej i nie był leczony w szpitalu. Badany nie miał żadnych problemów psychicznych. W ciągu 30. dni poprzedzających pomiar popełnił przestępstwo, ale przez ostatnie pół roku nie był w areszcie śledczym lub zakładzie karnym.

Badany postawił sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji. Cel ten osiągnął, w momencie drugiego pomiaru był w dobrowolnej abstynencji chociaż w trakcie terapii dwa razy ją złamał. Na pewno miało to miejsce raz w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar, badany nie przeznaczył na to żadnych pieniędzy więc albo miał „starą" dawkę narkotyku, albo dostał od kogoś. W trakcie trwania terapii nie pojawiły się u badanego żadne nowe uzależnienia, nie miał też problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, a wymagających wizyty lekarskiej lub hospitalizacji. Nie zdiagnozowano u niego żadnych chorób psychicznych, a w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popełnił żadnego przestępstwa, od rozpoczęcia terapii nie przebywał w areszcie śledczym lub zakładzie karnym (sytuacja ta utrzymała się do końca prowadzenia badań).

W połowie sierpnia 2019 roku (czyli nieco ponad 3 miesiące po zakończeniu terapii) badany wziął udział w trzecim pomiarze. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można było określić jako bardzo słabe (najmniejszy możliwy do uzyskania wynik). Od zakończenia terapii badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień, nie brał również udziału w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień nie miał). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miał również problemów psychicznych.

Pod koniec listopada 2019 badany przystąpił do czwartego pomiaru. Było to prawie 7 miesięcy od zakończenia terapii. Przez dwa miesiące poprzedzające pomiar badany zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można określić jako bardzo słabe (ponownie najniższy możliwy wynik). Badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień

i nie korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień nie miał). W ciągu 30. dni poprzedzających badanie w związku z problemami zdrowotnymi spowodowanymi przez środki psychoaktywne nie wymagał wizyty lekarskiej i nie był hospitalizowany. Nie zdiagnozowano u niego żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczynał terapię z bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez niego decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania był sądowy nakaz leczenia. Dodatkowo motywował go strach przed konsekwencjami prawnymi oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Pod koniec trwania terapii motywacja badanego nadal była bardzo wysoka, nie zmieniły się również główne motywy podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania narkotyków. Podczas trzeciego pomiaru zmienił się tylko trzeci motyw zmiany, zamiast strachu przed konsekwencjami prawnymi pojawiła się utrata kontroli nad własnym życiem. Podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii motywacja badanego spadła na przeciętny poziom. Głównym motywem zmiany nadal był sądowy nakaz leczenia (choć badany nakaz ten już wypełnił, zatem zapewne wskazując motywy odnosił się do swojej sytuacji z okresu bycia w terapii). Jako drugi motyw ponownie wskazał strach przed konsekwencjami prawnymi, a jako trzeci brak poczucia zadowolenia z życia. Co ważne, na każdym etapie prowadzenia badań motywacja badanego była przede wszystkim motywacją zewnętrzną.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to początkowo badany miał bardzo wysoki poziom cechy. Pod koniec terapii utrzymało się ono na tym samym poziomie, natomiast podczas trzeciego pomiaru było wysokie. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności zmierzony przy czwartym pomiarze okazał się już tylko przeciętny.

Biorąc pod uwagę skalę wsparcia społecznego to początkowo badany deklarował wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia, zarówno ogólnego jak i każdego z jego rodzajów. Pod koniec terapii poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego nadal był wysoki, wystąpiło natomiast pewne zróżnicowanie pod względem rodzajów wsparcia – ze wsparcia emocjonalnego i informacyjno-instrumentalnego zadowolenie było wysokie, ze wsparcia wartościującego bardzo wysokie, a z duchowego przeciętne. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego wzrósł – był bardzo wysoki (dotyczyło to wyniku ogólnego, jak również na wszystkich podskalach oprócz

podskali wsparcia duchowego, na niej wynik był wysoki). W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia znacząco spadł był on przeciętny – zarówno dla wsparcia ogólnie jak i każdego z jego rodzajów.

Na początku terapii poziom zadowolenia badanego z relacji społecznych był bardzo wysoki – zarówno ogólnie jak i dla relacji rodzinnych, towarzyskich i zawodowych. Badany był trwale skonfliktowany ze swoim znajomym, jednak w ciągu ostatnich 30. dni nie popadł z nikim w poważny konflikt. Jeżeli już zdarzały się konflikty to nie były one związane z zażywaniem narkotyków, a badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Na zakończenie terapii poziom zadowolenia z relacji społecznych był nadal bardzo wysoki, jednak nastąpiło już niewielkie zróżnicowanie jeżeli chodzi o rodzaje relacji. Zadowolenie z relacji rodzinnych i zawodowych było bardzo wysokie, a z relacji towarzyskich wysokie. Badany nadal pozostawał w trwałym konflikcie ze znajomym, podobnie jak poprzednio w okresie 30. dni przed drugim pomiarem ani razu nie popadł w poważny konflikt, a te istniejące nie dotyczyły zażywania narkotyków, badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z relacji społecznych był dokładnie taki sam jak poprzednio (choć wyniki surowe były nieco niższe). Tym razem badany nie deklarował już pozostawania w długotrwałym konflikcie i przyznał, że jeżeli zdarzają mu się konflikty to często mają związek z zażywaniem narkotyków. Nadal nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Podczas czwartego pomiaru zadowolenie z relacji społecznych spadło do poziomu wysokiego. Takie samo było zadowolenie z relacji rodzinnych i zawodowych, natomiast zadowolenie z relacji towarzyskich było przeciętne. Jeżeli chodzi o konflikty to sytuacja była dokładnie taka sama jak przy trzecim pomiarze.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Początkowo było ono umiarkowane i na dokładnie takim samym poziomie utrzymało się aż do końca terapii. Natomiast podczas pomiarów po zakończeniu terapii sytuacja była skrajnie różna – w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii nasilenie zachowań impulsywnych badanego było słabe, a w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii – silne.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Na początku terapii badany przejawiał bardzo słabe nasilenie – dotyczyło to wyniku ogólnego oraz na podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, natomiast nasilenie zachowań autoagresywnych było słabe. Na zakończenie terapii sytuacja była dokładnie taka sama. Niewielka zmiana nastąpiła w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii – nasilenie

zachowań autoagresywnych zmieniło się ze słabego na bardzo słabe. Pomiędzy trzecim a czwartym pomiarem nastąpił wzrost nasilenia zachowań agresywnych – dla wyniku ogólnego i podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom był to już wynik słaby, a na podskali autoagresji wynik umiarkowany.

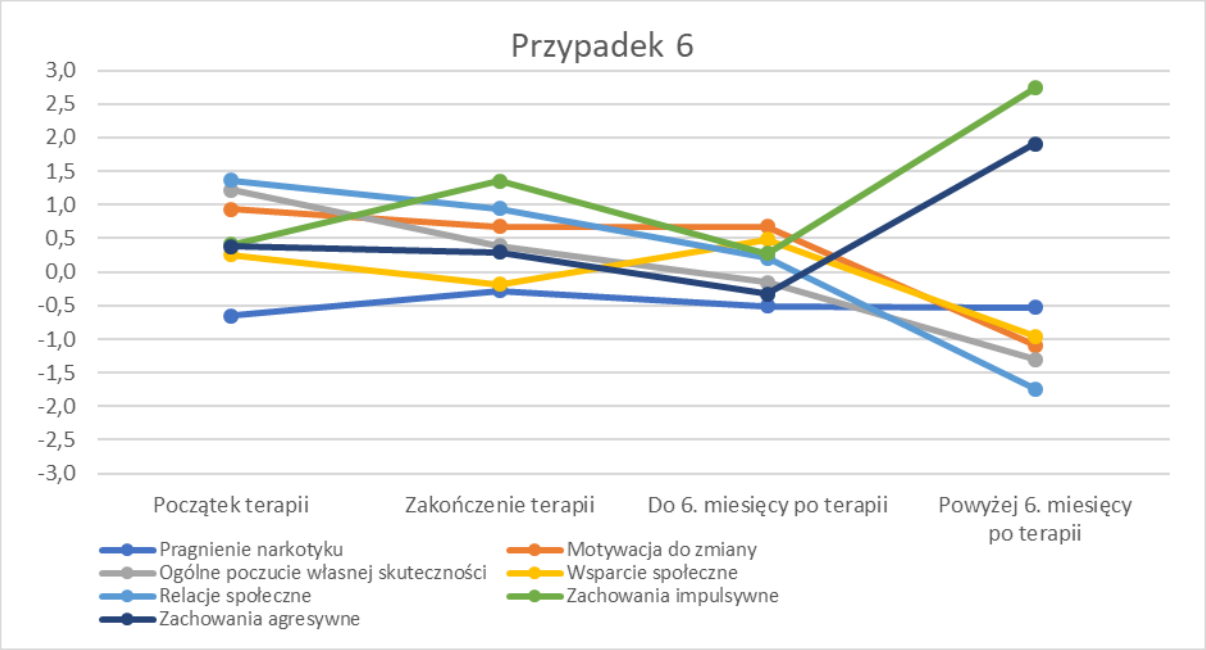
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera **Tabela 405**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 24**.

Tabela 405. Przypadek 6 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	umiarkowane	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie	przeciętne
Skala wsparcia społecznego	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	przeciętne	wysokie	przeciętne
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie
Podskala relacji towarzyskich	bardzo wysokie	wysokie	wysokie	przeciętne
Podskala relacji zawodowych	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	umiarkowane	słabe	silne
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe
Podskala autoagresji	słabe	słabe	bardzo słabe	umiarkowane

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 24. Przypadek 6 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Patrząc na losy badanego należy zwrócić uwagę na fakt, że do rozpoczęcia terapii była to osoba regularnie zażywająca narkotyki (przede wszystkim marihuanę). Zażywał od 7. lat, ostatnią przynajmniej dwutygodniową przerwę w zażywaniu miał dwa lata przed rozpoczęciem terapii. Mimo tak długiego okresu brania wykazywał umiarkowane nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, a symptomy, które go dotyczyły, związane były przede wszystkim z próbami ograniczenia/zaprzestania zażywania. W podstawowych środowiskach życia (rodzina, praca) badany nadal funkcjonował dobrze (co wiadomo na podstawie wyników z poszczególnych skal i pytań KPST-N).

Rozpoczynając terapię badany miał względnie dobry (z perspektywy pożądanych rezultatów) poziom nasilenia poszczególnych zmiennych. Niewielki wyjątek stanowiło umiarkowane nasilenie zachowań impulsywnych. Jeżeli chodzi o efekty terapii (a raczej ich brak) to nieznacznie wzrosło zadowolenie z otrzymywanego wsparcia wartościującego, spadło zadowolenie ze wsparcia duchowego oraz relacji towarzyskich. Każdorazowo była to zmiana tylko o jeden poziom. Wszystkie pozostałe zmienne pozostały na takim samym poziomie. Oczywiście należy zaznaczyć, że badany osiągnął i trwał w abstynencji. Ważnym obszarem do zmiany u badanego mogłaby być praca nad motywacją, co prawda jej nasilenie było bardzo wysokie, jednak głównym motywem był nakaz sądowy, a więc motywacja zewnętrzna i nie zmieniła się ona przez cały okres badań.

Dobry poziom funkcjonowania utrzymał się u badanego w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii (tylko ogólne poczucie własnej skuteczności spadło z bardzo wysokiego na wysoki poziom). Pozostałe zmienne były na tym samym lub nawet nieco lepszym poziomie. Natomiast niepokojące zmiany można zaobserwować w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Spadł poziom motywacji do zmiany, ogólne poczucie własnej skuteczności, zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz zadowolenie z relacji społecznych (zwłaszcza towarzyskich). Nastąpił natomiast wyraźny wzrost zachowań impulsywnych (ze słabego do silnego nasilenia) i nieco mniejszy zachowań agresywnych (zwłaszcza autoagresywnych). Takie zmiany cech wskazują na radykalne pogorszenie się ogólnej sytuacji badanego.

Należy pamiętać, że badany od początku terapii był osobą z motywacją przede wszystkim zewnętrzną wynikającą z sądowego nakazu leczenia. W momencie wypełnienia tego nakazu poziom jego motywacji spadł, a dodatkowo nie miał on wysokiej motywacji do podtrzymania osiągniętej zmiany. Chociaż nadal trwał on w abstynencji to przy tak niekorzystnym nasileniu poszczególnych zmiennych istnieje wysokie ryzyko nawrotu. Niestety brak danych na temat tego, jakie dokładnie wydarzenia z życia osobistego badanego wpłynęły na taką zmianę nasilenia poszczególnych zmiennych.

11.7. Przypadek 7

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Siódmy opisywany badany jest mężczyzną, w momencie rozpoczynania terapii w grudniu 2018 roku miał 31 lat, wykształcenie średnie (lub policealne, w trakcie badań pojawiły się obydwie te odpowiedzi, a badany deklarował, że już się nie uczy, więc nie mógł uzyskać innego poziomu wykształcenia; miał za sobą 12 lat nauki). Mieszka w mieście od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, do trzeciego pomiaru (do 6. miesięcy po terapii) pozostawał w związku nieformalnym, podczas czwartego pomiaru był już sam. Swoje warunki mieszkaniowe określił jako dobre, przez cały okres badań pracował zarobkowo prowadząc własną działalność gospodarczą (sprzedaż wysyłkowa) uzyskując dochód około 3000-3500zł na miesiąc.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany od grudnia 2018 do maja 2019 (5 miesięcy, zakładano 3) brał udział w terapii w placówce ambulatoryjnej, w której stosowano podejście behawioralno-poznawcze. Badany objęty był terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień), w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków nie brał udziału.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 9 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia. Symptomy, których badany nie przejawiał, wiązały się z tym, że nie poświęcał dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków, nadal realizował swoje obowiązki rodzinne, domowe i zawodowe, pracował, nie zmniejszyła się jego aktywność w relacjach towarzyskich. Co prawda przy symptomach badany wskazał, że odczuwał tak silne pragnienie narkotyku, że nie mógł myśleć o niczym innym, jednak na skali Pragnienia narkotyku jego wynik wskazywał na umiarkowane pragnienie. Badany zaczął zażywać środki psychoaktywne w wieku 16 lat, w momencie pierwszego pomiaru od 2 miesięcy był w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. Co ważne – wcześniejszą przynajmniej dwutygodniową przerwę w zażywaniu narkotyków miał

dwa lata przed rozpoczęciem terapii. Gdy zażywał narkotyki to najczęściej były to 2g marihuany, nie przyjmował innych środków psychoaktywnych.

Wcześniej badany podejmował już terapię uzależnienia od narkotyków, ale jej nie ukończył (innych uzależnień nie deklarował). W ciągu poprzedzających badanie 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków nie miał problemów zdrowotnych uniemożliwiających lub utrudniających podjęcie terapii, nie był leczony w szpitalu, nie wymagał wizyty lekarskiej. Nie miał zdiagnozowanych żadnych problemów psychicznych. Badanego nie dotyczyły problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badany postawił sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji, co mu się udało. Dobrowolnie zachował abstynencję przez cały okres terapii, a jego nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Nie pojawiły się też u niego żadne nowe uzależnienia. Badany nie miał problemów zdrowotnych związanych ze skutkami zażywania narkotyków, nie musiał być hospitalizowany, nie potrzebował również wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych. Nie pojawiły się u niego żadne problemy psychiczne.

Pod koniec sierpnia 2019 roku (czyli 3 miesiące po zakończeniu terapii) badany wziął udział w trzecim pomiarze. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a odczuwane przez niego nasilenie pragnienia narkotyku nadal było bardzo słabe.

Od zakończenia terapii badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień, nie brał również udziału w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień nie miał). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku ze skutkami zażywania środków psychoaktywnych nie wymagał wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miał problemów psychicznych.

Na początku grudnia 2019 badany przystąpił do czwartego pomiaru. Było to ponad 6 miesięcy od zakończenia terapii. Przez dwa miesiące poprzedzające pomiar badany zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyku można było określić jako słabe (wynik surowy był wartością graniczną pomiędzy bardzo słabym, a słabym). W tym okresie nie podjął kolejnej terapii uzależnień i nie korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych uzależnień badany nie miał). W ciągu 30. dni poprzedzających badanie w związku z problemami zdrowotnymi spowodowanymi przez środki

psychoaktywne badany nie wymagał wizyty lekarskiej ani nie był hospitalizowany. Nie zdiagnozowano u niego żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczynał terapię z przeciętnym poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez niego decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania był strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Dodatkowo motywowała go świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół oraz utrata kontroli nad własnym życiem. Pod koniec trwania terapii motywacja badanego wzrosła do wysokiego poziomu, zmieniły się też nieco główne motywy zmiany – nadal pierwszym był strach przed utratą tego, co w życiu ważne, jednak drugim motywem była już motywacja zewnętrzna związana ze strachem przed konsekwencjami prawnymi. Trzecim najważniejszym motywem był brak poczucia zadowolenia z życia. Podczas trzeciego pomiaru badany ponownie miał wysoki poziom motywacji do zmiany. Tym razem jako najważniejszy motyw wskazał poprzedni drugi motyw, czyli strach przed konsekwencjami prawnymi. Drugim motywem był brak poczucia zadowolenia z życia, a trzecim strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Podczas czwartego pomiaru, czyli w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii, motywacja do zmiany badanego utrzymała się na wysokim poziomie, a jako główny motyw zmiany wskazał pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych, następnie chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz ponownie strach przed konsekwencjami prawnymi.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to początkowo badany miał wysoki poziom cechy i takim pozostał on aż do zakończenia badań. Jeżeli spojrzeć na wyniki surowe badanego, to ogólne poczucie własnej skuteczności było coraz wyższe z każdym kolejnym pomiarem (choć nadal utrzymywało się w obrębie wysokiego nasilenia cechy).

Istotną zmianę można zauważyć na skali wsparcia społecznego. Początkowo badany deklarował wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Wystąpiło pewne zróżnicowanie pod względem rodzajów wsparcia – zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i wartościującego było wysokie, a z informacyjno-instrumentalnego i duchowego przeciętne. Pod koniec terapii zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego było już przeciętne. Tylko wsparcie emocjonalne określono wysokim poziomem zadowolenia, natomiast wsparcie wartościujące i informacyjno-instrumentalne przeciętnym, a duchowe niskim. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego również był

przeciętny, tym razem jednak dotyczyło to zarówno wsparcia ujmowanego ogólnie jak i każdego z jego rodzajów. Jeszcze niższe wyniki uzyskano podczas czwartego pomiaru, czyli ponad 6 miesięcy od zakończenia terapii. Ogólny wynik ze skali wsparcia społecznego nadal był przeciętny, z podskali wsparcia emocjonalnego i wartościującego również, natomiast z podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego i duchowego niski.

Na początku terapii poziom zadowolenia badanego z relacji społecznych był wysoki – zarówno ogólnie, jak i dla relacji rodzinnych oraz towarzyskich (badany nie wypełnił podskali relacji zawodowych). Nie pozostawał z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie, w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popadł z nikim w konflikt, a jeżeli kiedykolwiek się to zdarzało to nie były to konflikty związane z zażywaniem narkotyków, badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię badany miał taki sam (wysoki) poziom zadowolenia z relacji społecznych. Było tak w każdym rodzaju relacji, przy czym dla relacji zawodowych wynik surowy był wartością graniczną pomiędzy przeciętnym i wysokim poziomem. Wyjaśnia to nieco fakt, że badany był skonfliktowany lub najczęściej wchodził w konflikt ze swoim współpracownikiem. Pomijając to w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar z nikim się nie skonfliktował, ewentualne konflikty nie miały związku z zażywaniem narkotyków, a badany nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Podczas trzeciego pomiaru poziom zadowolenia z relacji społecznych (każdego ich rodzaju) był nadal wysoki (dla relacji rodzinnych wynik surowy na granicy pomiędzy poziomem wysokim a bardzo wysokim), a sytuacja z konfliktami wyglądała dokładnie tak samo jak podczas badań na zakończenie terapii. Podczas czwartego pomiaru zadowolenie z relacji społecznych wzrosło – było bardzo wysokie. Niewielkie zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy rodzajami relacji – dla relacji rodzinnych i towarzyskich było bardzo wysokie, a dla relacji zawodowych wysokie. Badany nie był z nikim w długotrwałym konflikcie, w ciągu ostatnich 30. dni raz popadł z kimś w konflikt. Nie miało to jednak związku z zażywaniem narkotyków, nie szukał specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych. Początkowo było ono umiarkowane, na skutek terapii udało się obniżyć je do słabego. Podczas trzeciego pomiaru utrzymało się na słabym poziomie, natomiast przy czwartym pomiarze ponownie wróciło do poziomu umiarkowanego (była to jednak wartość graniczna pomiędzy słabym, a umiarkowanym nasileniem).

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. Na początku terapii badany przejawiał słabe nasilenie – dotyczyło to wyniku ogólnego oraz na

podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom, natomiast nasilenie zachowań autoagresywnych było bardzo słabe. Dokładnie taki sam poziom zmiennej utrzymywał się podczas kolejnych (drugiego, trzeciego i czwartego) pomiarów. Zatem w tym przypadku trudno analizować zmienną w kategoriach efektów terapii.

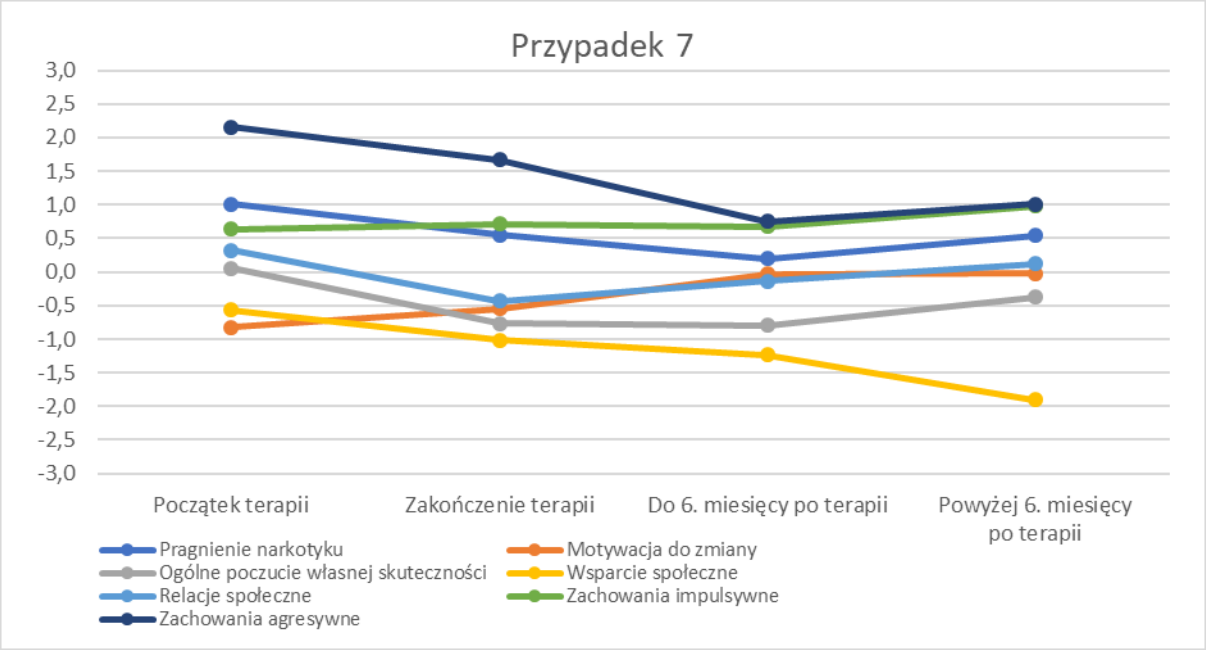
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera **Tabela 406**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 25**.

Tabela 406. Przypadek 7 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	umiarkowane	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe
Skala motywacji do zmiany	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Skala wsparcia społecznego	wysokie	przeciętne	przeciętne	przeciętne
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	wysokie	przeciętne	przeciętne
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	przeciętne	przeciętne	przeciętne
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	przeciętne	przeciętne	przeciętne	niskie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	niskie	przeciętne	niskie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	wysokie	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	wysokie	wysokie	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	słabe	słabe	umiarkowane
Skala zachowań agresywnych	słabe	słabe	słabe	słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	słabe	słabe	słabe	słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 25. Przypadek 7 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Analizując bezpośrednie (pożądane) efekty terapii u badanego to spadło jego nasilenie pragnienia narkotyku oraz zachowań impulsywnych, a wzrósł poziom motywacji do zmiany. Przy nasileniu pragnienia narkotyku warto zauważyć, że początkowo było ono umiarkowane, jednak relatywnie do przebadanej grupy osób był to wynik wysoki (zdecydowana większość badanych miała słabe lub bardzo słabe pragnienie narkotyku). Po zakończeniu terapii nadal utrzymywało się na osiągniętym słabym (lub bardzo słabym) poziomie. Natomiast poziom motywacji do zmiany wzrósł podczas terapii i pozostał już wysoki aż do ukończenia badań. Ważna, choć niekoniecznie pożądana, zmiana dokonała się pod względem motywów zmiany. Początkowo badany miał typowo wewnętrzną motywację do zmiany, z czasem zmieniła się ona na zewnętrzną. W ramach tej zewnętrznej motywacji najczęściej przywoływanym motywem był strach przed konsekwencjami prawnymi. Ponieważ po raz pierwszy został on wspomniany przy pomiarze na zakończenie terapii, jest możliwe, że to właśnie w trakcie trwania terapii badany uświadomił sobie potencjalne konsekwencje prawne związane z posiadaniem, zażywaniem i skutkami działań zrealizowanych pod wpływem narkotyków.

Pozostałe zmienne utrzymywały się na podobnym do początkowego poziomie. Wyjątek stanowi zmienna zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. To zadowolenie sukcesywnie spadało wraz z kolejnymi pomiarami. Końcowe wyniki – zarówno ogólny jak i dla poszczególnych rodzajów wsparcia – były niższe o jeden poziom od wyników początkowych

(z różnymi wahaniami w trakcie badań). Najniższe wyniki odnotowano dla wsparcia duchowego i informacyjno-instrumentalnego. O ile nie każdy ma potrzebę otrzymywania wsparcia duchowego, to wsparcie informacyjne (nazywane również poznawczym) powinno być jednym z kluczowych elementów terapii behawioralno-poznawczej (por. Sęk, Cieślak 2005). Być może spadek poziomu zadowolenia ze wsparcia częściowo wyjaśnia zakończenie (zdeklarowane na etapie czwartego pomiaru) związku nieformalnego, w którym był badany.

Patrząc na losy badanego należy zwrócić uwagę na fakt, że po raz pierwszy od prawie trzech lat udało mu się osiągnąć i utrzymać abstynencję (dwa miesiące przed terapią i później przez cały okres badań, czyli łącznie ponad rok). Dodatkowo tym razem ukończył rozpoczętą terapię. Po jej zakończeniu nie brał już udziału w innej ani nie korzystał z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (prawdopodobnie nie potrzebował). Zatem mimo iż jego terapia była dłuższa niż zakładano, to i tak relatywnie zakres pomocy udzielonej badanemu był niewielki, a rezultaty zadowalające. Jednak warto byłoby wyraźniej uwzględnić kwestię wsparcia społecznego w pracy z badanym.

11.8. Przypadek 8

(opracowanie: Kinga Karteczka-Świętek)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejna z opisywanych przebadanych osób jest kobietą, w momencie rozpoczynania terapii w listopadzie 2018 roku miała 35 lat, zawodowe wykształcenie (zawód kucharz, 11 lat nauki, ukończone kształcenie). Mieszka w mieście od 20 do 100 tysięcy mieszkańców, jest rozwiedziona (chociaż podczas pomiaru na rozpoczęcie terapii była jeszcze w związku małżeńskim). Swoje warunki mieszkaniowe określiła jako bardzo dobre. Badana rozpoczynając terapię była od 4. miesięcy bezrobotna, poszukiwała pracy (do zakończenia badań pozostawała bezrobotna). Utrzymywała się ze świadczeń socjalnych w wysokości około 2500zł (rozpoczęcie terapii) i 4000zł (podczas pomiaru w okresie powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badana od listopada 2018 do stycznia 2019 (około 3 miesiące, chociaż zakładano 5 miesięcy terapii) była pod opieką placówki ambulatoryjnej, w której stosowano podejście behawioralno-poznawcze oraz dialog motywujący. Badana objęta była tylko terapią indywidualną (jedna sesja na tydzień), nie brała udziału w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badana spełniała 4 kryteria zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako umiarkowane nasilenie zaburzenia. Symptomy, które badana przejawiała wiązały się z tym, że zażywając narkotyki zwiększała pierwotnie zaplanowaną dawkę i robiła to przez dłuższy okres czasu niż zamierzała, chciała zaprzestać lub ograniczyć zażywanie i podejmowała tego nieskuteczne próby. Poświęcała dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków, miała objawy tolerancji na narkotyk. Nie dotyczyły jej symptomy związane z zaburzeniem funkcjonowania w podstawowych środowiskach życia. Badana zaczęła zażywać środki psychoaktywne w wieku 16 lat, w momencie pierwszego pomiaru od 3 miesięcy 3 tygodni i 4 dni była w podejmowanej dobrowolnie abstynencji. Przed omawianym okresem abstynencji najczęściej zażywała 1g marihuany, nie przyjmowała innych środków psychoaktywnych. Poziom nasilenia pragnienia

narkotyku u badanej można określić jako bardzo słaby (uzyskała najniższy możliwy wynik na Skali pragnienia narkotyku).

Wcześniej badana nie podejmowała nigdy innej terapii uzależnienia od narkotyków. Dodatkowo wskazała na problem z uzależnieniem od nikotyny. W ciągu poprzedzających badanie 30. dni w związku z zażywaniem narkotyków nie miała problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii, nie wymagała wizyty lekarskiej, nie była leczona w szpitalu. Nie miała zdiagnozowanych żadnych problemów psychicznych. Badanej nie dotyczyły problemy związane z popełnieniem przestępstwa lub przebywaniem w areszcie śledczym/zakładzie karnym (nie zmieniło się to przez cały okres prowadzenia badań).

Badana postawiła sobie za cel terapii osiągnięcie abstynencji, co jej się udało. Dobrowolnie zachowała abstynencję przez cały okres terapii, a jej nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe (ponownie najniższy możliwy wynik). Nie pojawiły się u niej żadne nowe uzależnienia. W okresie 30. dni przed drugim pomiarem badana nie miała problemów zdrowotnych uniemożliwiających udział w terapii, nie musiała być hospitalizowana, nie potrzebowała również wizyty lekarskiej wynikającej z problemów związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych. Nie pojawiły się u niej żadne problemy psychiczne.

W sierpniu 2019 roku (ponad 6 miesięcy po zakończeniu terapii) badana wzięła udział w czwartym pomiarze (w badaniu w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii nie uczestniczyła). W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających badanie zachowała całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jej nasilenie pragnienia narkotyku nadal było bardzo słabe.

W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających pomiar badana nie podjęła kolejnej terapii uzależnień i nie brała udziału w innych formach pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków (innych nowych uzależnień nie miała). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych nie wymagała wizyty lekarskiej ani hospitalizacji, nie miała żadnych problemów psychicznych.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badana rozpoczynała terapię z bardzo wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym motywem podjęcia przez nią decyzji o kontrolowaniu bądź zaprzestaniu zażywania było dążenie do odzyskania dziecka. Dodatkowo motywowało ją poczucie winy i/lub wstydu oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Pod koniec trwania terapii motywacja badanej nadal była na bardzo wysokim poziomie, nie zmienił się też główny motyw zmiany związany ze

strachem przed utratą dziecka. Nadal motywował ją strach przed utratą tego, co w życiu ważne oraz pojawiła się też kwestia utraty kontroli nad własnym życiem. Podczas czwartego pomiaru poziom motywacji badanej nadal był bardzo wysoki. Nie podała już motywu związanego z utratą dziecka, a odniosła się do strachu przed utratą tego, co w życiu ważne, poczucia winy i/lub wstydu oraz braku poczucia zadowolenia z życia. Na tej podstawie nie można wnioskować, czy udało się jej odzyskać dziecko, czy tylko nie wpisała wprost tego motywu. Co ważne, na każdym etapie pomiaru najważniejsze motywy zmiany były motywacją wewnętrzną.

Jeżeli chodzi o ogólne poczucie własnej skuteczności to od początku terapii aż do okresu powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu utrzymywało się ono na wysokim poziomie. Zmiennej tej nie można zatem rozpatrywać w kategoriach efektów terapii.

Podobnie jak w przypadku ogólnego poczucia własnej skuteczności żadnej zmiany podczas wszystkich trzech pomiarów nie odnotowano dla poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Zarówno wynik ogólny jak i dla każdego z rodzajów wsparcia wskazywał na bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Jedynie patrząc na wyniki surowe ze skali i podskal można zauważyć niewielką tendencję wzrostową, ale nadal są to rezultaty w obrębie bardzo wysokiego poziomu.

Na początku terapii poziom zadowolenia badanej z relacji społecznych był bardzo wysoki, zarówno dla relacji rodzinnych jak i towarzyskich (badana przez cały okres badań była bezrobotna, więc nie wypełniała podskali relacji zawodowych). Nie pozostawała z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie, w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar nie popadła z nikim w konflikt, a jeżeli kiedykolwiek jej się zdarzało, to nie były to konflikty związane z zażywaniem narkotyków, badana nie szukała specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Kończąc terapię nastąpiło pogorszenie jeżeli chodzi o poziom zadowolenia z relacji społecznych. Co prawda ogólny wynik i zadowolenie z relacji rodzinnych nadal były na bardzo wysokim poziomie, ale zadowolenie z relacji towarzyskich było wysokie. Taką sytuację częściowo wyjaśnia finalizowany w tym okresie rozwód. Co prawda badana nie była z nikim trwale skonfliktowana i w okresie 30. dni przed pomiarem nie popadła z nikim w konflikt, ale zdarzały się jej konflikty z byłym mężem. Miały one związek z zażywaniem narkotyków, badana nie szukała specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Podczas czwartego pomiaru zadowolenie z relacji społecznych wróciło na bardzo wysoki poziom – zarówno ogólne jak i z relacji rodzinnych oraz towarzyskich. Nie była z nikim poważnie skonfliktowana, w ciągu 30. dni przed pomiarem nie popadła z nikim w konflikt, ewentualne konflikty nie miały związku z zażywaniem narkotyków. Badana nie szukała specjalistycznej pomocy w ich rozwiązaniu.

Kolejną analizowaną w kontekście skuteczności terapii cechą było nasilenie zachowań impulsywnych, jednak w jej przypadku również nie można wypowiadać się o efektach pracy terapeutycznej. Od początku prowadzenia badań aż do końca nasilenie zachowań impulsywnych u badanej utrzymywało się na bardzo słabym poziomie.

Ostatnią z analizowanych zmiennych było nasilenie zachowań agresywnych. W przypadku tej zmiennej nastąpiły niewielkie wahania. Na początku terapii badana przejawiała bardzo słabe nasilenie – dotyczyło to wyniku ogólnego oraz na obydwu podskalach: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji. Na zakończenie terapii nastąpił wzrost nasilenia zachowań autoagresywnych – było ono słabe, natomiast ogólny wynik i na podskali zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom nadal wskazywał na bardzo słabe nasilenie cechy. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii nasilenie zachowań agresywnych wróciło do stanu z początku terapii – było bardzo słabe dla wszystkich rodzajów zachowań agresywnych (wynik surowy na podskali autoagresji był najniższym możliwym do uzyskania).

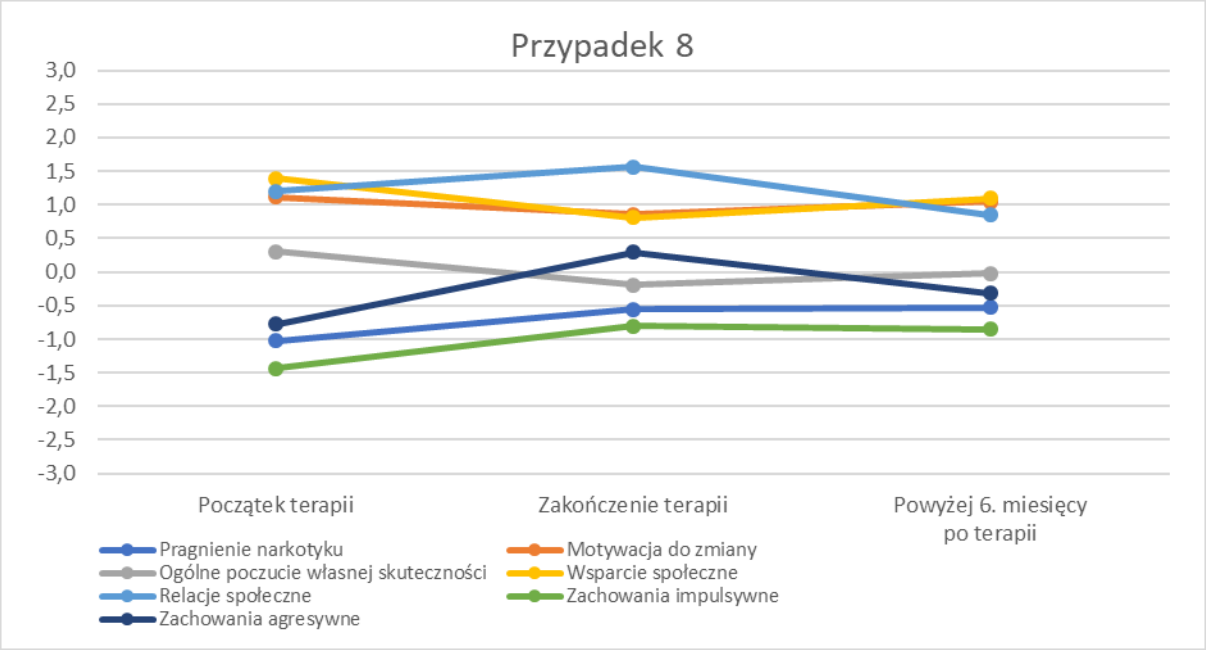
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanej zawiera Tabela 407, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 26.

Tabela 407. Przypadek 8 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	umiarkowane	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Skala wsparcia społecznego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	- [b]	-
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji rodzinnych	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	bardzo wysokie	wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	-	- [b]	-
Skala zachowań impulsywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	słabe	- [b]	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana nie wzięła udziału w trzecim pomiarze.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 26. Przypadek 8 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal.

PODSUMOWANIE

Patrząc na losy badanej należy stwierdzić, że już na początku terapii prezentowała pożądany (z perspektywy potencjalnych efektów) poziom różnych cech – miała bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku, zachowań impulsywnych i agresywnych, bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany, wewnętrzną motywację, wysokie ogólne poczucie własnej skuteczności, bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i relacji społecznych. Zdecydowana większość z tych cech pozostała na takim samym poziomie zarówno pod koniec terapii jak i w okresie powyżej 6. miesięcy po jej zakończeniu. Co ciekawe, mimo braku zatrudnienia przez bardzo długi okres czasu i deklarowanego poszukiwania pracy ogólne poczucie własnej skuteczności badanej utrzymywało się na wysokim poziomie. Jest prawdopodobnym, że ze względu na wysoki dochód ze świadczeń socjalnych badana tylko deklaratywnie poszukiwała pracy. W innym przypadku tak długi okres bez znalezienia zatrudnienia wywarłby wpływ na poziom poczucia własnej skuteczności lub również zadowolenia z relacji społecznych (Kaczmarczyk 2016).

Niewielkie wahania wystąpiły w obrębie zadowolenia z relacji towarzyskich (na zakończenie terapii zadowolenie spadło z poziomu bardzo wysokiego na wysoki, później powróciło na bardzo wysoki) oraz nasilenia zachowań autoagresywnych (również na zakończenie terapii wzrosło ono z bardzo słabego na słabe, następnie spadło na wyjściowy

poziom). Zmiany te można jednak tłumaczyć finalizowanym w tym czasie rozwodem, co z całą pewnością było dla badanej ważnym wydarzeniem i odcisnęło ślad na jej funkcjonowaniu.

Warto zaznaczyć, że gdyby nie strach przed utratą dziecka (główny motyw zmiany u badanej) bardzo możliwe, że nie podjęłaby się ona terapii. Uzależniona była od jednego środka psychoaktywnego, którym była marihuana, a przejawiane przez nią symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej dotyczyły kwestii kontrolowania zażywania, a nie zaburzeń w ogólnie pojętym funkcjonowaniu społecznym. Przy tak wysokich wynikach, jakie osiągnęła badana, dodatkową kwestią pozostaje wiarygodność udzielanych odpowiedzi, niestety KPST-N nie posiada tzw. skali kłamstwa weryfikującej prawdomówność osoby badanej.

11.9. Przypadek 9

(opracowanie: Łukasz Szwejka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Dziewiąta z przebadanych osób jest kobietą, mającą w momencie rozpoczęcia terapii w grudniu 2018 roku 18 lat, wykształcenie średnie, aktualnie ucząca się. Badana, w okresie początkowych trzech pomiarów, stosunek do obowiązku szkolnego określała jako na ogół systematyczny, rzadko bywa nieobecna. Osiągnięcia szkolne określała jako przeciętne. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii nastąpiła poprawa w zakresie realizacji obowiązku szkolnego, czego wyrazem jest systematyczny stosunek do obowiązku szkolnego i przewaga wysokich wyników w nauce. Mieszka w mieście powyżej 500 000 mieszkańców, przebywa w związku nieformalnym. Warunki mieszkaniowe w okresie trwania terapii określała jako dobre, natomiast w okresie do 6 miesięcy i powyżej 6 miesięcy po zakończeniu terapii deklarowała bardzo dobre warunki mieszkaniowe. Badana jest osobą uczącą się/niepracującą, wskazuje jedynie prace w charakterze stażu.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badana była objęta ambulatoryjną formą terapii w okresie od grudnia 2018 do marca 2019 roku. Stosowanym podejściem terapeutycznym była terapia behawioralno-poznawcza oraz terapia integracyjna. Badana brała udział w terapii indywidualnej oraz grupowej.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

W momencie rozpoczęcia terapii badana spełniała 10 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co wskazuje na znaczne nasilenie owego zaburzenia. Symptomy, których osoba badana nie przejawiała wiązały się z brakiem podejmowania nieskutecznych prób zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyku, z brakiem zmniejszenia aktywności w relacjach towarzyskich oraz z brakiem rezygnacji z pracy lub szkoły. Badana zaczęła zażywać narkotyki w wieku 13 lat, od miesiąca jest w dobrowolnej abstynencji. Przed rozpoczęciem abstynencji zażywała metaamfetaminę, kokainę oraz ecstasy (MDMA). W chwili dokonywania pomiaru badana wskazywała na bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku.

W okresie wcześniejszym badana ukończyła terapię uzależnienia od narkotyków. Nie posiada innych uzależnień. Badana nie deklarowała żadnych problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków. Nie wskazała również na występowanie jakichkolwiek problemów psychicznych. W okresie 30 dni poprzedzających udział w badaniu, badana nie popełniła żadnego przestępstwa, nie podlegała również środkowi izolacyjnemu.

Celem terapii, który udało się zrealizować, była abstynencja, którą badana osiągnęła dobrowolnie. Poziom pragnienia narkotyku znajdował się na bardzo niskim poziomie. W okresie trwania terapii nie nastąpiło złamanie abstynencji. W trakcie trwania terapii nie pojawiły się również u badanej dodatkowe uzależnienia. Ponadto nie doświadczała żadnych problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków. Nie zdiagnozowano również żadnych nowych zaburzeń psychicznych.

W pomiarze obejmującym okres do 6. miesięcy po zakończeniu terapii (sierpień 2019 r., czyli 5 miesięcy po zakończeniu terapii) badana znajdowała się w dobrowolnej abstynencji. Nie pojawiły się u niej nowe uzależnienia, nie doświadczała żadnych problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, jak również nie doświadczała problemów psychicznych.

W pomiarze obejmującym okres powyżej 6 miesięcy po zakończeniu terapii (listopad 2019, czyli 7 miesięcy po zakończeniu terapii) sytuacja badanej nie uległa zmianie. Ciągle znajdowała się w dobrowolnej abstynencji, a jej poziom pragnienia narkotyku pozostawał niezmiennie na bardzo niskim poziomie. Jednak w okresie po 7 miesiącach po zakończeniu terapii badana deklarowała podjęcie dodatkowej terapii uzależnień od narkotyków. W okresie tym nie pojawiły się nowe uzależnienia inne niż od narkotyków. Badana nie doświadczała żadnych dolegliwości zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków. Jednak w okresie tym ujawniła, że doświadcza problemów psychicznych, nie precyzuje jednak jakiego rodzaju są to problemy. Wskazuje jednak, że problemy psychiczne uległy złagodzeniu, a nawet ustąpiły.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badana przystępując do badań charakteryzowała się bardzo wysokim poziomem do zmiany. Zasadniczym motywem podjęcia terapii była chęć poprawy relacji z rodziną oraz bliskimi, świadomość ranienia bliskich, strach przed utratą tego co w życiu ważne. W okresie zakończenia terapii utrzymywał się bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany. Spośród motywów do zmiany pojawił się nowy – świadomość ciągłego okłamywania rodziny oraz przyjaciół. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii poziom motywacji nadal utrzymywał

się na bardzo wysokim poziomie. Zmianie uległy jedynie motywy, pojawiły się – utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji życiowej oraz rosnące poczucie osamotnienia. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii motywacja do zmiany, niezmiennie utrzymywała się na bardzo wysokim poziomie.

W przypadku ogólnego poczucia własnej skuteczności, w okresie rozpoczęcia terapii, badana określała je na wysokim poziomie. Pod koniec terapii ogólne poczucie własnej skuteczności uległo zwiększeniu i było bardzo wysokie i ustabilizowało się na tym poziomie w okresie trzeciego i czwartego pomiaru.

Poziomo zadowolenia z otrzymanego wsparcia społecznego w okresie rozpoczęcia terapii znajdował się na bardzo wysokim poziomie. W zakresie poszczególnych rodzajów otrzymywanego wsparcia (emocjonalnego, wartościującego oraz informacyjno-instrumentalnego) również badana deklarowała bardzo wysokie zadowolenie. Natomiast na wysokim poziomie znajdowało się wsparcie duchowe. Pod koniec terapii oraz w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii ogólny poziom zadowolenia oraz wyniki dla poszczególnych podskal pozostawały na niezmiennym poziomie. Natomiast w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii nastąpiło obniżenie poziomu zadowolenia w zakresie wsparcia informacyjno-instrumentalnego do poziomu wysokiego. Pozostałe wartości utrzymywały się na tym samym poziomie.

W przypadku zadowolenia z relacji społecznych, badana w okresie rozpoczęcia terapii, wysoko oceniała posiadane relacje społeczne. Przy czym na bardzo wysokim poziomie znajdowało się zadowolenie z relacji rodzinnych, natomiast na przeciętnym poziomie zadowolenie z relacji towarzyskich. W okresie rozpoczęcia terapii badana była osobą uczącą się, w związku z czym nie oceniała relacji zawodowych. W okresie zakończenia terapii zadowolenie z relacji społecznych utrzymywało się na wysokim poziomie. Jednak zmianie uległo zadowolenie w zakresie relacji rodzinnych- nastąpił spadek zadowolenia, do poziomu wysokiego. Natomiast w zakresie relacji towarzyskich nastąpił wzrost zadowolenia, do poziomu wysokiego. W okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii, badana podjęła pracę zawodową, w konsekwencji czego mogła ocenić poziom zadowolenia z relacji zawodowych. W okresie tym, wynik ogólny na skali zadowolenia z relacji społecznych znajdował się na bardzo wysokim poziomie. Również w zakresie relacji rodzinnych, towarzyskich i zawodowych uzyskane odpowiedzi świadczyły o bardzo wysokim zadowoleniu. W okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii ogólny poziom zadowolenia z relacji społecznych utrzymywał się na bardzo wysokim poziomie.

Podobnie zadowolenie z relacji rodzinnych było na bardzo wysokim poziomie. Nastąpił jednak spadek zadowolenia w zakresie relacji towarzyskich i zawodowych do poziomu wysokiego.

W przypadku konfliktów z innymi osobami, badana prezentowała postawę koncyliacyjną. Deklarowane konflikty z rodzicami i partnerem były sporadyczne, a ich źródłem nie były narkotyki. Jednocześnie badana szukała specjalistycznej pomocy w rozwiązaniu owych trudności interpersonalnych. W okresie zakończenia terapii, badana nie wchodziła z nikim w konflikt w okresie ostatnich 30 dni. Jedyną osobą, z którą badana deklarowała, że różni się zdaniem był partner, przy czym owe sprzeczki nie były związane z zażywaniem narkotyków. Podobna tendencja utrzymywała się w okresie do 6. miesięcy po zakończeniu terapii. Jedyna różnica obejmowała konflikty z ojcem, które nie występowały w okresie trwania terapii. Natomiast w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii badana nie wchodziła z nikim w konflikty.

W dalszej kolejności sprawdzono poziom nasilenia zachowań impulsywnych. Na początku terapii nasilenie zachowań impulsywnych było słabe. Natomiast pod koniec terapii spadło do poziomu określanego jako bardzo słabe i pozostało na bardzo słabym poziomie przez okres do 6. miesięcy oraz powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

Ostatnią analizowaną zmienną było nasilenie zachowań agresywnych. Osoba badana cechowała się bardzo słabym nasileniem zachowań agresywnych, również bardzo słabe nasilenie występowało w przypadku podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji. Nasilenie zachowań agresywnych utrzymało się na niezmiennym poziomie przez okres trwania terapii, jak również w okresie do 6. miesięcy i powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii.

Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanej zawiera Tabela 408, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 27.

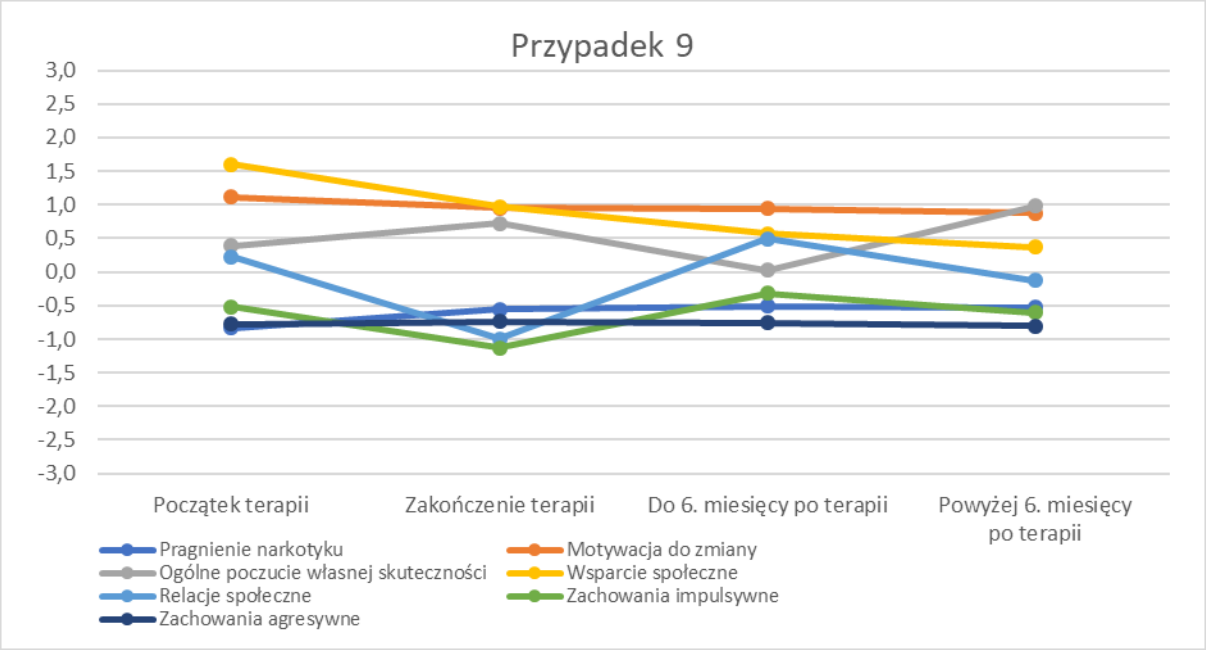
Tabela 408. Przypadek 9 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [b]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	wysoki	wysoki	-	-
Podskala relacji rodzinnych	bardzo wysokie	wysoki	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	przeciętny	wysoki	bardzo wysokie	wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	-	bardzo wysokie	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

[b] Osoba badana przez okres 2, 3 i 4 pomiaru pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 27. Przypadek 9 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Badana rozpoczęła zażywanie narkotyków w wieku lat 13, przy czym deklarowała przyjmowanie wielu rodzajów substancji psychoaktywnych (metaamfetamina, kokaina i ecstasy), co prawdopodobnie wpłynęło na znaczne nasilenie symptomów zaburzenia związanego z zażywaniem substancji psychoaktywnych w momencie rozpoczęcia terapii. Jednak pod koniec terapii badana deklarowała osiągniecie oraz podtrzymywanie dobrowolnej abstynencji, co niewątpliwie należy zaklasyfikować jako sukces. Dodatkowo w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii badana wskazywała na poprawę w sferze edukacyjnej, która przejawiała się osiąganymi przez nią wyższymi wynikami w nauce oraz zmianą stosunku do obowiązku szkolnego na systematyczny, co również można postrzegać jako pozytywny efekt udziału w terapii.

Analizując inne zmienne, zwraca uwagę fakt, że począwszy od rozpoczęcia terapii, badana posiadała bardzo wysoką motywację do zmiany. Również ocena poszczególnych zmiennych, takich jak otrzymywane wsparcie, czy zadowolenie z relacji społecznych znajdowały się od początku terapii na wysokim i bardzo wysokim poziomie, co mogło wpływać na sukces jakim było osiągnięcie abstynencji. Spośród innych zmiennych, które korelują z uzależnieniem od narkotyków (zachowania impulsywne, zachowania agresywne), w przypadku badanej znajdowały się na słabym i bardzo słabym poziomie począwszy od rozpoczęcia terapii, co również mogło odegrać rolę w osiągnieciu i podtrzymaniu abstynencji.

Reasumując wyniki przeprowadzonej analizy indywidualnego przypadku badanej, można stwierdzić, że terapia z jej udziałem pozwoliła na osiągniecie założonego celu jakim było osiągnięcie i podtrzymanie abstynencji. Nie bez znaczenia były tu pewne cechy, z którymi badana rozpoczęła proces terapeutyczny, jak chociażby wysokie poczucie własnej skuteczności, niski poziom impulsywności i agresji, czy wysokie wsparcie ze strony bliskich oraz zadowolenie z relacji społecznych. Należy jednak wspomnieć, że w okresie powyżej 6. miesięcy po zakończeniu terapii badana podjęła kolejną terapię uzależnień. Fakt ten mógł być związany z pojawieniem się u niej problemów psychicznych, z którymi badana próbowała sobie radzić poprzez uczestnictwo w terapii.

11.10. Przypadek 10

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejną z opisywanych przebadanych osób jest mężczyzna, który w momencie rozpoczęcia terapii miał 18 lat, nie pozostawał w związku, zamieszkiwał miasto do 20 tysięcy mieszkańców. Badany nadal się uczył (posiadał wykształcenie gimnazjalne), bardzo niesystematycznie uczęszczał do szkoły, do której prawie nie chodził i często wagarował. Na koniec terapii nastąpiła zmiana i badany systematycznie uczęszczał na lekcje, a osiągane wyniki określił jako przeciętne. Zmniejszyła się tym samym liczba jego nieobecności w szkole w ciągu 30. dni poprzedzających drugi pomiar. Podczas kolejnych pomiarów mężczyzna nadal systematycznie uczęszczał do szkoły, a swoje wyniki określił jako wysokie z przewagą ocen dobrych.

Badany wziął udział w czterech pomiarach (w pierwszym po 2. miesiącach od rozpoczęcia terapii, w drugim po 5. miesiącach od rozpoczęcia terapii, w trzecim – po niecałych 6. miesiącach od ukończenia terapii i w czwartym – po 9. miesiącach od ukończenia terapii).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany rozpoczął terapię indywidualną w placówce ambulatoryjnej pod koniec września 2018 roku. Ukończył ją po 5. miesiącach. Terapia w głównej mierze bazowała na podejściu poznawczo-behawioralnym oraz dialogu motywującym. Spotkania odbywały się raz w tygodniu.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Rozpoczynając terapię badany spełniał 6 kryteriów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako znaczne nasilenie zaburzenia. Symptomy, które u badanego występowały związane były z tym, iż w ciągu roku poprzedzającego badanie: zażywał narkotyki przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzał, podejmował nieskuteczne próby zmniejszenia dawek lub zaprzestania używania narkotyków, poświęcał dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków, ze względu na używanie narkotyków zmniejszyło się jego zaangażowanie w wypełnianie obowiązków zawodowych lub szkolnych, zdarzało się również, że ich nie realizował, ograniczył czas wolny przeznaczany na

aktywności rodzinne, a także odczuwał zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki, a po zaprzestaniu zażywania odczuwał nieprzyjemne objawy. Badany nie odczuwał silnego pragnienia zażywania narkotyku, również na Skali pragnienia narkotyku osiągnął wynik świadczący o słabym nasileniu.

Mężczyzna zaczął brać narkotyki w wieku 14 lat. W trakcie pierwszego pomiaru zadeklarował, że ostatnią co najmniej dwutygodniową przerwę w zażywaniu narkotyków miał 5. miesięcy wcześniej. W ciągu 30. dni przed badaniem nie zmienił wzorca zażywania i był przez 15 dni pod wpływem narkotyków, na które wydał 400zł. W ciągu 7 dni przed badaniem 2 dni był pod wpływem narkotyków i wydał na nie 120zł. Stosowanym przez niego narkotykiem była marihuana (innych nie wskazał), którą mężczyzna zażywał w średniej dawce 0,5g. Badany w ciągu 30. dni poprzedzających pierwszy pomiar w związku z zażywaniem narkotyków: nie doświadczył problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej lub pobytu w szpitalu lub też uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii. Nie miał zdiagnozowanych żadnych problemów psychicznych. W ciągu 6. miesięcy przed pierwszym pomiarem nie przebywał w areszcie śledczym lub zakładzie karnym, ale w ciągu 30. dni poprzedzających badanie popełnił przestępstwo. Wynika z tego, iż badany w trakcie trwania terapii (pierwszy pomiar był po 2. miesiącach od rozpoczęcia terapii) nadal zażywał marihuanę oraz łamał prawo. Jest to spójne z celem terapii jaki badany podał podczas badania na zakończenie terapii.

W trakcie drugiego pomiaru, 5. miesięcy po rozpoczęciu terapii, badany wskazał, iż jego celem było ograniczenie zażywania narkotyków, zatem nie dążył on do abstynencji. Spełniał wówczas 2 symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, co można zinterpretować jako łagodne nasilenie zaburzenia. Badany stwierdził, iż w okresie od rozpoczęcia terapii chciał zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków (co jest spójne z celem, który sobie wyznaczył) oraz po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwał nieprzyjemne objawy. Mężczyzna ponownie wskazał marihuanę jako wiodący narkotyk, jednak podał niższą niż podczas pierwszego pomiaru średnią dawkę (1/3g). Poziom nasilenia pragnienia narkotyku określony na podstawie Skali pragnienia narkotyku na zakończenie terapii był bardzo słaby, zatem nastąpił jego spadek w odniesieniu do pierwszego pomiaru. Badany od 3. tygodni poprzedzających drugi pomiar był w dobrowolnej abstynencji narkotykowej. W ciągu 30. dni poprzedzających badanie wydał 20zł na narkotyki, nie doświadczył żadnych problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, nie popełnił przestępstwa oraz – od momentu rozpoczęcia terapii – nie przebywał w areszcie śledczym ani w zakładzie karnym.

W sierpniu 2019 roku badany przystąpił do trzeciego pomiaru – niecałe 6 miesięcy od ukończenia terapii. Przez okres 2. miesięcy poprzedzających badanie zachował całkowitą

dobrowolną abstynencję, a jego poziom pragnienia narkotyku można było określić jako bardzo słaby. W tym czasie nie podjął kolejnej terapii, ani nie uczestniczył w innych działaniach skierowanych do osób uzależnionych, nie doświadczył problemów zdrowotnych wynikających z wcześniejszego sięgania po narkotyki, nie wszedł również w konflikt z prawem.

Przez 2 miesiące poprzedzające czwarty pomiar mężczyzna również zachował całkowitą, dobrowolną abstynencję (brak informacji dotyczącej okresów dłuższych niż poprzedzające trzeci i czwarty pomiar 2 miesiące). Nasilenie pragnienia narkotyku utrzymywało się na bardzo słabym poziomie.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Poziom motywacji do zmiany przy pierwszym pomiarze był u badanego przeciętny. Wśród powodów, które skłoniły mężczyznę do podjęcia decyzji o rozpoczęciu terapii, wymienił jako najważniejszy „kontrole w szkole", drugi – chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, trzeci – brak poczucia zadowolenia z życia. Przy pomiarze na zakończenie terapii dominowały takie motywy jak: „szkoła" (wskazany jako główny motyw i dopisany przez badanego w kategorii „inne motywy", zatem nie można ustalić, co dokładnie badany miał na myśli), na drugim miejscu – chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz na trzecim miejscu – naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół. Nastąpiła zmiana w poziomie motywacji, gdyż na zakończenie terapii był on wysoki. Prawie pół roku później podczas trzeciego pomiaru poziom motywacji wzrósł u badanego do bardzo wysokiego, a jako najistotniejszy motyw mężczyzna wskazał brak poczucia zadowolenia z życia, następnie naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół oraz świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół. Przy trzecim pomiarze nie wystąpił wcześniej wymieniany motyw związany ze szkołą. Być może stało się tak dlatego, że na tym etapie badań mężczyzna systematycznie uczęszczał do szkoły i osiągał wysokie wyniki w nauce, zatem osiągnął zmianę w tym obszarze. Wcześniej – w trakcie trwania terapii – do szkoły prawie nie chodził i często wagarował. W trakcie ostatniego, czwartego pomiaru poziom motywacji badanego spadł do przeciętnej wartości. Najważniejszym motywem zmiany była świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół, kolejnym chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz naciski ze strony rodziny i/lub przyjaciół. Przez cały okres udziału w badaniach mężczyzna jako ważne powody zmiany podawał czynniki zewnętrzne. To przede wszystkim szkoła stanowiła główny powód podjęcia terapii, a dodatkowo były też motywy związane z naciskiem ze strony osób znaczących.

Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności na każdym z czterech pomiarów był wysoki. Nie można zatem stwierdzić, iż był to rezultat oddziaływań, w jakich brał udział badany. Działania te mogły jednak przyczynić się do utrzymania tego poziomu.

Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, podobnie jak w przypadku ogólnego poczucia własnej skuteczności, pozostawał prawie niezmienny na wszystkich czterech pomiarach. Różnice pojawiły się przy zadowoleniu ze wsparcia emocjonalnego, którego poziom przy pierwszym pomiarze był bardzo wysoki, a w kolejnych pomiarach był już tylko wysoki. Nieznaczna różnica była widoczna także przy poziomie zadowolenia ze wsparcia duchowego – na początku terapii był on niski, na jej zakończenie przeciętny, a przy kolejnych pomiarach (niecałe 6 i 9 miesięcy po ukończeniu terapii) ponownie niski. Zatem mężczyzna przy każdym z pomiarów wykazał co najmniej wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, emocjonalnego, wartościującego oraz informacyjno-instrumentalnego oraz przeciętny/niski ze wsparcia duchowego. Warto zauważyć, że w powodach zmiany badany podawał osoby znaczące (a więc te od których prawdopodobnie otrzymywał wsparcie) jako ważny czynnik mający wpływ na jego motywację.

Poziom zadowolenia z relacji społecznych, w tym rodzinnych i towarzyskich, był przynajmniej wysoki podczas wszystkich czterech pomiarów. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych wzrósł z wysokiego (podczas trzeciego pomiaru) na bardzo wysoki (czwarty pomiar), poziom zadowolenia z relacji towarzyskich był wysoki przez cały okres badań. Przy pomiarze powyżej 6. miesięcy od ukończenia terapii mężczyzna wypełnił także podskalę relacji zawodowych, poziom zadowolenia z tych relacji określił jako wysoki.

Podczas czterech pomiarów badany nie był z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie. Jednocześnie w trakcie pomiaru na początku terapii stwierdził, iż jego konflikty z ludźmi często mają związek z zażywaniem narkotyków, jednak nie szukał specjalistycznej pomocy w celu ich rozwiązania. Od drugiego pomiaru ewentualne konflikty już nie miały związku z zażywaniem narkotyków. Warto podkreślić, iż badany od 3. tygodni poprzedzających drugi pomiar był w dobrowolnej abstynencji narkotykowej. Być może dlatego na tym tle już nie powstawały konflikty.

Nasilenie zachowań impulsywnych w początkowym okresie terapii było u badanego słabe, natomiast w kolejnych pomiarach było na poziomie bardzo słabym. Istnieje zatem prawdopodobieństwo, iż udział w terapii oraz zaprzestanie palenia marihuany wpłynęły na spadek zachowań impulsywnych. Takiego spadku nie odnotowano na Skali zachowań agresywnych, ogólnie jak i w podskalach: agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji. Nasilenie w tym obszarze cały czas utrzymywało się na bardzo słabym poziomie.

Był to wzorzec zachowania, który pojawiał w każdym z pomiarów, zatem nie jest to efekt oddziaływań terapeutycznych. Najprawdopodobniej też zaprzestanie zażywania narkotyku również nie miało wpływu na nasilenie zachowań agresywnych.

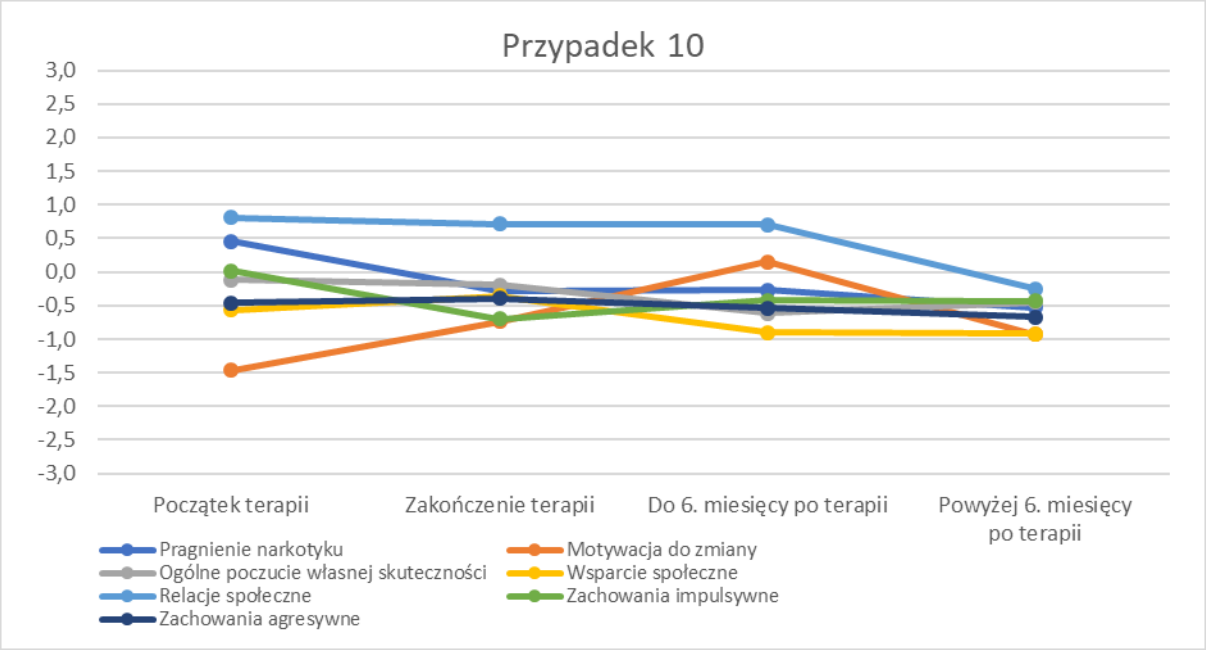
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 409, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 28.

Tabela 409. Przypadek 10 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	łagodne	- [a]	- [b]
Skala pragnienia narkotyku	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	przeciętne	wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Skala wsparcia społecznego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Podskala wsparcia duchowego	niskie	przeciętne	niskie	niskie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	-	bardzo wysokie [d]
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie	-
Podskala relacji rodzinnych	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	-	-	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 28. Przypadek 10 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

W trakcie udziału w badaniach u mężczyzny można było zaobserwować zmiany w części z analizowanych obszarów. Badany rozpoczynał terapię ze znacznym nasileniem zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej oraz słabym pragnieniem narkotyku, a jego celem było ograniczenie zażywania. W trakcie terapii nastąpił spadek nasilenia zaburzenia do łagodnego oraz pragnienia narkotyku do bardzo słabego. Badany nadal zażywał marihuanę, choć w ciągu 30. dni przed drugim pomiarem zmniejszyły się jego wydatki na nią oraz zmniejszyła się zażywana jednorazowo dawka. Mężczyzna od 3 tygodni przed drugim pomiarem trwał w dobrowolnej abstynencji, którą utrzymywał w kolejnych pomiarach po ukończeniu leczenia. Zatem prawdopodobnie pod wpływem oddziaływań terapeutycznych badanemu nie tylko udało się zrealizować pierwotny cel związany z ograniczeniem palenia marihuany, ale również osiągnął nieprzymusową abstynencję.

Bez wątpienia zasobami badanego, z którymi rozpoczął terapię i które utrzymały się na podobnym poziomie w późniejszych pomiarach, były: co najmniej niskie nasilenie zachowań agresywnych i impulsywnych, wysokie ogólne poczucie własnej skuteczności, co najmniej wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia (tylko wsparcie duchowe było na niskim poziomie) oraz relacji społecznych. Dodatkowo poziom zadowolenia z relacji rodzinnych podczas ostatniego pomiaru wzrósł z wysokiego na bardzo wysoki. Mogło to być związane z osiągniętą abstynencją i jednoczesnym wysoce prawdopodobnym zaprzestaniem

okłamywania bliskich w temacie zażywania narkotyków (świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół była jednym z motywów wprowadzenia zmiany przez badanego). Badany w trakcie terapii zaczął także systematycznie uczęszczać do szkoły (wcześniej często wagarował), poziom ten utrzymał w okresie po terapii. Dodatkowo zmianie uległy także jego wyniki w nauce z przeciętnych na wysokie (w pomiarze końcowym).

Kolejnym wskaźnikiem, który ulegał zmianom w trakcie terapii, był poziom motywacji. Wzrost poziomu motywacji z przeciętnego na początku terapii do wysokiego na jej zakończenie prawdopodobnie świadczy o pozytywnym efekcie oddziaływań. Niepokojący jest jednak spadek pomiędzy pomiarem trzecim i czwartym z poziomu bardzo wysokiego do przeciętnego. Być może badany osiągnął postawione sobie cele: zadowolenie z relacji z rodziną ocenił bardzo wysoko (należy pamiętać, że główne motywy zmiany wskazane przez badanego były związane z osobami najbliższymi); nastąpiła pozytywna zmiana w funkcjonowaniu w roli ucznia (systematyczne uczęszczanie, wysokie wyniki w nauce, a motyw zmiany związany ze szkołą nie pojawił się już przy czwartym pomiarze). Zatem obniżeniu mógł ulec poziom motywacji do podtrzymania zmiany. Ważne byłoby ustanowienie kolejnych celów związanych z kontynuacją trzeźwego życia i przede wszystkim wielowymiarowe rozpoznanie przyczyn spadku motywacji do zmiany z poziomu bardzo wysokiego na przeciętny. Spadek ten jest niepokojący, gdyż poziom motywacji do zmiany wysoko koreluje nie tylko z efektami terapii, ale też z nawrotami (Marlatt, Bowen, Witkiewitz 2009, s. 223).

11.11. Przypadek 11

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejną osobą badaną był 37-letni mężczyzna mieszkający w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców, z wykształceniem policealnym, niekontynuujący nauki. Mężczyzna na początku terapii, na jej zakończenie oraz w trakcie pomiaru powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii określił swój stan cywilny jako rozwiedziony, natomiast w momencie badania do 6. miesięcy od zakończenia terapii (trzeci pomiar) pozostawał w związku nieformalnym. Warunki mieszkaniowe badanego podczas pierwszego i drugiego pomiaru były przeciętne, a w okresie po ukończeniu terapii zostały określone jako dobre, zatem uległy poprawie. Wyuczony zawód mężczyzny to terapeuta zajęciowy. Na początku terapii utrzymywał się on z pracy zarobkowej oraz ze świadczeń socjalnych. do

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany rozpoczął terapię w czwartym kwartale 2018 roku w placówce ambulatoryjnej, gdzie uczestniczył w programie Candis. Program ten zakładał terapię indywidualną (spotkania odbywały się raz w tygodniu) opartą na podejściu poznawczo-behawioralnym oraz dialogu motywującym. Czas trwania terapii na etapie jej rozpoczęcia terapeuta określił jako 3 miesiące, jednak mężczyzna ukończył program po około 6. miesiącach.

Badany wziął udział w czterech pomiarach (początek terapii, zakończenie terapii, po 4. miesiącach i po około 6,5 miesiąca od ukończenia terapii). Od pierwszego pomiaru do ostatniego upłynął około rok.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Mężczyzna rozpoczął terapię ze znacznym nasileniem zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, gdyż spełniał 6 symptomów. Kryteria, które u badanego nie wystąpiły w ciągu ostatniego roku poprzedzającego pomiar to: chęć zaprzestania lub ograniczenia zażywania, nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków, zaniedbanie obowiązków rodzinnych lub domowych oraz zawodowych. Nie zmniejszyło się także zaangażowanie badanego w realizację tych obowiązków oraz jego aktywność w relacjach towarzyskich, nie zrezygnował z pracy. Badany zaczął zażywać narkotyki

w wieku 14 lat. Ostatnią co najmniej dwutygodniową przerwę w zażywaniu miał 6 miesięcy przed pierwszym pomiarem. W trakcie pierwszego pomiaru nie był w abstynencji. W ciągu miesiąca przed badaniem przez 22. dni był pod wpływem narkotyków i wydał na nie 650zł, a w ciągu 7. dni poprzedzających pomiar przez 5 dni był pod wpływem narkotyków, na które wydał 140zł. Jednocześnie zmienił sposób przyjmowania na mniej szkodliwy dla zdrowia. Najczęściej zażywanym przez badanego narkotykiem była marihuana (jednorazowa dawka 0,3g), drugim heroina (brown sugar, jednorazowa dawka 0,5g), na trzecim miejscu mężczyzna wskazał benzodiazepiny (16g). Nasilenie pragnienia narkotyku w pierwszym pomiarze można było określić jako wysokie. Badany podejmował wcześniej terapię uzależnień, jednak jej nie ukończył. Nie wskazał innych uzależnień, ani problemów psychicznych. W ciągu 30. dni poprzedzających pierwszy pomiar w związku z zażywaniem narkotyków był leczony w szpitalu. Nie popełnił w tym czasie przestępstwa. W ciągu poprzedzających 6. miesięcy przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

Badany zakończył terapię po niecałych 6. miesiącach. Celem podjętej terapii było dla niego ograniczenie zażywania narkotyków. W trakcie drugiego pomiaru nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej nadal było znaczne, badany spełniał 10 symptomów. Zatem liczba symptomów w trakcie terapii wzrosła z 6. do 10. Mężczyzna nadal spełniał kryteria, które wystąpiły przy rozpoczęciu terapii, a dodatkowo: w trakcie trwania terapii w związku z sięganiem po narkotyki zaczął zaniedbywać obowiązki rodzinne lub domowe oraz zawodowe; zmniejszyło się jego zaangażowanie w realizację tych obowiązków, zmniejszyła się także aktywność badanego w relacjach towarzyskich; próbował nieskutecznie zaprzestać lub ograniczyć zażywanie. Być może utrata pracy, którą zgłosił badany, wiązała się ze wzmożonym zażywaniem narkotyków. Poza tym badany zwiększał zaplanowaną pierwotnie dawkę narkotyku, zażywał dłużej niż planował, poświęcał dużo czasu na zdobycie narkotyków oraz na łagodzenie skutków zażywania, w okresie od rozpoczęcia terapii do jej zakończenia odczuwał silne pragnienie (choć Skala pragnienia narkotyku wskazywała bardzo słabe nasilenie pragnienia), zażywał narkotyki pomimo, iż było to zagrażające jego zdrowiu lub życiu oraz pomimo tego, iż miał przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne, nastąpił u niego wzrost tolerancji oraz występował zespół abstynencyjny. Badany wskazał marihuanę jako narkotyk wiodący (jednorazowa dawka 0,2g), na drugim miejscu podał leki (jednorazowa dawka 8 tabletek). Jednocześnie w trakcie drugiego pomiaru badany stwierdził, iż od 3. miesięcy jest w dobrowolnej abstynencji i tylko 5 razy ją złamał (nie miało to miejsca w ciągu 30. dni przed drugim pomiarem). W trakcie trzeciego i czwartego pomiaru badany deklarował całkowitą, dobrowolną abstynencję, a jego nasilenie pragnienia narkotyków pozostawało bardzo słabe.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczął terapię z przeciętnym poziomem motywacji do zmiany, jednak motywacja miała charakter wewnętrzy i była związana z utratą kontroli nad własnym życiem, rosnącym poczuciem osamotnienia oraz strachem przed utratą tego, co w życiu ważne. Na koniec terapii poziom motywacji wzrósł do bardzo wysokiego i taki też utrzymał się w trakcie trzeciego pomiaru. Przy pomiarze powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii poziom motywacji był wysoki.

W trakcie pierwszego pomiaru badany odznaczał się wysokim poziomem ogólnego poczucia własnej skuteczności, poziom ten wzrósł do bardzo wysokiego na koniec terapii, następnie spadł do poziomu wysokiego (trzeci pomiar), by ponownie osiągnąć bardzo wysoką wartość przy pomiarze końcowym.

Kolejnymi badanymi wskaźnikami skuteczności terapii było zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz zadowolenie z relacji społecznych. Na Skali wsparcia społecznego oraz na Skali relacji społecznych, jak i ich poszczególnych podskalach, od rozpoczęcia terapii do jej zakończenia można było zaobserwować wzrost z poziomu wysokiego na bardzo wysoki (zadowolenie ze wsparcia wartościującego i duchowego wzrosło z przeciętnego na bardzo wysokie). Poziom ten utrzymywał się w trakcie kolejnych pomiarów (wyjątek stanowi podskala wsparcia duchowego, na której przy pomiarze końcowym nastąpił spadek do poziomu przeciętnego).

Od początku terapii do jej zakończenia nastąpił wzrost nasilenia zachowań impulsywnych (ze słabego do umiarkowanego), jednak w późniejszych pomiarach ponownie odnotowano spadek do wartości słabej. Nie zaszła natomiast żadna zmiana w zakresie nasilenia zachowań agresywnych (zarówno ogólnie jak i w poszczególnych podskalach). Badany rozpoczynał terapię z bardzo słabym nasileniem zachowań agresywnych i taki poziom utrzymywał się w kolejnych pomiarach.

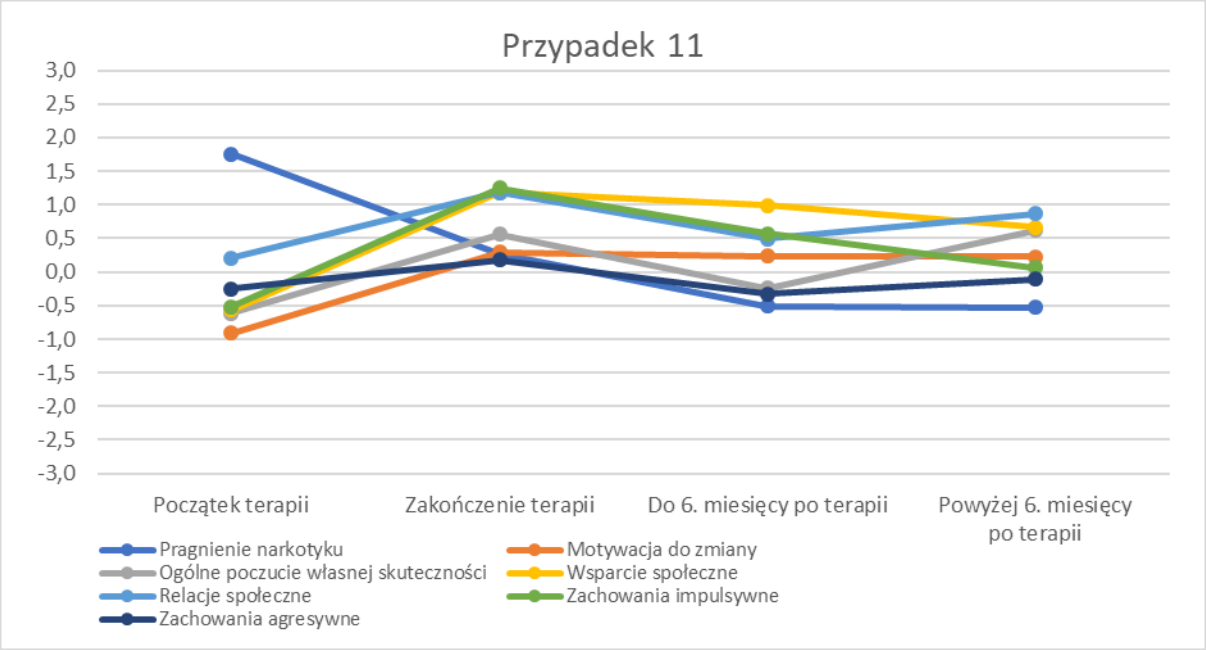
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 410, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 29.

Tabela 410. Przypadek 11 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	znaczne	- [a]	- [b]
Skala pragnienia narkotyku	silne	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	bardzo wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	bardzo wysokie	bardzo wysokie	przeciętne
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	słabe	umiarkowane	słabe	słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 29. Przypadek 11 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Badany rozpoczął terapię ze znacznym nasileniem zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej oraz silnym pragnieniem narkotyku. Na zakończenie terapii nasilenie zaburzenia również było znaczne, jednak warto podkreślić, iż pytania dotyczyły całego okresu odbywania terapii, tymczasem badany wskazał, iż w ciągu 3. miesięcy poprzedzających drugi pomiar (z około 6. miesięcy trwania terapii) był w abstynencji. Istotne jest również to, że na skali dotyczącej symptomów zaburzenia badany wskazał, iż w ciągu trwania terapii odczuwał silne pragnienie zażywania, natomiast na Skali pragnienia narkotyku nasilenie to zostało określone jako bardzo słabe i na takim poziomie utrzymywało się do zakończenia badań. Najprawdopodobniej cel, który wyznaczył sobie badany – ograniczenie zażywania – ze względu na nasilenie objawów okazał się nierealny i został zmodyfikowany w trakcie terapii. Stąd dobrowolna abstynencja, którą badany deklarował również w kolejnych pomiarach. Być może z tego wynikało też przedłużenie terapii z 3. do 6. miesięcy. Zasadnym wydaje się więc namysł nad tym, czy ze względu na nasilenie zaburzenia oraz zażywane narkotyki badany powinien być zakwalifikowany do programu Candis. Jednak po wydłużeniu czasu okazał się on być skuteczny w przypadku badanego mężczyzny.

Bez wątpienia osiągniecie abstynencji i spadek nasilenia pragnienia narkotyku można uznać za sukces badanego, który mógł powstać pod wpływem terapii. Istotną zmianą, jaka zaszła w trakcie trwania terapii i która utrzymała się po jej zakończeniu, jest znaczny wzrost

poziomu motywacji do zmiany. Podobnie można stwierdzić, iż pozytywna zamiana zaszła w trakcie terapii i utrzymała się po jej zakończeniu w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, emocjonalnego, wartościującego oraz informacyjno-instrumentalnego, jak i w poziomie zadowolenia z relacji społecznych (rodzinnych, towarzyskich i zawodowych). Istotną zmianą jest również polepszenie się sytuacji materialnej i mieszkaniowej mężczyzny. W trakcie pomiaru na zakończenie terapii wzrosło nasilenie zachowań impulsywnych z poziomu słabego do umiarkowanego, co mogło być spowodowane utratą pracy. Badany był wtedy osobą bezrobotną utrzymującą się z renty. Spowodowało to prawie dwukrotny spadek średniego miesięcznego dochodu. W trakcie kolejnych pomiarów badany ponownie pracował zarobkowo oraz otrzymywał rentę, a nasilenie zachowań impulsywnych spadło do poziomu słabego. Dodatkowo w trakcie drugiego pomiaru, co także mogło nasilić zachowania impulsywne, nastąpił wzrost liczby symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej występujących u badanego (wzrosły one z 6. do 10.). Był to także okres, kiedy badany podjął decyzję o modyfikacji celu związanego z terapią i całkowicie zaprzestał sięgania po narkotyki. Warto zwrócić także uwagę na nieznaczne obniżenie się poziomu motywacji do zmiany w trakcie pomiaru końcowego oraz rozpoznanie przyczyn takiego stanu rzeczy.

11.12. Przypadek 12

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Mężczyzna 42-letni, żonaty, zamieszkujący miasto powyżej 500 tys. mieszkańców to kolejna opisywana osoba. Badany wskazał, iż uczył się przez 12 lat i zakończył naukę z wykształceniem średnim. W ramach każdego z czterech pomiarów określił siebie jako osobę pracującą w zawodzie muzyka. Średni miesięczny dochód netto badanego wahał się od 5000zł do 8000zł. Warunki mieszkaniowe mężczyzna określi jako bardzo dobre.

Badany uczestniczył we wszystkich 4. pomiarach (rozpoczęcie i ukończenie terapii oraz po około 4. i 6. miesiącach od jej ukończenia). Zatem udział mężczyzny w badaniach miał miejsce na przestrzeni jednego roku.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany rozpoczął terapię pod koniec listopada 2018 r. w placówce ambulatoryjnej (spotkania w ramach terapii indywidualnej odbywały się raz na 1-2 tygodnie), a ukończył ją po około 6. miesiącach (pomimo zakładanych przez terapeutę na etapie jej rozpoczęcia 3. miesięcy). Terapia była prowadzona w oparciu o program Candis, podejście poznawczo-behawioralne oraz dialog motywujący.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

W trakcie pierwszego pomiaru badany miał znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych (przejawiał 7 symptomów). Symptomy, które nie dotyczyły badanego były następujące: zażywając narkotyki nie zwiększał pierwotnie zaplanowanej dawki, nie zażywał dłużej niż planował, nie podejmował nieskutecznych prób ograniczenia lub zaprzestania zażywania, nie zaniedbywał obowiązków rodzinnych lub domowych oraz zawodowych, nie zmniejszyło się także jego zaangażowanie w pełnienie tych obowiązków, nie zaniechał realizacji swojego hobby. Mężczyzna zaczął zażywać narkotyki w wieku 17 lat. W trakcie pierwszego pomiaru nie był w abstynencji narkotykowej, a ostatnią co najmniej dwutygodniową przerwę w zażywaniu miał około 3 miesiące wcześniej. W ciągu 30. dni przed badaniem 29 dni był pod wpływem narkotyków, wydał na nie 1500zł. Natomiast w ciągu poprzedzających pierwszy pomiar 7. dni był pod wpływem narkotyków przez 5 dni

i w tym czasie na narkotyki przeznaczył 300zł. Jako najczęściej zażywany narkotyk badany wskazał marihuanę (średnia zażywana dawka to 9,5g), następnie haszysz (średnia dawka 0,2g) oraz grzyby halucynogenne (średnia dawka to 30 sztuk). Nasilenie pragnienia narkotyku przy rozpoczęciu terapii było umiarkowane. Badany wcześniej nie podejmował terapii, nie wskazał innych uzależnień niż od narkotyków, natomiast zadeklarował występowanie u niego problemów psychicznych takich jak stany lękowe i napady paniki (jednak nie leczył się z tego powodu ani nie zażywał lekarstw). W ciągu 30. dni przed badaniem nie wymagał wizyt u lekarza ani pobytu w szpitalu ze względu na problemy zdrowotne wynikające z zażywania środków psychoaktywnych. W ciągu poprzedzających pomiar 30. dni nie popełnił przestępstwa, a w przeciągu 6. miesięcy przed badaniem nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

Celem podjętej terapii było dla mężczyzny ograniczenie zażywania narkotyków. W trakcie drugiego pomiaru nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych spadło do poziomu łagodnego. U badanego wystąpiły 2 symptomy: od rozpoczęcia terapii dążył do zaprzestania lub ograniczenia zażywania (należy jednak pamiętać, że był to cel terapii badanego) oraz odczuwał tak silne pragnienie zażywania, że nie mógł myśleć o niczym innym. Jedynym zażywanym narkotykiem, który badany wskazał na zakończenie terapii, była marihuana (średnia dawka to 0,25g). W trakcie drugiego pomiaru nastąpił spadek nasilenia pragnienia narkotyku do bardzo słabego. Na takim poziomie utrzymało się ono w trzecim pomiarze, by wzrosnąć do słabego w trakcie pomiaru końcowego. W ciągu 30. dni przed drugim pomiarem mężczyzna był 12 dni pod wpływem narkotyków, na które wydał 150zł. Natomiast w ciągu poprzedzających pomiar 7. dni był pod wpływem narkotyków przez 3 dni i przeznaczył na nie 30zł. Zatem porównując z danymi z pierwszego pomiaru można stwierdzić, iż 10-krotnie spadły wydatki badanego na narkotyki – zarówno w przeciągu miesiąca, jak i w ciągu tygodnia. Badany wskazywał również, iż wcześniej nieleczone problemy psychiczne zostały w czasie terapii zdiagnozowane oraz ustąpiły lub uległy złagodzeniu (chodź nie podjął leczenia z ich powodu, ani nie zażywał lekarstw). W ciągu 30. dni poprzedzających drugi pomiar nie doświadczał problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, które by wymagały wizyty lekarskiej, pobytu w szpitalu lub też utrudniały kontunuowanie lub zakończenie terapii. W ciągu 30. dni przed badaniem nie popełnił przestępstwa, ani nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym przez okres terapii.

W trakcie trzeciego pomiaru badany nadal sięgał po marihuanę (średnia dawka 0,2g); w ciągu 30. dni przed badaniem mężczyzna był 8 dni pod wpływem narkotyków, na które wydał 100zł. Natomiast w ciągu poprzedzających pomiar 7. dniach był pod wpływem narkotyków przez 2 dni i przeznaczył na nie 25zł. Co ważne – mężczyzna nie wykazywał żadnego symptomu

zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Można zatem stwierdzić, iż badanemu udało się utrzymać osiągnięty w trakcie terapii cel związany z ograniczeniem zażywania. Podobny wzorzec zażywania marihuany wraz z brakiem symptomów zaburzenia utrzymał się przy czwartym pomiarze. Jednocześnie w trakcie w trakcie 30. dni przed dwoma ostatnimi pomiarami badany nie doświadczał problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków lub będących długofalowymi konsekwencjami zażywania wymagających wizyty lekarskiej lub pobytu w szpitalu. Nie zmieniła się również jego sytuacji dotycząca braku konfliktów z prawem.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczął terapię z niskim poziomem motywacji do zmiany. Główne motywy podjęcia zmiany to: poczucie lęku i niepewności, strach przed konsekwencjami prawnymi, utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej. Na zakończenie terapii poziom motywacji był już wysoki (główne motywy to: utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności życiowej, spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu, poczucie lęku i niepewności). W okresie do 6. miesięcy od ukończenia terapii nastąpił spadek poziomu motywacji do przeciętnego i taki poziom utrzymał się również w okresie powyżej 6. miesięcy od ukończenia terapii. Jednak motywacja do zmiany – podobnie jak przy drugim pomiarze – nadal nie wynikała z nacisków zewnętrznych.

Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności od początku badań był bardzo wysoki i taki też utrzymał się w kolejnych pomiarach.

Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (w tym emocjonalnego i informacyjno-instrumentalnego) przy pierwszym pomiarze był przeciętny, kolejno przy drugim pomiarze wzrósł do wysokiego, następnie ponownie spadł do przeciętnego i w pomiarze końcowym uzyskał wartość wysoką. Poziom zadowolenia ze wsparcia wartościującego w dwóch pierwszych pomiarach był wysoki, kolejno spadł do przeciętnego, by w czwartym pomiarze ponownie wzrosnąć do poziomu wysokiego. Na podskali wsparcia duchowego nastąpiła znacząca zmiana – na początku terapii poziom zadowolenia był bardzo niski, w dwóch kolejnych pomiarach przeciętny, a w końcowym pomiarze wysoki.

Wysokie wartości badany uzyskał w każdym pomiarze na Skali relacji społecznych. Inaczej się prezentował poziom zadowolenia na poszczególnych podskalach. Na podskali relacji rodzinnych poziom zadowolenia był bardzo zróżnicowany w zależności od okresu, kiedy dokonywano pomiaru. Przy pierwszym pomiarze poziom zadowolenia z relacji rodzinnych był przeciętny, kolejno w trakcie drugiego pomiaru wzrósł do bardzo wysokiego, podczas trzeciego

pomiaru był wysoki, a przy czwartym pomiarze spadł do niskiego. Poziom zadowolenia dla relacji towarzyskich i zawodowych w trakcie pomiaru pierwszego i drugiego był wysoki, w trakcie trzeciego pomiaru spadł do przeciętnego, a w czwartym pomiarze ponownie wzrósł do wysokiego.

W trakcie pierwszego pomiaru badany podał, iż był z kimś w długotrwałym konflikcie, który nie był związany z zażywaniem narkotyków, mężczyzna nie szukał profesjonalnej pomocy w celu rozwiązania tego konfliktu. Sytuacja zmieniła się w trakcie trzeciego pomiaru, kiedy to badany nie podał już informacji dotyczącej bycia z kimkolwiek w długotrwałym konflikcie, potwierdził to podczas czwartego pomiaru. Prawdopodobnie konflikt ten został rozwiązany lub też przestał mieć dla mężczyzny na tyle istotne znaczenie, aby go wskazać.

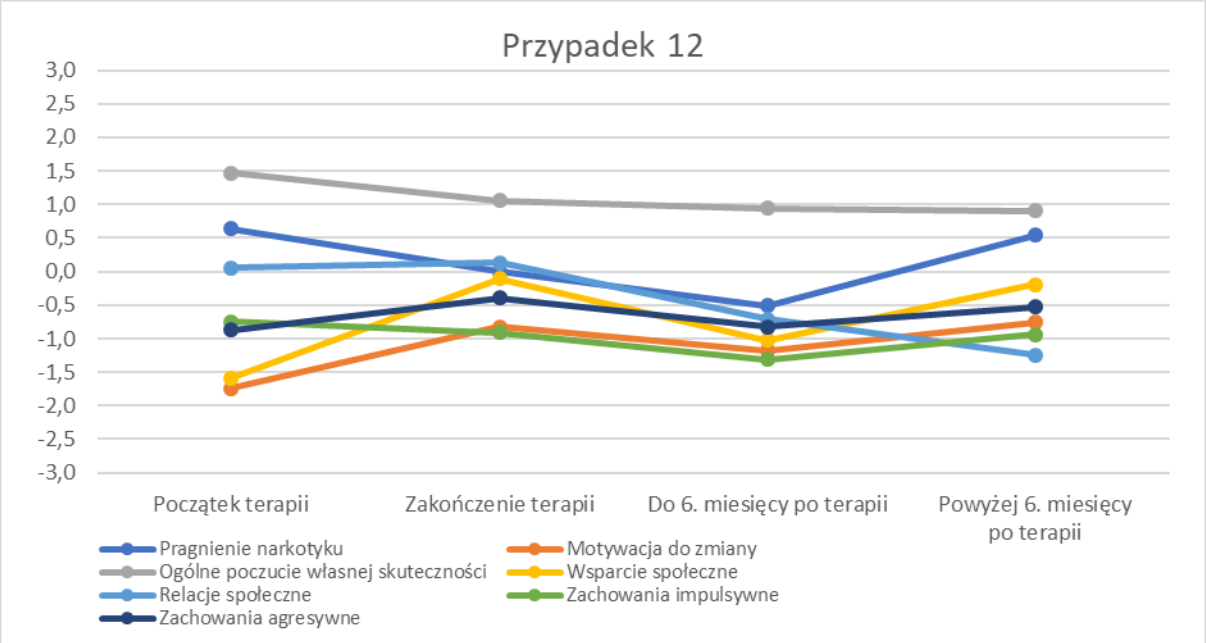
Nasilenie zachowań impulsywnych przez cały okres badań utrzymywało się u mężczyzny na poziomie bardzo słabym, tak samo jak nasilenie zachowań agresywnych, zarówno tych przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz przeciwko sobie.

Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanej zawiera Tabela 411, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 30.

Tabela 411. Przypadek 12 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	słabe	brak zaburzenia	brak zaburzenia
Skala pragnienia narkotyku	umiarkowane	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe
Skala motywacji do zmiany	niskie	wysokie	przeciętne	przeciętne
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	wysokie	przeciętne	wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	przeciętne	wysokie	przeciętne	wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	wysokie	przeciętne	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	przeciętne	wysokie	przeciętne	wysokie
Podskala wsparcia duchowego	bardzo niskie	przeciętne	przeciętne	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	wysokie	wysokie	wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	przeciętne	bardzo wysokie	wysokie	niskie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	wysokie	przeciętne	wysokie
Podskala relacji zawodowych	wysokie	wysokie	przeciętne	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

Wykres 30. Przypadek 12 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Celem badanego było ograniczenie zażywania narkotyków. Porównując ilość zażywanych narkotyków, średnią dawkę oraz ilość wydawanych na narkotyki pieniędzy na początku terapii, w trakcie jej zakończenia i w kolejnych pomiarach można stwierdzić, iż udało się mężczyźnie cel ten zrealizować. Warty podkreślenia jest fakt, iż pod wpływem terapii nastąpił u badanego spadek nasilenia zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, a w pomiarach do 6. miesięcy i powyżej 6. miesięcy od ukończenia terapii mężczyzna w ogóle nie wykazał symptomów zaburzenia (chociaż nadal zażywał narkotyki). W trakcie terapii nastąpił także spadek nasilenia pragnienia narkotyku z przeciętnego na bardzo słabe i na takim poziomie pozostało przy kolejnym (trzecim) pomiarze. Niepokojący jest fakt, iż w końcowym pomiarze pragnienie wzrosło do poziomu słabego, jednak badany nadal nie wykazywał symptomów zaburzenia i utrzymywał zbliżony do wcześniejszego wzorzec zażywania.

Prawdopodobnie istotnymi elementami mającymi również wpływ na osiągnięcie przez badanego założonego celu były: bardzo słabe nasilenie zachowań agresywnych i impulsywnych oraz bardzo wysoki poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności. Mógł on spowodować, iż badany postrzegał siebie jako osobę, która jest w stanie wprowadzić zmianę.

Za pozytywny efekt terapii można uznać wzrost poziomu motywacji do zmiany u badanego w pomiarze na jej zakończenie. Jednak w kolejnych pomiarach poziom ten spadł, co w połączniu ze wzrostem nasilenia pragnienia narkotyku w końcowym pomiarze może stanowić czynnik sprzyjający wystąpieniu nawrotu stanu niepożądanego. Czynnikiem ryzyka wystąpienia nawrotu w połączeniu z wcześniej wymienionymi może być także spadek zadowolenia z relacji rodzinnych w końcowym pomiarze. Reasumując, badanemu udało się osiągnąć zaplanowany cel, zatem terapia spowodowała wystąpienie pożądanego efektu. Warto jednak zwrócić uwagę i podjąć refleksję nad wzrostem nasilenia pragnienia narkotyku, przeciętnym poziomem motywacji oraz spadkiem zadowolenia z relacji rodzinnych w końcowym pomiarze. Być może są to sygnały świadczące o tym, iż należałoby podjąć odpowiednie kroki mające na celu ograniczenie ryzyka wystąpienia nawrotu choroby.

11.13. Przypadek 13

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Następna opisana badana osoba to 32-letnia kobieta ze średnim wykształceniem, zamieszkująca miasto powyżej 500 tys. mieszkańców i niepozostająca w związku. Warunki mieszkaniowe zostały przez badaną określone jako średnie na początku terapii oraz jako dobre na kolejnych 3. pomiarach. Kobieta w trakcie każdego z pomiarów była osobą niepracującą, utrzymującą się z renty i świadczeń socjalnych, a jej średni dochód miesięczny wynosił około 3000zł netto. Badana wzięła udział w 4. pomiarach (na początku i na końcu terapii oraz po 3. miesiącach i po 6,5 miesiąca od ukończenia terapii) na przestrzeni roku.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badana ukończyła terapię w warunkach ambulatoryjnych, która trwała około 6 miesięcy. Uczęszczała na spotkania w ramach programu Candis, które były prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne oraz motywujące. Częstotliwość sesji indywidualnych, w których uczestniczyła osoba badana, to jedno spotkanie na 1-2 tygodnie.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Kobieta rozpoczęła terapię z bardzo silnym pragnieniem narkotyku oraz ze znacznym nasileniem zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. W trakcie pierwszego pomiaru spełniła 6 symptomów zaburzenia. Kryteria, które nie wystąpiły u badanej w ciągu ostatniego roku przed pomiarem to: nie poświęcała dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków oraz na łagodzenie skutków działania narkotyków, ze względu na używanie narkotyków nie zaniedbała obowiązków rodzinnych lub domowych, ani szkolnych lub zawodowych, nie ograniczyła czasu wolnego przeznaczonego na aktywności rodzinne, ze względu na używanie narkotyków nie zrezygnowała z pracy lub szkoły (była bezrobotna), nie zażywała narkotyków w sposób zagrażający życiu lub zdrowiu, w związku z zażywaniem narkotyków nie pojawiły się u badanej problemy zdrowotne.

Badan zaczęła brać narkotyki w wieku 17 lat. W trakcie rozpoczęcia terapii nie była w abstynencji narkotykowej, a ostatnią co najmniej dwutygodniową przerwę miała 2 miesiące wcześniej. W ciągu 30. dni poprzedzających pomiar badana nie zmieniła wzorca zażywania na mniej szkodliwy oraz była przez 25. dni pod wpływem narkotyków, na które wydała 50zł.

W ciągu poprzedzających pierwszy pomiar 7. dni była pod wpływem narkotyków przez 5. dni i przeznaczyła na nie 15zł. Badana jako jedyny zażywany narkotyk wskazała marihuanę. Kobieta podejmowała wcześniej terapię, jednak jej nie ukończyła. Nie wskazała innych uzależnień. Miała zdiagnozowane zaburzenia psychotyczne z powodu których leczyła się i regularnie zażywała leki. Dodatkowo wskazała, iż w ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem nasiliły się jej problemy psychiczne. W tym czasie w związku z zażywaniem narkotyków nie doświadczyła problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej, problemów uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii lub wymagających pobytu w szpitalu. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem nie popełniła przestępstwa, a w ciągu poprzedzających 6. miesięcy nie przebywała w areszcie śledczym/zakładzie karnym. Celem badanej było ograniczenie zażywania marihuany.

W trakcie drugiego pomiaru nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej było na poziomie umiarkowanym, a badana spełniła 5 kryteriów zaburzenia. Poza kryteriami wymienionym przy pomiarze pierwszym u badanej przy pomiarze drugim nie wystąpiły następujące: badana nie zażywała coraz większych dawek narkotyku aby osiągnąć pożądany stan oraz względem tego, co pierwotnie planowała, nie zwiększała czasu związanego z zażywaniem narkotyków (czyniła to przed rozpoczęciem terapii). Nadal sięgała po marihuanę i nie była w abstynencji narkotykowej, jednak zmieniła sposób zażywania na mniej szkodliwy dla zdrowia. Pragnienie narkotyku, które występowało u badanej, było silne. Kobieta w ciągu 30. dni przed drugim pomiarem była codziennie pod wpływem marihuany (średnia dawka 0,15g), jednak nie wskazała ile przeznaczyła na nią pieniędzy. Jednocześnie podała, iż w tym czasie złagodzeniu uległy jej problemu psychiczne. W trakcie terapii nie pojawiły się u badanej nowe uzależnienia. W ciągu 30. dni przed drugim pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami nie doświadczyła problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej lub wymagających pobytu w szpitalu. W tym czasie nie popełniła przestępstwa, a w okresie terapii nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

Podczas trzeciego pomiaru nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej spadło do poziomu łagodnego (3 symptomy: badana w ciągu 2. miesięcy poprzedzających pomiar odczuwała pragnienie, które sprawiało, że nie mogła myśleć o niczym innym niż zażycie, zażywała narkotyki pomimo tego, że miała przez nie problemy zdrowotne lub psychiczne, po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwała nieprzyjemne objawy). Badana stosowała określoną dawkę, którą zażywała przy pomocy waporyzatora – 0,15g na 24h i jej nie zwiększała. Pragnienie narkotyku nadal było silne. W ciągu 30. dni poprzedzających pomiar badana nie zmieniła przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia. W tym czasie przeznaczyła na narkotyki 130zł. Badana nie podjęła kolejnej terapii, nie korzystała też z innych

form pomocy skierowanych do osób uzależnionych. Nie pojawiły się u kobiety nowe uzależnienia, ani trudności zdrowotne wynikające z sięgania po narkotyki wymagające interwencji lekarskiej. Badana nie weszła także w ciągu 30. dni poprzedzających pomiar w konflikt z prawem, ani w ciągu dwóch miesięcy poprzedzających pomiar nie przebywała w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

Przy czwartym pomiarze nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej wzrosło do poziomu umiarkowanego (5 symptomów). Badana w ciągu 2. miesięcy przed badaniem ponownie zaczęła zwiększać pierwotnie zaplanowaną dawkę oraz podejmowała nieskuteczne próby ograniczenia lub zaprzestania używania narkotyków. Pozostałe symptomy nie uległy zmianie w stosunku do poprzedniego pomiaru. Pragnienie narkotyku w trakcie końcowego pomiaru było bardzo silne. Jednocześnie podczas poprzednich trzech pomiarów badana wskazywała, iż zdiagnozowane u niej problemy psychiczne ustąpiły lub uległy złagodzeniu, w związku z tymi problemami regularnie zażywała leki. Dawki marihuany zażywane przez badaną pozostawały na bardzo niskim poziomie, nie zmieniła się kwota jaką miesięcznie badana przeznaczała na narkotyki (130zł), jednak niepokojący był fakt, że odczuwała ona bardzo silne pragnienie, a zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnej nasiliło się.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badana rozpoczęła terapię z bardzo niskim poziomem motywacji do zmiany. Główne motywy, które skłoniły ją do podjęcia decyzji o rozpoczęciu terapii to: brak poczucia zadowolenia z życia, poczucie winy i/lub wstydu, poczucie bycia więźniem uzależnienia (motyw wskazany przez badaną w kategorii „inne motywy"). Na zakończenie terapii motywacja spadła do poziomu bardzo niskiego (główne motywy to: poczucie lęku i niepewności, poczucie napięcia, brak poczucia zadowolenia z życia). Podczas kolejnych pomiarów była na poziomie niskim (główny motyw: świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół), a następnie w pomiarze końcowym ponownie osiągnęła poziom bardzo niski (główny motyw: poczucie winy i/lub wstydu). Przez cały okres badań motywacja miała charakter wewnętrzny.

Od rozpoczęcia terapii do jej zakończenia ogólne poczucie własnej skuteczności badanej wzrosło z poziomu wysokiego na bardzo wysoki. Na bardzo wysokim poziomie utrzymało się podczas kolejnych pomiarów.

Kolejnym analizowanym wskaźnikiem skuteczności terapii był poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego. Zadowolenie to wzrosło w trakcie terapii zarówno na

Skali wsparcia społecznego, jak i na poszczególnych jej podskalach. W ramach pierwszego pomiaru na Skali wsparcia społecznego i jej podskalach poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia był przeciętny, z wyjątkiem podskali wsparcia emocjonalnego, na której osiągnął poziom wysoki. W drugim pomiarze zadowolenie ze wsparcia społecznego, w tym wsparcia emocjonalnego, informacyjno-instrumentalnego i duchowego było na poziomie bardzo wysokim, a ze wsparcia wartościującego na poziomie wysokim. W trzecim pomiarze poziom wsparcia społecznego, w tym wsparcia emocjonalnego i informacyjno-instrumentalnego spadł do wysokiego, a wsparcia duchowego do przeciętnego i taki już utrzymał się w pomiarze końcowym. Zadowolenie ze wsparcia wartościującego utrzymało się na wysokim poziomie. W końcowym pomiarze na Skali wsparcia społecznego i jej podskalach (poza wsparciem duchowym) odnotowano bardzo wysoki poziom zadowolenia.

Wzrost poziomu zadowolenia można także zaobserwować na Skali relacji społecznych. Podczas pomiaru końcowego badana osiągnęła wysoki poziom zadowolenia z relacji społecznych ogólnie oraz towarzyskich (z początkowego przeciętnego). Natomiast poziom zadowolenia z relacji rodzinnych był przeciętny (tylko podczas trzeciego pomiaru był wysoki, poza tym był przeciętny). Może to mieć związek z konfliktami, które powstawały pomiędzy badaną a członkami najbliższej rodziny. W trakcie pierwszego pomiaru badana wskazała, iż jest w długotrwałym konflikcie z babcią, jednak nie szukała specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu. Konflikty, które pojawiały się w jej życiu nie miały wówczas związku z sięganiem po narkotyki. W drugim pomiarze kobieta nie wskazała, aby była z kimkolwiek w konflikcie. Przy trzecim pomiarze badana w ciągu 30. dni poprzedzających badanie popadła w poważny (zagrażający relacji) konflikt z matką i jedocześnie szukała specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania go. Przy czwartym pomiarze badana wskazała, iż jest z kimś w długotrwałym konflikcie oraz w ciągu 30. dni przed badaniem popadła w zagrażający relacji konflikt z ojcem (nie szukała profesjonalnej pomocy w celu rozwiązania konfliktu). Na żadnym z pomiarów kobieta nie wiązała powstałych w relacjach konfliktów z narkotykami.

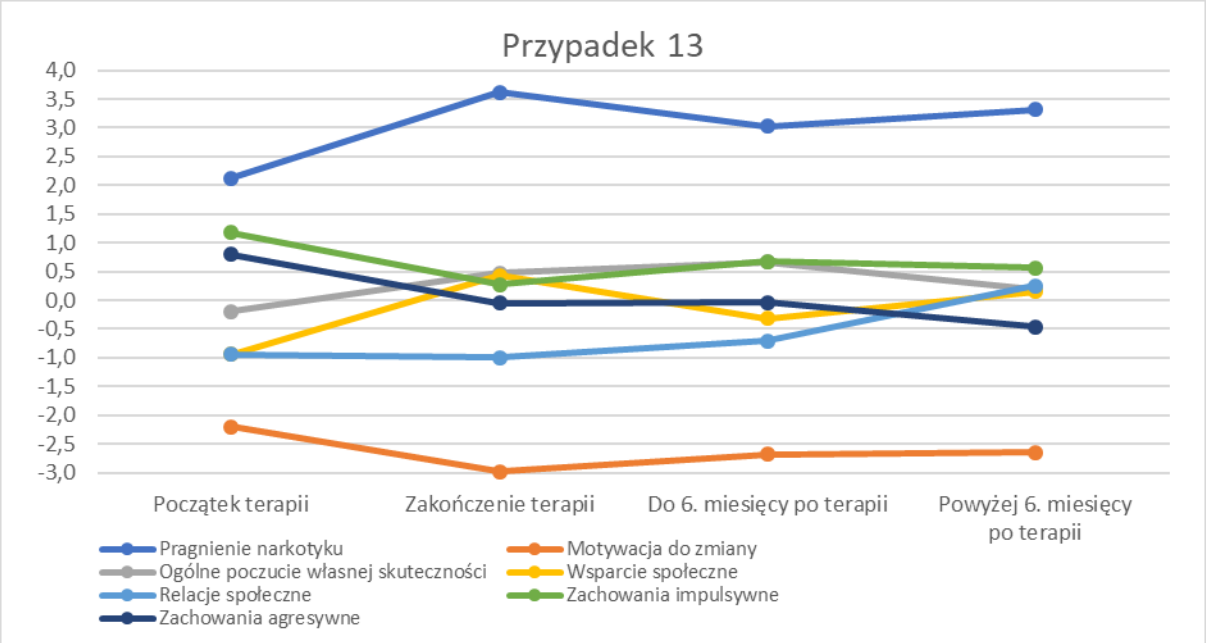
Kobieta rozpoczęła terapię z bardzo słabym nasileniem zachowań agresywnych (tylko na podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom było ono słabe, lecz w kolejnym pomiarze osiągnęło wartość bardzo słabą) oraz z przeciętnym nasileniem zachowań impulsywnych. Na koniec terapii nasilenie zachowań agresywnych utrzymało się (poza wspomnianym wyjątkiem), a nasilenie zachowań impulsywnych spadło do słabego i takie też utrzymało się w kolejnych pomiarach.

Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanej zawiera **Tabela 412**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 31**.

Tabela 412. Przypadek 13 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	umiarkowane	łagodne	umiarkowane
Skala pragnienia narkotyku	bardzo silne	silne	silne	bardzo silne
Skala motywacji do zmiany	niskie	bardzo niskie	niskie	bardzo niskie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	bardzo wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	bardzo wysokie	wysoki	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	przeciętne	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	przeciętne	bardzo wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	bardzo wysokie	przeciętne	przeciętne
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	-	-
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie
Podskala relacji rodzinnych	przeciętne	przeciętne	wysokie	przeciętne
Podskala relacji towarzyskich	przeciętne	bardzo wysokie	wysokie	wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	-	-	-
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	słabe	słabe	słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

Wykres 31. Przypadek 13 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Analiza wzorca zażywania na przestrzeni wszystkich czterech pomiarów wskazuje, iż przez pewien okres przy zażywaniu narkotyków badanej udało się nie zwiększać zaplanowanej dawki, a zatem osiągnąć cel jakim było ograniczenie zażywania. Jednak w trakcie końcowego pomiaru zaczęła ona ponownie zwiększać pierwotnie zaplanowane dawki, a pragnienie narkotyku wzrosło do poziomu bardzo silnego, co jest zjawiskiem niepokojącym (badana miała jedno z najwyższych nasileń pragnienia narkotyku w grupie osób badanych). Kobieta rozpoczęła terapię z niskim poziomem motywacji do zmiany, w trakcie terapii poziom spadł do bardzo niskiego i oscylował pomiędzy niskim a bardzo niskim przez kolejne pomiary (poziom był jednym z najniższych w całej próbie). Zatem w tym obszarze nie można odnotować zmiany, która powinna zajść podczas terapii. W trakcie oddziaływań terapeutycznych wzrosło ogólne poczucie własnej skuteczności badanej i poziom ten utrzymał się podczas kolejnych pomiarów. Można zaobserwować zmianę w kierunku pożądanym w obszarze spadku nasilenia zachowań impulsywnych oraz zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom. Zmiana ta zaszła w trakcie terapii i utrzymała się w pomiarach po jej ukończeniu. Nastąpił także wzrost zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz relacji społecznych. Natomiast podczas czwartego pomiaru zaobserwowano spadek zadowolenia z relacji rodzinnych, co może być związane z konfliktami badanej z osobami z rodziny. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych powrócił do stanu z początku terapii, zatem być może niezbędna byłaby w tym przypadku specjalistyczna pomoc w zakresie rozwiązania konfliktów.

Reasumując, pod wpływem terapii zaszły pozytywne zmiany we wskaźnikach skuteczności, takie jak: spadek nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, spadek nasilenie pragnienia narkotyku, wzrost ogólnego poczucia własnej skuteczności, wzrost zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, wzrost zadowolenia z relacji towarzyskich. Niepokojący jest jednak fakt, iż część z tych zmian nie miała trwałego charakteru i nie utrzymała się na etapie końcowego pomiaru. Bardzo niski poziom motywacji do zmiany oraz bardzo silne pragnienie narkotyku są istotnymi predykatorami nawrotu choroby (Marlatt, Bowen, Witkiewitz 2009). W ramach ostatniego pomiaru badana miała bardzo wysokie ogólne poczucie własnej skuteczności, czyli możliwości wpływu na rzeczywistość, oraz jednocześnie bardzo niską motywację do wprowadzenia/utrzymania zmiany. Zatem istotnym elementem do pracy być może jest obszar, który dotyczy ważności zmiany lub też gotowości do wprowadzenia jej w życie (por. Miller, Rollnick 2010).

11.14. Przypadek 14

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejną osobą badaną był 29-letni mężczyzna, zamieszkujący miasto do 20 tys. mieszkańców. Badany nie pozostawał w związku, a swoje warunki mieszkaniowe określił jako dobre. Uczył się łącznie 12 lat i zakończył naukę z wykształceniem zawodowym. Źródło utrzymania mężczyzny stanowiła praca zawodowa. Był zatrudniony jako ślusarz i osiągał średni miesięczny dochód netto na poziomie 2500zł.

Mężczyzna wziął udział w 3. pomiarach (na początku i na końcu terapii oraz po około 6,5 miesiąca po jej ukończeniu).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany ukończył w placówce stacjonarnej terapię, która trwała 7 tygodni. Uczestniczył w terapii indywidualnej i grupowej, która bazowała na podejściu poznawczo-behawioralnym. Sesje indywidualne odbywały się z częstotliwością 1-2 razy w tygodniu.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Badany rozpoczął terapię ze znacznym nasileniem zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Kryteria, które nie wystąpiły u badanego w ciągu ostatniego roku były związane z tym, iż badany nie poświęcał dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków.

Zaczął brać narkotyki w wieku 16 lat. Ostatnią co najmniej dwutygodniową przerwę w zażywaniu rozpoczął 3 tygodnie przed pierwszym pomiarem. Tym samym w trakcie pomiaru na rozpoczęcie terapii był od 3. tygodni w dobrowolnej abstynencji. W ciągu 30. dni poprzedzających pomiar przez 7 dni był pod wpływem narkotyków, na które wydał 100zł. Najczęściej zażywanym przez mężczyznę narkotykiem była amfetamina (średnia jednorazowa dawka to 0,5g), drugim metamfetamina (średnia jednorazowa dawka to 0,5g), trzecim marihuana (średnia jednorazowa dawka to 0,25g). W trakcie pierwszego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku było silne. Badany wcześniej nie podejmował terapii uzależnień, dodatkowo zidentyfikował u siebie uzależnienie od alkoholu. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków badany raz doświadczył problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej, nie doświadczył natomiast problemów

uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii lub wymagających pobytu w szpitalu. Badany nie miał problemów psychicznych. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem nie popełnił przestępstwa, a w ciągu poprzedzających 6. miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym. Celem, do którego dążył była abstynencja.

Na zakończenie terapii badany pozostawał w dobrowolnej abstynencji, a zatem osiągnął wyznaczony cel. Pragnienie narkotyku spadło w drugim pomiarze do nasilenia słabego. W ciągu 30. dni poprzedzających drugi pomiar nie doświadczył problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, które by wymagały wizyty lekarskiej, pobytu w szpitalu lub też utrudniały kontunuowanie lub zakończenie terapii. Nie popełnił przestępstwa ani nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym przez okres terapii. W czasie terapii nie zostały także zdiagnozowane u niego żadne problemy psychiczne.

Badany nie wziął udziału w pomiarze do 6. miesięcy od ukończenia terapii, zatem nie ma informacji czy był wówczas w abstynencji. Wziął udział w czwartym pomiarze po 6,5 miesiącu od ukończenia leczenia. Wówczas w trakcie dwóch miesięcy poprzedzających pomiar końcowy miał znaczne nasilenie symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Badany stwierdził, iż w ciągu 2. miesięcy przed końcowym pomiarem nie odczuwał silnego pragnienia zażywania narkotyków, które powodowałoby, że nie mógł myśleć o niczym innym, ze względu na używanie narkotyków nie zrezygnował z pracy. W ciągu 30. dni poprzedzających badanie mężczyzna przez 20 dni był pod wpływem narkotyków, na które wydał 400zł, z kolei w ciągu poprzedzających 7. dni był pod wpływem narkotyków przez 3 dni i przeznaczył na nie 100zł. Najczęściej zażywanym narkotykiem w tym czasie była metamfetamina (średnia jednorazowa dawka to 0,5g), następnie amfetamina (średnia jednorazowa dawka to 0,5g) oraz marihuana (średnia jednorazowa dawka to 0,5g). Zatem mężczyzna powrócił do wzorca zażywania sprzed terapii. W tym okresie nasilenie pragnienia narkotyku było umiarkowane. W ciągu 2. miesięcy przed badaniem mężczyzna nie podjął kolejnej terapii uzależnień i nie korzystał z innych form pomocy skierowanych do osób uzależnionych. Nie pojawiły się w tym czasie u badanego inne uzależnienia. W ciągu 30. dni przed badaniem raz korzystał z wizyty u lekarza ze względu na problemy zdrowotne, które pojawiły się w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych (nie wymagał pobytu w szpitalu). W ciągu poprzedzających pomiar 30. dni nie popełnił przestępstwa, a w przeciągu 6. miesięcy przed pierwszym pomiarem nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczął terapię z wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównymi motywami podjęcia decyzji o zaprzestaniu zażywania narkotyków były: utrata kontroli nad własnym życiem, chęć odzyskania stabilności finansowej, smutek i stale obniżony nastrój. Zatem była to motywacja o charakterze wewnętrznym. Mężczyzna na zakończenie terapii miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany, zatem najprawdopodobniej pod wpływem oddziaływań terapeutycznych uległ on wzrostowi. Motywacja nadal miała charakter wewnętrzy. Głównym motywem nadal była utrata kontroli nad własnym życiem, kolejne motywy uległy zmianie i były następujące: brak poczucia zadowolenia z życia oraz poczucie lęku i niepewności. Przy pomiarze powyżej 6. miesięcy od ukończenia terapii poziom motywacji spadł do przeciętnego (a deklarowane motywy zmiany nadal miały charakter wewnętrzny - chęć odzyskania stabilności finansowej, utrata kontroli nad własnym życiem). Należy tu podkreślić, iż badany nie był w tym okresie w abstynencji (powrócił do zażywania narkotyków). Zatem można przypuszczać, iż była to motywacja do ponownej próby zaprzestania sięgania po narkotyki.

Ogólne poczucie własnej skuteczności badanego było na poziomie wysokim w trakcie wszystkich trzech pomiarów. Wskaźnik ten nie uległ zmianie również w końcowym pomiarze pomimo zażywania narkotyków.

Kolejnym analizowanym wskaźnikiem było zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego. Wskaźnik ten w trakcie pierwszego pomiaru był na bardzo wysokim poziomie (wyjątek stanowiło wparcie duchowe, które było na wysokim poziomie). Podczas drugiego pomiaru wyniki na Skali wsparcia społecznego i jej poszczególnych podskalach były na poziomie wysokim, zatem z wyjątkiem wsparcia duchowego, które utrzymało się na tym samym poziomie, w pozostałych obszarach nastąpił spadek. W przypadku Skali relacji społecznych i jej podskal badany uzyskał wysokie wyniki w pierwszym pomiarze (wyjątek stanowiła podskala relacji rodzinnych, na której wynik był bardzo wysoki). Poziom ten utrzymał się na etapie drugiego i końcowego pomiaru, jedynie w przypadku relacji rodzinnych poziom zadowolenia spadł z bardzo wysokiego na wysoki. W trakcie wszystkich pomiarów badany nie był z nikim w długotrwałym, poważnym konflikcie, ani nie wchodził w ciągu 30. dni przed poszczególnymi pomiarami w poważne, zagrażające relacji konflikty z innymi osobami. Jego ewentualne konflikty nie miały związku z sięganiem po narkotyki, nie szukał także profesjonalnej pomocy w celu ich rozwiązania.

W momencie pomiaru na rozpoczęcie terapii nasilenie zachowań impulsywnych u badanego było na poziomie umiarkowanym. W ramach pomiaru na zakończenie terapii

spadło do nasilenia słabego. W pomiarze końcowym jednak nasilenie zachowań impulsywnych ponownie było umiarkowane. Poziom nasilenia zachowań agresywnych, zarówno w zakresie agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji, był bardzo słaby w pierwszym i drugim pomiarze. Natomiast podczas pomiaru końcowego wzrósł do umiarkowanego na Skali zachowań agresywnych oraz podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i do poziomu słabego w ramach podskali autoagresji.

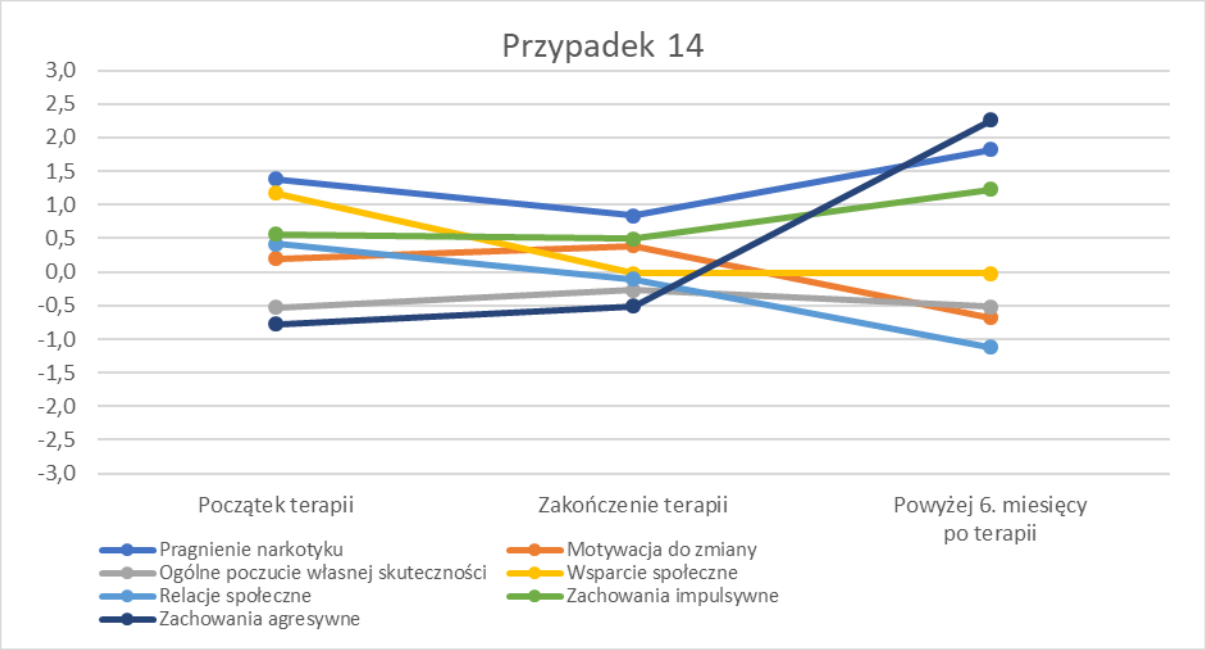
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 413, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 32.

Tabela 413. Przypadek 14 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	znaczne
Skala pragnienia narkotyku	silne	słabe	- [b]	umiarkowane
Skala motywacji do zmiany	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	przeciętne
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Skala wsparcia społecznego	bardzo wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	bardzo wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	bardzo wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	bardzo wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Podskala relacji zawodowych	wysokie	wysokie	- [b]	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	słabe	- [b]	umiarkowane
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	umiarkowane
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	umiarkowane
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana nie wzięła udziału w trzecim pomiarze.

Wykres 32. Przypadek 14 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Do pozytywnych efektów terapii, które badany wykazał w drugim pomiarze, można zaliczyć osiągnięcie celu związanego z utrzymaniem abstynencji, spadek nasilenia pragnienia narkotyku, wzrost poziomu motywacji do zmiany oraz spadek nasilenia zachowań impulsywnych.

W trakcie terapii nastąpiły również niepożądane zmiany takie jak spadek zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego oraz relacji rodzinnych. Nie nastąpiła natomiast zmiana w obszarze ogólnego poczucia własnej skuteczności. Badany rozpoczął terapię z wysokim poziomem ogólnego poczucia własnej skuteczności i poziom ten utrzymał się na zakończenie terapii oraz w pomiarze końcowym. Utrzymał się także poziom zadowolenia z relacji społecznych, w tym towarzyskich i zawodowych. Prawdopodobnie terapia nie miała znaczenia również dla nasilenia zachowań agresywnych, w tym agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji.

Pożądane zmiany, które zaszły pod wpływem terapii, nie były wystarczające, aby badany utrzymał abstynencję po jej ukończeniu. Z posiadanych informacji wynika, iż minimum dwa miesiące przed końcowym pomiarem (po 6,5 miesiąca od ukończenia terapii) badany powrócił do wzorca zażywania narkotyków sprzed terapii (różnica polegała na tym, iż metamfetamina ze środka wymienionego jako drugi najczęściej zażywany stała się narkotykiem najczęściej zażywanym, a amfetamina, która wcześniej była najczęściej zażywanym stała się drugim.

Wzrosła też średnia jednorazowa dawka marihuany jako trzeciego wymienianego narkotyku. W trakcie pomiaru końcowego nastąpił wzrost nasilenia pragnienia narkotyku, spadek motywacji do zmiany, wzrost zachowań impulsywnych i zachowań agresywnych. Zatem w trakcie końcowego pomiaru można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, iż badany był w nawrocie choroby. Niestety brak danych z trzeciego pomiaru, które pomogłyby lepiej prześledzić zaistniałą w sytuacji życiowej badanego zmianę.

11.15. Przypadek 15

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Mężczyzna 32-letni, rozwiedziony, z wykształceniem średnim to kolejna opisana osoba. Badany na każdym z czterech pomiarów wskazał inne miejsce zamieszkania, pomimo tego warunki mieszkaniowe określał jako co najmniej dobre. W trakcie pierwszego pomiaru badany było osobą bezrobotną i nie posiadał żadnego źródła dochodu, na koniec terapii nadal pozostawał osobą niepracującą tym razem od 6. miesięcy, jednak szukał zatrudnienia. Jako wyuczony zawód wskazał realizator dźwięku/muzyk. W trakcie pomiarów po ukończeniu terapii (po prawie 6. miesiącach i po 9. miesiącach) badany był zatrudniony i wskazał jako wykonywany lub wyuczony zawód: muzyk/kierowca, jego średni dochód miesięczny netto był na poziomie około 3000zł. Badany wziął udział w 4. pomiarach (pierwszy po 2,5 miesiąca od rozpoczęcia terapii, drugi na zakończenie terapii, trzeci po niecałych 6. miesiącach od ukończenia terapii i czwarty po 9. miesiącach od ukończenia terapii).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Badany rozpoczął terapię w placówce stacjonarnej. Ukończył ją zgodnie z założeniami po 6. miesiącach. Brał udział w terapii indywidualnej (częstotliwość – raz w tygodniu) i grupowej opartej na społeczności terapeutycznej.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Mężczyzna w trakcie pierwszego pomiaru miał znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Spełnił wówczas 9 symptomów. Kryteria, które u niego nie pojawiały się w ciągu roku przed pomiarem to: nie poświęcał dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków, ze względu na używanie narkotyków nie przestał realizować swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych (jednak warte podkreślenia jest, iż w tym czasie badany był bezrobotny i nie posiadał statusu ucznia/studenta, mógł więc również z tego powodu nie odznaczyć tego symptomu), badany nie porzucił swojego hobby, nie zażywał narkotyków pomimo szkód zdrowotnych.

Badany zaczął zażywać narkotyki w wieku 26 lat, zatem stosunkowo późno. Zastanawiający jest więc motyw sięgnięcia po narkotyki. Badany w trakcie pierwszego pomiaru był od 2. miesięcy w całkowitej, dobrowolnej abstynencji (od tego czasu przebywał w ośrodku

stacjonarnym). Przed tym okresem najczęściej przyjmowanym przez niego narkotykiem była kokaina (średnia jednorazowa dawka to 1g), kolejnym wskazanym była amfetamina (średnia jednorazowa dawka to 1g), trzeciego narkotyku badany nie wskazał. Mężczyzna wcześniej ukończył terapię uzależnień, nie podał, aby miał zdiagnozowane problemy psychiczne. W ciągu 30. dni przed badaniem nie wymagał wizyty u lekarza ani pobytu w szpitalu ze względu na problemy zdrowotne, które mogły się pojawić w związku z zażywaniem środków psychoaktywnych. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem nie popełnił przestępstwa, a w przeciągu poprzedzających 6. miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym. W trakcie pierwszego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe (należy jednak pamiętać, iż mężczyzna od około 2. miesięcy był w terapii).

Celem terapii badanego było osiągniecie abstynencji. Przez cały okres terapii mężczyzna zachował dobrowolną abstynencję, zatem zrealizował obrany cel. Nasilenie pragnienia narkotyku utrzymało się na poziomie bardzo słabym. W ciągu 30. dni poprzedzających drugi pomiar nie doświadczał problemów zdrowotnych związanych z zażywaniem narkotyków, które wymagałyby wizyty lekarskiej, pobytu w szpitalu lub też utrudniałyby kontunuowanie lub zakończenie terapii. Nie popełnił przestępstwa w ciągu poprzedzających pomiar 30. dni, ani nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym przez okres terapii.

Badany przystąpił do trzeciego pomiaru po prawie 6. miesiącach od ukończenia terapii. Przez 2. miesiące przed pomiarem mężczyzna nie złamał abstynencji narkotykowej, więc nie wypełniał skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Nasilenie pragnienia narkotyku nadal utrzymywało się na poziomie bardzo słabym. W ciągu 2. miesięcy przed trzecim pomiarem badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień, ale uczestniczył w innych formach oddziaływań skierowanych do osób uzależnionych. Pozostałe badane obszary (wcześniej wskazane) nie uległy zmianie.

Do czwartego pomiaru badany przystąpił po 9. miesiącach od ukończenia terapii. W ciągu 2. miesięcy przed pomiarem mężczyzna był w dobrowolnej abstynencji. Nasilenie pragnienia narkotyku było wówczas nadal na poziomie bardzo słabym. W dalszym ciągu uczestniczył w innych formach oddziaływań skierowanych do osób uzależnionych, prawdopodobnie mogły to być grupy samopomocowe.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

W trakcie pierwszego pomiaru badany miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany. Najistotniejszym motywem, który skłonił mężczyznę do podjęcia decyzji o zaprzestaniu zażywania narkotyków była utrata kontroli nad własnym życiem, kolejnymi utrata poczucia

bezpieczeństwa i stabilności życiowej oraz brak poczucia zadowolenia z życia. Motywacja miała charakter wewnętrzny. W pomiarze na zakończenie terapii bardzo wysoki poziom motywacji utrzymał się, główny powód zmiany także. Zamiast motywu związanego z brakiem poczucia zadowolenia z życia pojawił się inny dotyczący chęci poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. W trakcie pomiaru w okresie do 6. miesięcy od ukończenia terapii badany miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany. Motywacja miała także charakter wewnętrzy, a główne motywy to: pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych, chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, chęć odzyskania stabilności finansowej. Zatem dotychczasowy główny powód dążenia do abstynencji nie pojawił się. Może być to związane z tym, iż badany miał poczucie, że pod wpływem terapii odzyskał kontrolę nad życie i istotniejsze stały się bieżące problemy związane z jakością życia i uzyskaniem stabilizacji zarówno w relacjach jak i finansach. W końcowym pomiarze badany nadal utrzymał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany, a wskazane motywy były zbliżone do poprzednich (utrata kontroli nad własnym życiem, chęć odzyskania stabilności finansowej, spadek efektywności w pracy i chęć odzyskania dawnego jej poziomu). Zatem po 9. miesiącach od ukończenia terapii najistotniejszym motywem ponownie stała się utrata kontroli nad życiem, pojawił się także motyw związany ze spadkiem efektywności w pracy. Może to wynikać z tego, iż badany miał możliwość obserwacji siebie w pracy w dłuższej perspektywie czasu i stało się dla niego istotne, aby spełniać się również w tym obszarze. Ponowne pojawienie się utraty kontroli nad życiem jako motywu najważniejszego może świadczyć o dużej świadomości badanego dotyczącej szkód jakie pojawiły się w jego życiu w związku z zażywaniem narkotyków.

Kolejnym analizowanym wskaźnikiem było ogólne poczucie własnej skuteczności. Przy pierwszym pomiarze było ono na bardzo wysokim poziomie i takie też utrzymało się przez cały okres udziału w badaniach.

W trakcie pierwszego pomiaru poziom zadowolenia ze wsparcia zarówno na Skali wsparcia społecznego, jak i jej podskalach był bardzo wysoki (wyjątek stanowiły wsparcie informacyjno-instrumentalne oraz duchowe – wysoki poziom zadowolenia). W kolejnych pomiarach zadowolenie z każdego rodzaju wsparcia było już na bardzo wysokim poziomie i na takim utrzymało się w kolejnych pomiarach.

Poziom zadowolenia z relacji społecznych (w tym relacji rodzinnych, towarzyskich i zawodowych) od początku do końca udziału w badaniach był bardzo wysoki (badany uzyskał możliwe najwższe wartości na skali). Badany nie był z nikim w poważnym, długotrwałym konflikcie, nie popadł również w poważny konflikt zagrażający relacji w ciągu 30 dni. poprzedzających pomiary.

Nasilenie zachowań impulsywnych, jak i agresywnych było bardzo słabe u badanego w trakcie wszystkich pomiarów. Poza pomiarem pierwszym, w kolejnych pomiarach na Skali zachowań agresywnych i jej podskalach badany uzyskał możliwie najniższe wyniki.

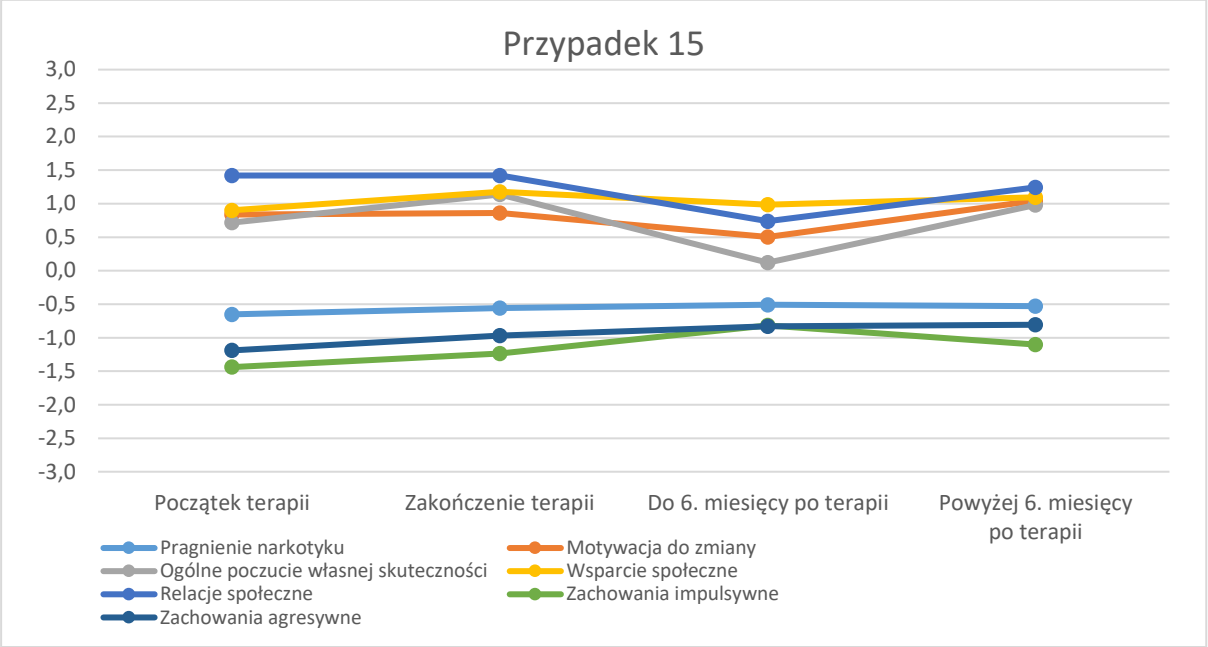
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera **Tabela 414**, a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 33**.

Tabela 414. Przypadek 15 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	bardzo wysokie [d]	bardzo wysokie [d]	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	bardzo wysokie [d]	bardzo wysokie [d]	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[d] Osoba badana wypełniła Podskalę relacji zawodowych mimo tego, że w trakcie pomiaru pozostawała bezrobotna.

Wykres 33. Przypadek 15 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Niewątpliwie sukcesem badanego było osiągnięcie i utrzymanie abstynencji narkotykowej. Badany był trzeźwy na zakończenie terapii, a także około 6. miesięcy i 9. miesięcy po jej zakończeniu. W tym czasie pragnienie narkotyku utrzymało się na tym samym bardzo słabym poziomie. Niestety trudno określić, czy to nasilenie było wynikiem terapii, gdyż nie znany był stan początkowy (badany pierwszy pomiar wykonał będąc w terapii około 2. miesiące). Podobnie jak pragnienie narkotyku, tak i motywacja do zmiany przez cały okres udziału w badaniach pozostała na tym samym bardzo wysokim poziomie. Te dwa wskaźniki są istotne z punktu widzenia prognozowania nawrotu choroby (por. Marlatt, Bowen, Witkiewitz 2009). Ogólne poczucie własnej skuteczności także w trakcie wszystkich pomiarów było na bardzo wysokim poziomie.

Kolejne badane obszary związane były z poziomem zadowolenia z otrzymywanego wsparcia oraz zadowolenia z relacji społecznych. Poziom zadowolenia był co najmniej wysoki. Badany wypełnił skale relacji zawodowych w trakcie dwóch pierwszych pomiarów pomimo tego, iż wówczas był bezrobotny. Dodatkowo począwszy od pierwszego pomiaru na Skali relacji społecznych i jej wszystkich podskalach badany uzyskał wartości najwyższe, co może świadczyć o pełnej satysfakcji ze wszystkich relacji w jakie badany wchodził na przestrzeni udziału w badaniach lub też o wypełnianiu kwestionariusza bez czytania pytań zawartych w tej skali.

Podobna sytuacja ma miejsce odnośnie wyników na Skali zachowań agresywnych, które poza pomiarem pierwszym mają skrajnie najniższe wartości.

Analiza wyników pomiarów badanego pozwala stwierdzić z dużym prawdopodobieństwem, iż osoba z takim nasileniem cech i zasobów (mających swoje źródło także w środowisku), która dodatkowo posiada pożądane wartości w analizowanych obszarach od początku do końca udziału w badaniach, osiągnie cel, który sobie założy. Niestety również nie bez zaznaczenia są osiągnięte skrajne wyniki, których nie można było zweryfikować ze względu na brak skali kłamstwa w narzędziu KPST-N (za pomocą którego zbierane były dane).

11.16. Przypadek 16

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Mężczyzna 29-letni z wykształceniem zawodowym, jako miejsce zamieszkania w trakcie pierwszych dwóch pomiarów (miesiąc przed ukończeniem terapii – wówczas był 5 miesięcy w terapii – i na zakończenie terapii) wskazał miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców. Wynikało to najprawdopodobniej z podania ośrodka, w którym odbywał terapię, jako miejsca zamieszkania. Na etapie końcowego pomiaru (po 8. miesiącach od ukończenia terapii) badany jako miejsce zamieszkania wskazał miasto powyżej 500 tys. mieszkańców. W trakcie ostatniego pomiaru badany wszedł w związek nieformalny, zgodnie z wcześniejszymi pomiarami był sam. Warunki mieszkaniowe uległy zmianie z bardzo złych na bardzo dobre. Zarówno na początku jak i na końcu terapii mężczyzna był bezrobotny i poszukiwał zatrudnienia, nie posiadał żadnego źródła dochodu, jako wyuczony zawód wskazał tapicer. 8 miesięcy po ukończeniu terapii mężczyzna utrzymywał się z pracy zarobkowej, a jego średni dochód miesięczny netto wynosił 2200zł.

Mężczyzna wziął udział w 3 pomiarach (pierwszy miał miejsce w trakcie trwania terapii, a ściślej w 5. miesiącu jej trwania, drugi na zakończenie terapii i ostatni po 8. miesiącach od jej zakończenia).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Mężczyzna pod koniec pierwszego półrocza 2018 roku rozpoczął trwającą 6 miesięcy terapię w placówce stacjonarnej. Ukończył terapię zgodnie z założeniami dotyczącymi czasu jej trwania. Wziął udział w działaniach indywidualnych i grupowych. Podejścia stosowane w trakcie oddziaływań zgodnie z założeniami prowadzonego przez placówkę programu terapeutycznego to model społeczności terapeutycznej i terapia poznawczo-behawioralna. Częstotliwość sesji indywidualnych, w których uczestniczyła osoba badana, wynosiła raz w tygodniu.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Badany w trakcie pierwszego pomiaru miał znaczne nasilenie symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (spełnił 10 kryteriów). Kryteria, których badany nie spełniał w ciągu ostatniego roku były następujące: nie poświęcał dużo czasu na

łagodzenie skutków działania narkotyków, ze względu na używanie narkotyków nie zaprzestał realizowania swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych.

Badany zaczął zażywać narkotyki w wieku 16 lat. Wskazał, iż w trakcie pierwszego pomiaru był w dobrowolnej abstynencji, którą utrzymywał od 22 miesięcy. We wcześniejszym okresie najczęściej zażywanym przez niego narkotykiem była marihuana (średnia dawka to 7g), kolejnym amfetamina (średnia dawka to 5g) oraz tzw. dopalacze (średnia dawka nie została przez badanego podana). Nasilenie pragnienia narkotyku na pierwszym pomiarze było u badanego bardzo słabe. Mężczyzna wcześniej podejmował terapię, lecz jej nie ukończył. Identyfikował również u siebie problem z uzależnieniem od alkoholu, leków oraz seksu. Badany miał zdiagnozowane zaburzenia osobowości, nie przyjmował jednak z tego powodu żadnych leków, a jego problemy z tym związane nasiliły się w ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem. Mężczyzna w ciągu poprzedzających 30. dni nie popełnił przestępstwa. W ciągu 6. miesięcy przed pomiarem przebywał w zakładzie karnym. Być może z tego wynika 22-miesięczna abstynencja badanego.

Celem terapii dla badanego było osiągnięcie abstynencji, co udało mu się zrealizować na koniec terapii. Wówczas też badany podał, iż w ciągu 30. dni przed drugim pomiarem złagodziły się objawy dotyczące zdiagnozowanych u niego problemów psychicznych, a w ciągu trwania terapii ustąpił któryś z problemów psychicznych. Badany nie wziął udziału w pomiarze do 6. miesięcy od ukończenia terapii. Kolejny pomiar odbył się po 8. miesiącach od ukończenia przez niego terapii. Przez 2 miesiące poprzedzające pomiar końcowy badany był w dobrowolnej abstynencji, a pragnienie narkotyku nadal miało bardzo słabe nasilenie. W 2. miesiącach przed pomiarem badany nie podjął kolejnej terapii uzależnień, ani nie uczestniczył w innych formach pomocy skierowanych do osób uzależnionych, nie pojawił się również nowe uzależnienia.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany w trakcie wszystkich pomiarów miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany. Przy pierwszym pomiarze najistotniejszym motywem zmiany była chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, kolejnym poczucie winy i/lub wstydu oraz chęć odzyskania stabilności finansowej. W trakcie drugiego pomiaru najistotniejszy motyw zmiany to pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych, drugi z kolei to chęć odzyskania stabilności finansowej, a trzeci to chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. W trakcie dwóch pierwszych pomiarów badany był osobą bezrobotną i dodatkowo swoje warunki mieszkaniowe ocenił jako bardzo złe, zatem najprawdopodobniej były to czynniki, które w sposób istotny utrudniały mężczyźnie funkcjonowanie. Może to wyjaśniać, dlaczego pojawiły

się jako główne motyw wprowadzenia zmiany. Motywacja do zmiany w trakcie końcowego pomiaru związana była z pogorszeniem się jakości życia z powodów finansowych, utratą kontroli nad własnym życiem oraz chęcią poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. W okresie tym nadal głównym motywem był ten związany z sytuacją finansową badanego pomimo tego, iż poprawiła się ona w związku z podjęciem pracy. Zatem prawdopodobnie albo badany odnosił się do okresu rozpoczęcia terapii i jej trwania, albo nadal sytuacja finansowa – pomimo poprawy – nie była dla mężczyzny satysfakcjonująca. Istotnym motywem dla badanego, który pojawił się w trakcie wszystkich pomiarów były relacje z rodziną i/lub przyjaciółmi.

W trakcie pierwszego pomiaru ogólne poczucie własnej skuteczności było u badanego na wysokim poziomie, następnie na zakończenie terapii spadło do przeciętnego. Zmiana ta nastąpiła w przeciągu miesiąca i mogła być związana z doświadczanym niepokojem dotyczącym rozpoczęcia kolejnego etapu, czyli opuszczeniem ośrodka stacjonarnego. Co istotne ogólne poczucie własnej skuteczności w końcowym pomiarze było bardzo wysokie, co prawdopodobnie wynika z tego, iż badany w tym czasie odnosił sukcesy dotyczące podjęcia pracy zarobkowej, poprawy warunków mieszkaniowych, wejścia w związek. Należy pamiętać, że były to obszary, które stanowiły motywację do zmiany u badanego (sytuacja finansowa oraz relacje).

Na początkowym etapie udziału w badaniach (pierwszy pomiar) zadowolenie mężczyzny z otrzymywanego wsparcia społecznego, w tym emocjonalnego, wartościującego, informacyjno-instrumentalnego oraz duchowego, było na przeciętnym poziomie. Mężczyzna nie wypełnił Skali wsparcia społecznego i jej podskal w ramach pomiaru na zakończenie terapii, zatem nie można stwierdzić, czy w trakcie terapii zaszła zmiana w tym zakresie. W ramach końcowego pomiaru poziom zadowolenia był wysoki. Zatem nastąpiła zmiana w stosunku do pomiaru pierwszego.

W trakcie pierwszego pomiaru badany nie był z nikim w długotrwałym konflikcie, w ciągu 30. dni przed badaniem nie popadł w poważny, zagrażający relacji konflikt, jego konflikty nie miały związku z zażywaniem narkotyków, natomiast stwierdził, iż szukał specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu. Prawdopodobnie były to konflikty pojawiające się w przeszłości. Badany nie odpowiedział na pytania dotyczące konfliktów w trakcie pomiaru na zakończenie terapii. W pomiarze końcowym badany nie był z nikim w długotrwałym konflikcie, w ciągu 30. dni przed badaniem nie popadł w poważny, zagrażający relacji konflikt, jego konflikty nie miały związku z zażywaniem narkotyków oraz nie szukał specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu.

Na Skali relacji społecznych i jej poszczególnych podskalach w trakcie pierwszego pomiaru badany uzyskał przeciętny poziom zadowolenia z relacji. W trakcie drugiego pomiaru poziom zadowolenia z relacji wzrósł do wysokiego, a w pomiarze końcowym do bardzo wysokiego, jedynie poziom zadowolenia z relacji rodzinnych pozostał na poziomie wysokim.

Istotna zmiana, jaka zaszła na koniec terapii i utrzymała się w pomiarze końcowym, dotyczyła spadku nasilenia zachowań impulsywnych (z umiarkowanego) i agresywnych (ze słabego), w tym autoagresji (z umiarkowanego) do poziomu bardzo słabego.

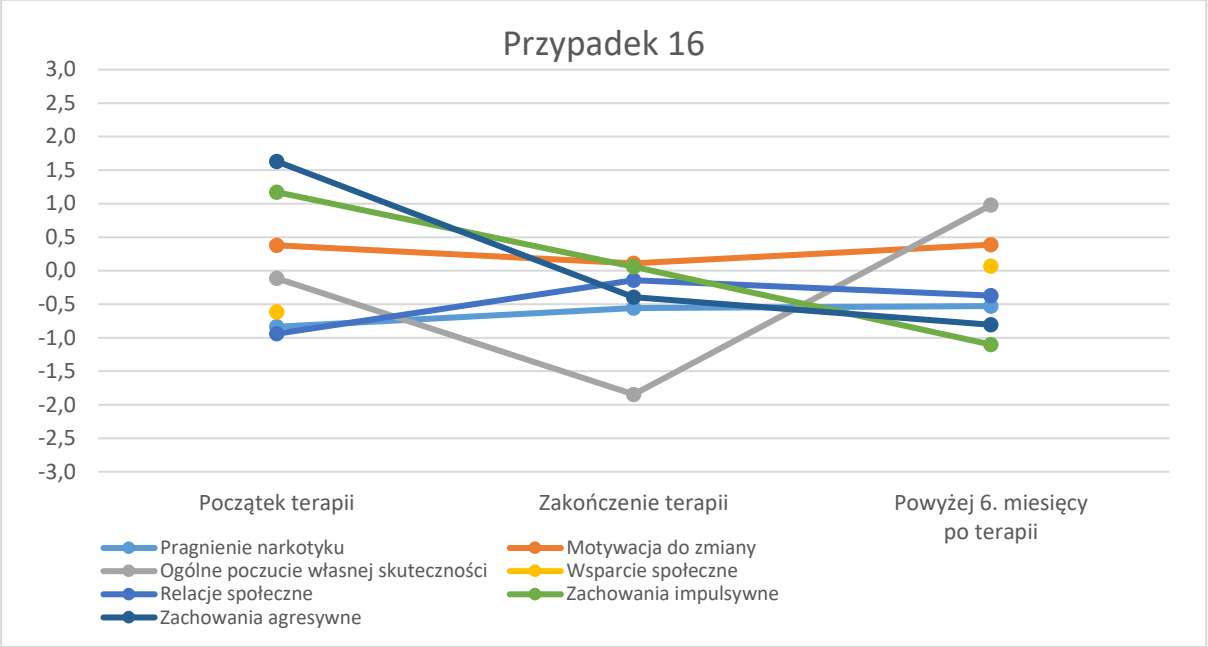
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 415, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 34.

Tabela 415. Przypadek 16 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	wysokie	przeciętne	- [b]	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	- [d]	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	przeciętne	- [d]	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	przeciętne	- [d]	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	przeciętne	- [d]	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	- [d]	- [b]	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	- [b]	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	przeciętne	wysokie	- [b]	-
Podskala relacji rodzinnych	przeciętne	wysokie	- [b]	wysoki
Podskala relacji towarzyskich	przeciętne	wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	-	- [b]	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala autoagresji	umiarkowane	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana nie wzięła udziału w trzecim pomiarze.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[d] Osoba badana nie wypełniła danej skali.

Wykres 34. Przypadek 16 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Nasilenie pragnienia narkotyku u badanego było bardzo słabe od początku udziału w badaniach. Należy jednak pamiętać, iż badany wziął udział w pierwszym pomiarze będąc około 5 miesięcy w terapii, zatem nieznane było nasilenie pragnienia w momencie rozpoczęcia terapii. Nie można zatem stwierdzić, czy pod wpływem terapii zaszła w tym obszarze zmiana. Sukcesem było ukończenie terapii i utrzymanie abstynencji zarówno w trakcie terapii, jak i po jej zakończeniu. Dodatkowo mężczyzna zgłaszał złagodzenie zdiagnozowanych problemów psychicznych. Zmieniły się na korzyść także warunki materialno-bytowe badanego (w tym warunki mieszkaniowe oraz związane z sytuacją finansową ze względu na podjęcie pracy zarobkowej). W okresie po ukończeniu terapii mężczyzna wszedł również w nieformalny związek partnerski. Poziom motywacji do zmiany od początku był bardzo wysoki, jednak kwestią problemową jest fakt, iż badany pierwszy pomiar wykonał w czasie kiedy od 5. miesięcy uczestniczył w terapii. Zatem trudno stwierdzić, jaki był poziom w momencie jej rozpoczęcia i czy wzrósł pod jej wpływem. Ważne jest to, iż na etapie końcowego pomiaru badany uzyskał bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku, przy jednoczesnym bardzo wysokim poziomie zarówno motywacji do utrzymania zmiany jak i ogólnego poczucia własnej skuteczności. Istotna zamiana zaszła także w poziomie zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, w tym emocjonalnego, wartościującego, informacyjno-instrumentalnego oraz duchowego w okresie od pierwszego pomiaru do pomiaru końcowego (wzrost z poziomu przeciętnego do wysokiego).

Ponownie jednak ze względu na brak danych z okresu rozpoczęcia terapii (badany nie wypełnił także skali w trakcie drugiego pomiaru) nie można określić, czy ta tendencja od początku była wzrostowa czy też wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia był związany z relacją partnerską, którą badany nawiązał w okresie po zakończeniu terapii. Kolejnym pozytywnym efektem był wzrost poziomu zadowolenia z relacji społecznych do poziomu co najmniej wysokiego. Zmiana ta jest o tyle ważna, iż poprawa relacji z bliskimi była jednym z motywów podjęcia i utrzymania abstynencji. Kolejną ważną zmianą był spadek nasilenia zachowań impulsywnych i agresywnych, w tym agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i autoagresji do poziomu bardzo słabego.

11.17. Przypadek 17

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejną osobą jest 22-letni mężczyzna, który na etapie rozpoczęcia i zakończenia terapii jako miejsce zamieszkania wskazał miasto do 20 tys. mieszkańców, natomiast przy ostatnim pomiarze miasto powyżej 500 tys. mieszkańców. Mężczyzna nie pozostawał w związku, warunki mieszkaniowe określił jako dobre. Naukę zakończył po szkole gimnazjalnej, podjął ją ponownie i przy pomiarze po 7. miesiącach od ukończenia terapii wskazał, iż na ogół systematycznie uczęszcza do szkoły i rzadko bywa nieobecny. Osiągane wyniki w nauce określił jako przeciętne, z dominacją ocen dostatecznych. Na każdym etapie badań źródłem dochodu mężczyzny była praca zarobkowa (magazynier), a jego średni dochód miesięczny netto wynosił około 2500zł.

Mężczyzna uczestniczył w ramach badań w trzech pomiarach (na początku i na końcu terapii oraz po 7. miesiącach od jej zakończenia).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Mężczyzna rozpoczął terapię w czwartym kwartale 2018 roku i ukończył ją po 3 miesiącach w 2019 roku. Terapia miała miejsce w placówce ambulatoryjnej, w której badany brał udział w terapii indywidualnej (sesje odbywały się z częstotliwością 3 razy w tygodniu) i grupowej oraz w innych formach prowadzonych oddziaływań (warsztaty, zajęcia edukacyjne, pomoc prawna). Podejścia wskazane przez psychoterapeutę jako stosowane w terapii zgodnie z założeniami prowadzonego przez placówkę programu terapeutycznego to działania diagnostyczno-motywujące, dialog motywujący, terapia poznawczo-behawioralna.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Badany rozpoczął terapię ze znacznym nasileniem symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Symptomy, które u badanego nie wystąpiły w ciągu ostatniego roku przed rozpoczęciem terapii były następujące: nie poświęcał dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków, nie odczuwał tak silnego pragnienia zażywania narkotyków, które by powodowało, że nie mógł myśleć o niczym innym, ze względu na używanie narkotyków nie zmniejszyła się jego aktywność w relacjach towarzyskich. Badany zaczął zażywać narkotyki w wieku 16 lat. Ostatnią co najmniej 2-tygodniową przerwę

w zażywaniu narkotyków mężczyzna miał 4 miesiące przed pierwszym pomiarem. W trakcie pomiaru na rozpoczęcie terapii był od tygodnia w dobrowolnej abstynencji. W ciągu 30. dni przed pomiarem nie zmienił sposobu przyjmowania narkotyków na mniej szkodliwy dla zdrowia, w tym czasie był pod wpływem narkotyków przez 7 dni, wydał na nie 400zł. Najczęściej zażywanym przez badanego narkotykiem była amfetamina (średnia dawka to 0,25g). Innych narkotyków mężczyzna nie wskazał. W czasie pierwszego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Badany wcześniej już ukończył terapię uzależnień. Stwierdził, iż ma także problem z uzależnieniem od hazardu. W ciągu 30. dni poprzedzających pierwszy i drugi pomiar badany w związku z zażywaniem narkotyków nie doświadczał problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej, ani pobytu w szpitalu, nie doświadczył problemów zdrowotnych uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii. Nie miał zdiagnozowanych żadnych problemów psychicznych. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem popełnił przestępstwo, jednocześnie w ciągu poprzedzających 6. miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym. Celem terapii było dla badanego osiągnięcie abstynencji, co udało mu się uzyskać na jej zakończenie. Badany nie złamał także abstynencji w trakcie trwania terapii.

W trakcie drugiego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku utrzymało się na bardzo słabym poziomie. Badany w ciągu 30. dni przed drugim pomiarem nie popełnił przestępstwa, ani nie przebywał w trakcie trwania terapii w areszcie śledczym/zakładzie karnym. Nie pojawiły się także nowe problemy psychiczne.

Badany nie wziął udziału w trzecim pomiarze, a czwarty miał miejsce w okresie po 7. miesiącach od ukończenia terapii. W ciągu dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar mężczyzna zachował dobrowolną abstynencję, a nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. W tym czasie badany podjął kolejną terapię uzależnień oraz uczestniczył w innych formach oddziaływań skierowanych do osób uzależnionych. Jednocześnie nie pojawiły się u badanego nowe uzależnienia. Uzyskane dane nie pozwalają na określenie przyczyn podjęcia kolejnej terapii pomimo ukończenia wcześniejszej, dodatkowo nie są dostępne dane dotyczące okresu od zakończenia terapii do 2. miesięcy przed końcowym pomiarem (okres 5 miesięcy). W związku z tym nie wiadomo, czy w tym czasie badany zachował abstynencję. Badany w okresie 30. dni przed końcowym pomiarem nie doświadczał problemów zdrowotnych związanych z sięganiem po narkotyki, które to by wymagały wizyty lekarskiej lub pobytu w szpitalu. Nie popełnił także przestępstwa, ani nie przebywał w ciągu poprzedzających 2. miesięcy w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany w trakcie pierwszego pomiaru miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany. Najistotniejszym motywem zmiany był brak poczucia zadowolenia z życia, kolejnymi świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół oraz utrata kontroli nad własnym życiem. Motywacja miała charakter wewnętrzy. W trakcie drugiego pomiaru poziom motywacji również był bardzo wysoki, a główne motywy to: chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, brak poczucia zadowolenia z życia, świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół. Zatem w trakcie drugiego pomiaru zmienił się główny motyw i dotyczył poprawy relacji oraz nie wystąpił motyw związany z utratą kontroli nad własnych życiem. Motywacja miała nadal charakter wewnętrzny. W trakcie pomiaru końcowego motywacja nadal była na bardzo wysokim poziomie, jednak zmieniły się trzy najważniejsze motywy dotyczące zmiany. Najistotniejszym motywem był brak poczucia zadowolenia z życia (ten sam motyw co przy pierwszym pomiarze), kolejnymi poczucie lęku i niepewności oraz strach przed utratą tego, co w życiu ważne. Być może dwa ostatnie motyw były związane z powodem dla którego badany podjął kolejną terapię.

Ogólne poczucie własnej skuteczności u badanego było bardzo wysokie w pierwszym pomiarze i takie też utrzymało się w kolejnych pomiarach.

Badany w trakcie pierwszego pomiaru miał wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego, w tym wsparcia emocjonalnego, wartościującego, informacyjno-instrumentalnego oraz duchowego. Podczas drugiego pomiaru poziom zadowolenia ze wsparcia duchowego spadł do wartości przeciętnej, w pozostałych obszarach wsparcia poziom zadowolenia wzrósł do bardzo wysokiego. W końcowym pomiarze poziom zadowolenia na Skali wsparcia społecznego i jej wszystkich podskalach był bardzo wysoki.

Na Skali relacji społecznych i jej podskalach w trakcie pierwszego pomiaru badany uzyskał wysokie wyniki. Poziom ten wzrósł do bardzo wysokiego na zakończenie terapii. W końcowym pomiarze spadł do wysokiego, głównie za sprawą zadowolenia z relacji zawodowych, gdzie jego poziom był przeciętny. Zadowolenie z relacji rodzinnych i towarzyskich utrzymało się na bardzo wysokim poziomie.

W trakcie pierwszego i drugiego pomiaru badany nie był z nikim w długotrwałym konflikcie, ani też w ciągu 30. dni przed badaniem nie wszedł w konflikt zagrażający relacji. Jednocześnie wskazał członków najbliższej rodziny jako osoby, z którymi najczęściej wchodzi w konflikty, jednak nie miały one związku z zażywaniem narkotyków. W trakcie pierwszego pomiaru badany wskazał, że nie szukał specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania trudności w relacjach, natomiast szukał jej na etapie drugiego pomiaru. Zatem możliwe, iż sytuacja

konfliktu była przedmiotem analizy i oddziaływań terapeutycznych, w których uczestniczył badany w związku z uzależnieniem od narkotyków. W ramach pomiaru końcowego badany nie wskazał już osób z najbliższej rodziny jako tych, z którymi często wchodzi w konflikty. Może mieć to związek z podjęciem profesjonalnej pomocy w tym zakresie. W tym czasie jednak badany w ciągu 30. dni przed pomiarem podpadł dwukrotnie w poważny, zagrażających relacji konflikt ze swoją partnerką (przy wcześniejszych pomiarach nie wskazywał, iż jest w nieformalnym związku) oraz szukał specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu.

Nasilenie zachowań impulsywnych w pierwszym pomiarze było na poziomie słabym, w trakcie drugiego pomiaru spadło do poziomu bardzo słabego i na takim utrzymało się w końcowym pomiarze. Natomiast nasilenie zachowań agresywnych, w tym agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom oraz autoagresji od pierwszego pomiaru było na poziomie bardzo słabym.

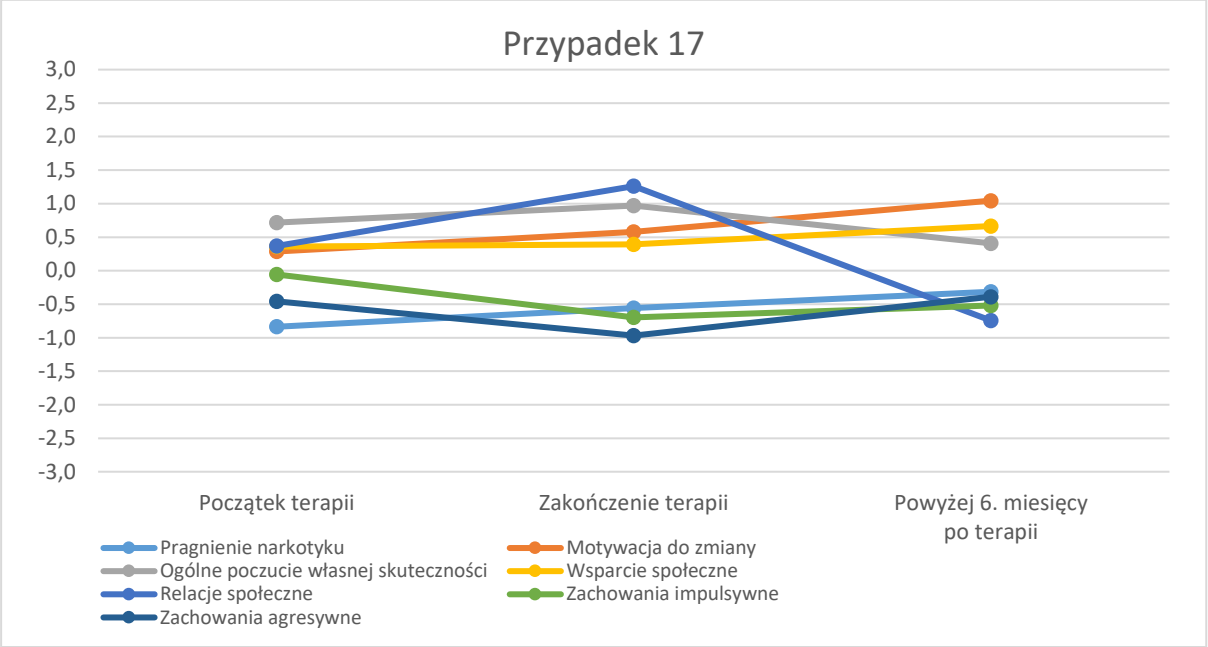
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 416, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 35.

Tabela 416. Przypadek 17 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	bardzo wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Skala wsparcia społecznego	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	wysokie	przeciętne	- [b]	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	- [b]	-
Podskala relacji rodzinnych	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	wysokie	bardzo wysokie	- [b]	przeciętne
Skala zachowań impulsywnych	słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe
Podskala autoagresji	bardzo słabe	bardzo słabe	- [b]	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana nie wzięła udziału w trzecim pomiarze.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 35. Przypadek 17 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Przez cały okres udziału w badaniach nasilenie pragnienia narkotyku pozostawało na bardzo słabym poziomie przy jednoczesnym bardzo wysokim poziomie motywacji do zmiany. Jednak pożądany poziom tych dwóch istotnych z punku widzenia utrzymania abstynencji wskaźników nie może być wiązany z efektem odziaływań terapeutycznych, gdyż badany z określonym nasileniem w tych obszarach podjął terapię i owo nasilenie utrzymywało się w kolejnych pomiarach. Bez wątpienia zasobem badanego był wysoki poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności oraz niski poziom nasilenia zachowań agresywnych. Najprawdopodobniej do efektów terapii możemy zaliczyć wzrost zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego (wyjątek stanowi wsparcie duchowe) oraz z relacji społecznych, w tym rodzinnych, towarzyskich i zawodowych. Co istotne bardzo wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia utrzymał się także w pomiarze końcowym, natomiast obniżył się poziom zadowolenia z relacji zawodowych. W trakcie terapii obniżył się także poziom nasilenia zachowań impulsywnych z poziomu słabego na bardzo słaby.

11.18. Przypadek 18

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Mężczyzna 19-letni, z wykształceniem gimnazjalnym, niepozostający w związku, zamieszkujący wieś położoną w województwie mazowieckim, określił swoje warunki mieszkaniowe przy pierwszym pomiarze jako dobre, a przy pomiarze końcowym jako bardzo dobre. Na etapie pierwszego pomiaru mężczyzna był od miesiąca osobą bezrobotną, nieposzukującą zatrudnienia, bez żadnego źródła dochodu. Przy końcowym pomiarze mężczyzna był zatrudniony, jak wskazał, przy dociepleniach i osiągał średni dochód miesięczny netto w wysokości 2000zł.

Badany wziął udział w dwóch pomiarach (na początku terapii oraz powyżej 6. miesięcy po jej ukończeniu).

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Mężczyzna podjął terapię w placówce ambulatoryjnej pod koniec listopada 2018 roku. Uczestniczył w terapii indywidualnej, grupowej oraz w innych formach oddziaływań, takich jak warsztaty, zajęcia edukacyjne oraz pomoc prawna. Terapia w placówce była prowadzona w oparciu o działania diagnostyczno-motywujące, dialog motywujący oraz terapię poznawczo-behawioralną. Ukończył ją po około 3 miesiącach. Pomimo ukończenia terapii badany nie wziął udziału w pomiarze na jej zakończenie.

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

W trakcie pierwszego pomiaru badany miał znaczne nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej. Spełniał 8 kryteriów. Kryteria, które nie wystąpiły u badanego w ciągu roku poprzedzającego badanie to: ograniczenie ze względu na używanie narkotyków aktywności w relacjach towarzyskich, zażywanie narkotyków w sposób zagrażający życiu lub zdrowiu, zażywanie narkotyków pomimo tego, że występowały z tego powodu problemy zdrowotne lub psychiczne. Mężczyzna zaczął zażywać narkotyki w wieku 15 lat. Przed pierwszym pomiarem ostatnią co najmniej 2-tygodniową przerwę w zażywaniu miał 6 miesięcy wcześniej. W trakcie pomiaru na rozpoczęcie terapii był w tygodniowej, dobrowolnej abstynencji. W ciągu 30. dni przed pomiarem nie zmienił wzorca zażywania na mniej szkodliwy, był w tym czasie pod wpływem narkotyków przez 19 dni i przeznaczył na nie 300zł. Najczęściej

stosowanym przez badanego narkotykiem była marihuana (średnia dawka to 1-2g), kolejnym amfetamina (średnia dawka 0,5-1g) oraz mefedron (średnia dawka 0,5-1g). W trakcie pierwszego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku było na poziomie słabym. Mężczyzna wcześniej podejmował terapię, lecz jej nie zakończył. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków nie doświadczał problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej, problemów uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii lub wymagających pobytu w szpitalu. Badany nie miał zdiagnozowanych żadnych problemów psychicznych. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem nie popełnił przestępstwa, a w ciągu poprzedzających 6. miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym. Badany nie wziął udziału w pomiarze na zakończenie terapii oraz w okresie do 6. miesięcy od zakończenia terapii. Pomiar końcowy odbył się po 9. miesiącach od zakończenia terapii. W ciągu 2. miesięcy przed pomiarem końcowym badany zachował dobrowolną abstynencję. W tym czasie nie podjął kolejnej terapii uzależnień i nie uczestniczył w innych formach oddziaływań skierowanych do osób uzależnionych. Jednocześnie badany stwierdził, iż w tym okresie zidentyfikował u siebie uzależnienie od pracy. Nasilenie pragnienia narkotyku było w tym okresie bardzo słabe. W ciągu 30. dni przed końcowym pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami nie doświadczał problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej lub wymagających pobytu w szpitalu. W ciągu 30. dni przed końcowym pomiarem badany nie popełnił przestępstwa, a w ciągu poprzedzających 2. miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Badany rozpoczął terapię z wysokim poziomem motywacji do zmiany. Głównym powodem podjęcia terapii była chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi, kolejnym świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół oraz chęć odzyskania stabilności finansowej. W trakcie końcowego pomiaru poziom motywacji do zmiany utrzymał się nadal jako wysoki, a głównym motywem było pogorszenie się jakości życia z powodów finansowych, kolejnym chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz świadomość ranienia bliskich.

W trakcie pierwszego pomiaru poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności był u badanego przeciętny, a podczas pomiaru końcowego wysoki.

W trakcie pierwszego pomiaru na Skali wsparcia społecznego poziom zadowolenia był przeciętny. Inaczej rozkłada się on przy poszczególnych podskalach (zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i wartościującego było na poziomie wysokim, informacyjno-instrumentalnego niskim, a duchowego na poziomie przeciętnym). Podczas pomiaru końcowego wzrósł poziom

zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego do bardzo wysokiego (w tym zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i wartościującego nadal było na poziomie wysokim, natomiast informacyjno-instrumentalnego oraz duchowego wzrosło do poziomu bardzo wysokiego).

Badany przy pierwszym pomiarze był przeciętnie zadowolony z posiadanych relacji społecznych, w tym jego poziom zadowolenia z relacji rodzinnych był przeciętny, a z relacji towarzyskich niski. Poziom zadowolenia zamienił się na korzyść w końcowym pomiarze. Badany był bardzo zadowolony z relacji społecznych, w tym rodzinnych, towarzyskich i zawodowych.

Podczas pomiaru na rozpoczęcie terapii badany wskazał, iż jest z kimś w długotrwałym konflikcie, jednocześnie w ciągu 30. dni przed pomiarem nie popadł w inny zagrażający relacji konflikt. Najczęściej wchodził w konflikty z osobami, z którymi nie był spokrewniony i miały one często związek z zażywaniem narkotyków. W celu ich rozwiązania nie szukał specjalistycznej pomocy. W pomiarze końcowym badany wskazał, iż nie był z nikim w trwałym konflikcie, w ciągu poprzedzających pomiar 30. dni nie wszedł w żaden spór. Prawdopodobnie wynika to z tego iż badany w tym okresie był w abstynencji, a wcześniej zaznaczył, iż jego konflikty często miały związek z sięganiem po narkotyki.

Mężczyzna rozpoczynał terapię z umiarkowanym nasileniem zachowań impulsywnych, natomiast w pomiarze końcowym nasilenie tego typu zachowań było bardzo słabe. W trakcie pierwszego pomiaru poziom nasilenia zachowań agresywnych, w tym agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom był bardzo słaby, natomiast autoagresji słaby. W końcowym pomiarze wyniki na Skali zachowań agresywnych wraz z jej podskalami wskazywały na bardzo słabe nasilenie zachowań.

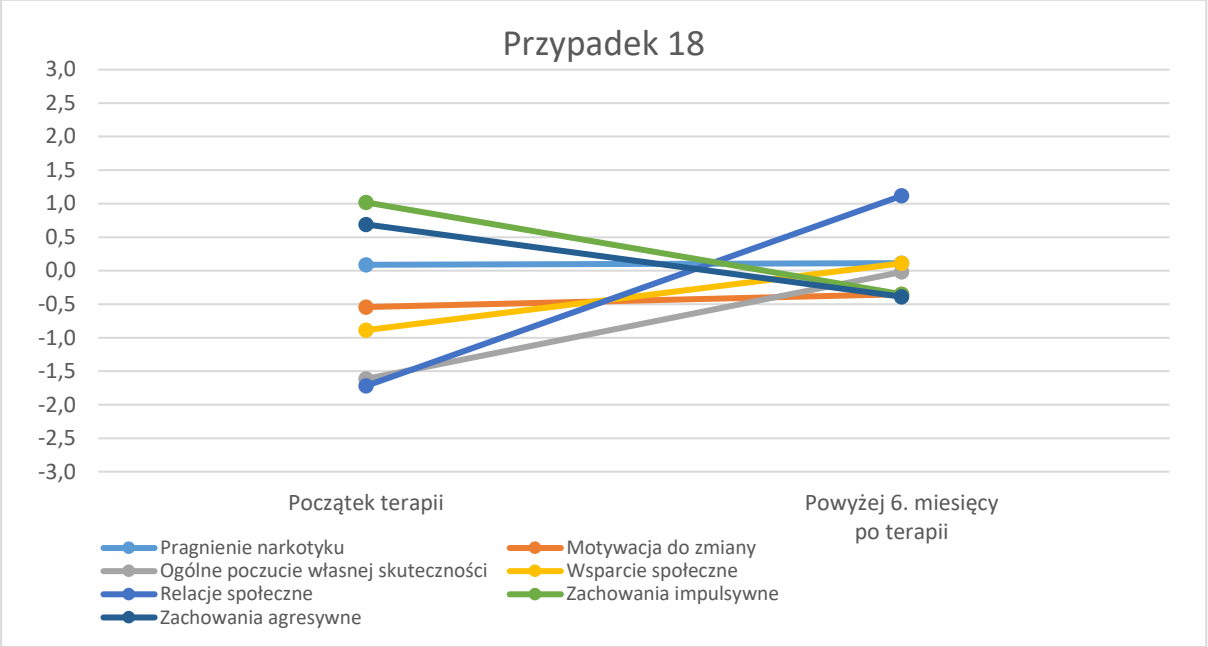
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera **Tabela 417,** a graficznie obrazuje sytuację **Wykres 36**.

Tabela 417. Przypadek 18 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	słabe	- [a]	- [b]	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	wysokie	- [a]	- [b]	wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	przeciętne	- [a]	- [b]	wysokie
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	wysokie	- [a]	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	wysokie	- [a]	- [b]	wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	niskie	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	-	-	-	-
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	przeciętne	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji rodzinnych	przeciętne	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji towarzyskich	niskie	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	-	- [a]	- [b]	bardzo wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	- [a]	- [b]	bardzo słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	- [a]	- [b]	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	- [a]	- [b]	bardzo słabe
Podskala autoagresji	słabe	- [a]	- [b]	bardzo słabe

[a] Osoba badana nie wzięła udziału w drugim pomiarze.
[b] Osoba badana nie wzięła udziału w trzecim pomiarze.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 36. Przypadek 18 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Badany rozpoczął terapię ze słabym nasileniem pragnienia narkotyku oraz wysokim poziomem motywacji do zmiany. W pomiarze końcowym pragnienie narkotyku jeszcze spadło i osiągnęło nasilenie bardzo słabe, a poziom motywacji do zmiany utrzymał się jako wysoki. W trakcie rozpoczęcia terapii ogólne poczucie własnej skuteczności było na poziomie przeciętnym, jednak w trakcie pomiaru końcowego było wysokie. Na przestrzeni czasu powstała znacząca równica pomiędzy zadowoleniem z otrzymywanego wsparcia społecznego, w tym informacyjno-instrumentalnego oraz duchowego, które to wzrosło do poziomu bardzo wysokiego, natomiast zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i wartościującego utrzymało się na wysokim poziomie. W końcowym pomiarze wzrosło także zadowolenie badanego z relacji społecznych (w tym rodzinnych, towarzyskich i zawodowych) do poziomu bardzo wysokiego. Warto podkreślić, iż nasilenie zachowań impulsywnych u badanego od początku było na umiarkowanym poziomie i w końcowym pomiarze uzyskało wartości bardzo słabe. Natomiast zachowania agresywne od początku miały nasilenie co najwyżej słabe, a w końcowym pomiarze bardzo słabe. Bez wątpienia sukcesem badanego było osiągniecie i utrzymanie abstynencji w okresach, dla których dostępne są dane.

11.19. Przypadek 19

(opracowanie: Małgorzata Piasecka)

STATUS SOCJOEKONOMICZNY OSOBY BADANEJ

Kolejną badaną osobą był 27-letni mężczyzna, niepozostający w związku, zamieszkujący miasto powyżej 500 tys. mieszkańców. Warunki mieszkaniowe na etapie dwóch pierwszych pomiarów określił jako przeciętne, a w kolejnych dwóch jako bardzo dobre. Badany przy trzech pierwszych pomiarach wykształcenie wskazał zawodowe, natomiast przy czwartym średnie. Od początku udziału w badaniach mężczyzna kontynuował naukę. Na pierwszym i drugim pomiarze (rozpoczęcie terapii i jej zakończenia) określił, iż zdarzały się mu okresy opuszczania zajęć bez poważniejszych przyczyn, a wyniki w nauce jako niskie z przewagą ocen dopuszczających. Na trzecim pomiarze badany wskazał, iż na ogół systematycznie uczęszcza do szkoły i rzadko bywam nieobecny i osiągał wyniki przeciętne – dominowały oceny dostateczne. Na ostatnim pomiarze ponownie mężczyzna zaznaczył, iż zdarzają się okresy opuszczania przeze niego zajęć bez poważniejszych przyczyn, ale utrzymał przeciętne wyniki w nauce. Głównym źródłem utrzymania badanego była praca zarobkowa (średni dochód miesięczny netto wynosił 2500zł). Mężczyzna był zatrudniony jako kucharz lub pracownik sklepu.

Badany wziął udział w czterech pomiarach (na początku i na końcu terapii oraz po 4,5 i po 8. miesiącach od jej ukończenia). Badany wypełnił kwestionariusze na przestrzeni roku.

UDZIELONA POMOC TERAPEUTYCZNA

Mężczyzna rozpoczął terapię w placówce ambulatoryjnej w czwartym kwartale 2018 roku i ukończył ją po 5. miesiącach. Brał udział w terapii indywidualnej i grupowej. Częstotliwość indywidulanych sesji wynosiła raz w tygodniu. W ramach prowadzonych oddziaływań dominowało podejście integracyjne (wskazane przez psychoterapeutę).

CHARAKTERYSTYKA UZALEŻNIENIA I PRZEBIEG LECZENIA

Badany rozpoczął terapię ze znacznym nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (spełnił wszystkie możliwe na Skali symptomów zaburzenia kryteria). Mężczyzna zaczął zażywać narkotyki w wieku 16 lat. Ostatnią co najmniej 2-tygodniową przerwę w zażywaniu narkotyków (przed okresem aktualnej abstynencji) miał 6 miesięcy przed pierwszym pomiarem. W momencie pomiaru był od niecałych 4. miesięcy w dobrowolnej

abstynencji. Najczęściej stosowanym przez badanego narkotykiem była marihuana (średnia dawka to 0,5-1g), kolejnym ecstasy oraz mefedron. W trakcie pierwszego pomiaru nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. Badany wcześniej podejmował terapię, lecz jej nie ukończył. Stwierdził, iż ma jeszcze problem z uzależnieniem od alkoholu, jedzenia, Internetu, hazardu, seksu i zakupów. W ciągu 30. dni przed pierwszym pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków nie doświadczał problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej, problemów uniemożliwiających podjęcie lub kontynuowanie terapii lub wymagających pobytu w szpitalu. Badany miał zdiagnozowaną depresję oraz napady lękowe, z powodu których leczył się, ale nie zażywał leków w sposób regularny. W ciągu 30 dni przed pierwszym pomiarem uległy złagodzeniu problemy psychiczne badanego. W tym czasie nie popełnił przestępstwa, a w ciągu poprzedzających 6. miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym. Badany nie podał, co było celem jego terapii.

W trakcie drugiego pomiaru był w dobrowolnej abstynencji, którą zachował przez cały okres terapii. W trakcie pomiaru na zakończenie terapii nasilenie pragnienia narkotyku było bardzo słabe. W trakcie trwania terapii nie zdiagnozowano u mężczyzny nowych problemów psychicznych, a ustąpił któryś z dotychczasowych. W ciągu 30. dni przed drugim pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami nie doświadczał problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej lub wymagających pobytu w szpitalu, uległy złagodzeniu problemy psychiczne badanego. W tym czasie nie popełnił przestępstwa, a w ciągu terapii nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

W ciągu 2. miesięcy poprzedzających pomiar trzeci badany zachował dobrowolną abstynencję. W tym pomiarze nasilenie pragnienia narkotyku również zostało określone jako bardzo słabe. Badany podjął kolejną terapię uzależnień i uczestniczył w innych formach oddziaływań skierowanych do osób uzależnionych. Stwierdził, iż w okresie dwóch miesięcy od pomiaru trzeciego pojawiły się u niego nowe uzależnienia (określił je po raz pierwszy w pomiarze na rozpoczęciu terapii). Były to uzależnienia od: jedzenia, komputera, telefonu, Internetu, sieci społecznościowych. W ciągu 30. dni przed trzecim pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami 2-krotnie badany doświadczył problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej oraz 2-krotnie był leczony w szpitalu. Zaczął także regularnie zażywać leki w związku z depresją. W tym czasie nie popełnił przestępstwa, a w ciągu 2. miesięcy przed pomiarem nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

W ciągu 2. miesięcy poprzedzających czwarty pomiar badany zachował całkowitą dobrowolną abstynencję narkotykową. Nasilenie pragnienia narkotyku nadal utrzymywało się

na poziomie bardzo słabym. Badany podjął koleją terapię i uczestniczył w innych formach pomocy osobom uzależnionym. Ponownie wskazał sieci społecznościowe jako inne uzależnienie, z którym ma problem. W ciągu 30. dni przed trzecim pomiarem w związku z zażywaniem narkotyków lub jego długofalowymi konsekwencjami badany raz doświadczył problemów zdrowotnych wymagających wizyty lekarskiej oraz raz był leczony w szpitalu. Nadal leczył się z powodu wcześniej zdiagnozowanych problemów psychicznych. W tym czasie nie popełnił przestępstwa, a w ciągu poprzedzających pomiar dwóch miesięcy nie przebywał w areszcie śledczym/zakładzie karnym.

NASILENIE POSZCZEGÓLNYCH ZMIENNYCH

Poziom motywacji do zmiany przez cały okres udziału w badaniach był bardzo wysoki. Na każdym pomiarze utrata kontroli nad własnym życiem była wymieniana jako główny motyw zmiany. W ramach pierwszego pomiaru dodatkowo pojawiły się takie motywy jak: chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół. Podczas drugiego pomiaru badany wskazał taki motywy jak rosnące poczucie osamotnienia oraz świadomość ciągłego okłamywania rodziny i/lub przyjaciół. W ramach trzeciego pomiaru pojawiły się motywy dotyczące chęci poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi oraz braku poczucia zadowolenia z życia. W czwartym pomiarze badany wskazał brak poczucia zadowolenia z życia oraz chęć poprawy relacji z rodziną i/lub przyjaciółmi. Zatem możemy stwierdzić, iż na każdym pomiarze najważniejszym motywem była utrata kontroli nad własnym życiem, a następne powtarzały się, lecz zmieniały swoją rangę.

Ogólne poczucie własnej skuteczności w trakcie pierwszego pomiaru było na poziomie niskim i takie utrzymało się aż do pomiaru trzeciego, dopiero w ramach pomiaru końcowego wzrosło do poziomu wysokiego.

W trakcie pierwszego pomiaru poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego i jego rodzajów był przeciętny (wyjątek stanowiła podskala wsparcia emocjonalnego z bardzo wysokim poziomem zadowolenia). W drugim pomiarze zadowolenie określone na Skali wsparcia społecznego wzrosło do poziomu wysokiego, utrzymało się na poziomie bardzo wysokim na podskali wsparcia emocjonalnego, wzrosło do wysokiego na podskali wsparcia wartościującego oraz wsparcia informacyjno-instrumentalnego i spadło do niskiego na podskali wsparcia duchowego. W trzecim pomiarze na Skali wparcia społecznego oraz jej podskalach określono wysokie zadowolenie (wyjątek stanowi podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego z zadowoleniem przeciętnym). Natomiast w trakcie czwartego

pomiaru zadowolenie ze wszystkich rodzajów wsparcia było na poziomie bardzo wysokim. Zatem od drugiego pomiaru można w tym zakresie obserwować tendencję wzrostową, a w pomiarze czwartym odnotowano najwyższy poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Był to też czas, w którym badany od kilku miesięcy zażywał leki w związku z podjęciem leczenia farmakologicznego zaburzeń nastroju, co mogło poprawić jego funkcjonowanie i postrzeganie rzeczywistości.

W pomiarze na rozpoczęcie terapii zadowolenie z relacji społecznych, w tym rodzinnych, towarzyskich i zawodowych, było na poziomie przeciętnym. Poziom ten wzrósł na zakończenie terapii do wysokiego (z wyjątkiem zadowolenia z relacji rodzinnych, które utrzymało się na przeciętnym poziomie). W trakcie pomiaru do 6. miesięcy po zakończeniu terapii, poza zadowoleniem z relacji towarzyskich, które spadło do poziomu przeciętnego, pozostałe obszary pozostały bez zmian. W pomiarze powyżej 6. miesięcy od zakończenia terapii wzrósł poziom zadowolenia z relacji rodzinnych do wysokiego i z relacji towarzyskich do bardzo wysokiego, zadowolenie z relacji społecznych ogólnie oraz z relacji zawodowych utrzymało się na wysokim poziomie. Podobnie jak w przypadku zadowolenia z otrzymywanego wsparcia w pomiarze końcowym badany uzyskał wyniki pożądane, możemy również zaobserwować wzrost zadowolenia na etapie zakończenia terapii (w stosunku do jej rozpoczęcia).

Badany w trakcie pierwszego pomiaru nie był z nikim w długotrwałym konflikcie, a w ciągu 30. dni przed pomiarem wszedł w konflikt z osobą, z którą nie jest spokrewniony, dodatkowo szukał w celu rozwiązania sporu specjalistycznej pomocy. Zaburzenia w relacji nie były związane z zażywaniem środków psychoaktywnych. W trakcie drugiego pomiaru badany nie był z nikim w jakimkolwiek konflikcie. W trakcie trzeciego pomiaru w ciągu poprzedzających go 30. dni badany wszedł 3-krotnie w konflikt ze współpracownikiem i osobami obcymi, lecz szukał profesjonalnej pomocy w tym zakresie. Przed czwartym pomiarem raz pojawił się spór w relacji partnerskiej, jednak badany nie szukał pomocy w celu rozwiązania go. Konflikty badanego nie miały związku z zażywaniem narkotyków.

Badany rozpoczął terapię z umiarkowanym nasileniem zachowań impulsywnych, na zakończenie terapii nasilenie to było słabe, a w trakcie pomiaru do 6. miesięcy ponownie umiarkowane, by w pomiarze powyżej 6. miesięcy ponownie osiągnąć nasilenie słabe. Nasilenie zachowań agresywnych przy pierwszym pomiarze było bardzo słabe, w tym agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom bardzo słabe i autoagresji słabe. W trakcie drugiego pomiaru nasilenie to utrzymało się na tym samym poziomie, a w trakcie trzeciego nastąpiła zmiana nasilenia określonego na Skali zachowań agresywnych na słabe i na Podskali autoagresji (tutaj

wzrosło do umiarkowanego). W ramach czwartego pomiaru nasilenie zachowań agresywnych było bardzo słabe, w tym agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom i autoagresji.

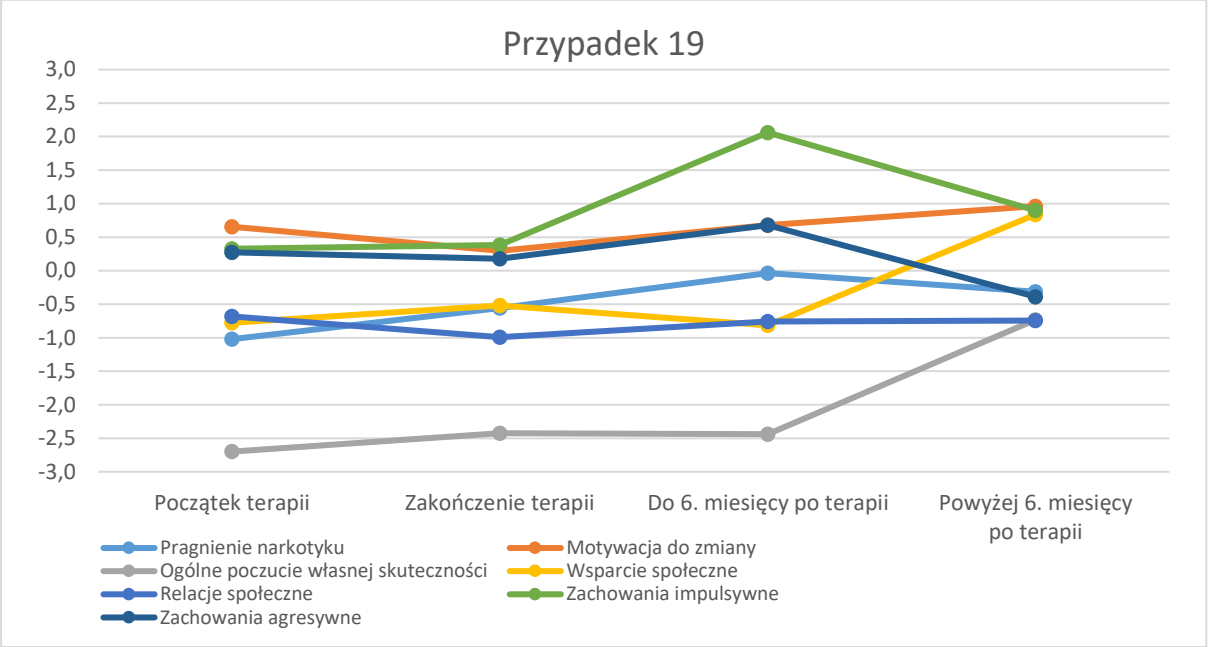
Zestawienie poziomów nasilenia wszystkich zmiennych wyrażających skuteczność terapii u badanego zawiera Tabela 418, a graficznie obrazuje sytuację Wykres 37.

Tabela 418. Przypadek 19 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów

NAZWA SKALI	Nasilenie POMIAR I	Nasilenie POMIAR II	Nasilenie POMIAR III	Nasilenie POMIAR IV
Diagnoza zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	znaczne	- [a]	- [b]	- [c]
Skala pragnienia narkotyku	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Skala motywacji do zmiany	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	niskie	niskie	niskie	wysokie
Skala wsparcia społecznego	przeciętne	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia emocjonalnego	bardzo wysokie	bardzo wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia wartościującego	przeciętne	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	przeciętne	wysokie	przeciętne	bardzo wysokie
Podskala wsparcia duchowego	przeciętne	niskie	wysokie	bardzo wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób pracujących)	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie
Skala relacji społecznych (dla osób niepracujących)	-	-	-	-
Podskala relacji rodzinnych	przeciętne	przeciętne	przeciętne	wysokie
Podskala relacji towarzyskich	przeciętne	wysokie	przeciętne	bardzo wysokie
Podskala relacji zawodowych	przeciętne	wysokie	wysokie	wysokie
Skala zachowań impulsywnych	umiarkowane	słabe	umiarkowane	słabe
Skala zachowań agresywnych	bardzo słabe	bardzo słabe	słabe	bardzo słabe
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe	bardzo słabe
Podskala autoagresji	słabe	słabe	umiarkowane	bardzo słabe

[a] Osoba badana przez cały okres terapii pozostawała w abstynencji, więc na jej zakończenie nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[b] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających trzeci pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.
[c] Osoba badana przez okres dwóch miesięcy poprzedzających czwarty pomiar pozostawała w abstynencji, więc nie wypełniała Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.

Wykres 37. Przypadek 19 – zmiana poziomu[a] wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii



[a] Aby zaprezentować wszystkie wskaźniki na jednym wykresie wykorzystano wystandaryzowane wartości wyników dla poszczególnych skal. Dla przejrzystości prezentacji pominięto wyniki dla podskal. Opracowanie: K. Karteczka-Świętek

PODSUMOWANIE

Sukcesem badanego było utrzymanie abstynencji narkotykowej (osiągnął ją 4. miesiące przed podjęciem terapii). Dodatkowo w trakcie udziału w badaniach poprawiły się warunki mieszkaniowe badanego, zmiana ta zaszła od trzeciego pomiaru (na etapie dwóch pierwszych pomiarów warunki badany określił jako przeciętne, a w kolejnych dwóch jako bardzo dobre). Przy czwartym pomiarze wzrosło także wykształcenie badanego z zawodowego do średniego. Badany w trakcie wszystkich pomiarów miał bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku. Jednocześnie mężczyzna zgłosił występowanie trudności także w obszarze uzależnień behawioralnych oraz w zakresie zaburzeń nastoju. Podczas dwóch ostatnich pomiarów mężczyzna zaznaczył, iż podjął kolejne terapie i inne formy pomocy osobom uzależnionym oraz rozpoczął regularne leczenie farmakologiczne. Mężczyzna we wszystkich pomiarach miał bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany, a głównym motywem była przez cały czas utrata kontroli nad życiem. Prawdopodobnie bardzo wysoki poziom motywacji do zmiany i bardzo słabe nasilenie pragnienia narkotyku spowodowały, iż mężczyzna nie złamał abstynencji narkotykowej. Warto podkreślić, iż możliwe, że w trakcie kolejnych pomiarów badany zastąpił zażywanie narkotyków światem wirtualnym, gdyż problem z uzależnieniem w tym obszarze zgłaszał w kolejnych pomiarach. Jednocześnie mężczyzna cały czas poszukiwał pomocy, gdyż podejmował kolejne terapie, zdecydował się na leczenie farmakologiczne. Zatem możemy przypuszczać, iż odczuwał dyskomfort i dążył do jego zniwelowania. W trakcie trzeciego

pomiaru spadł poziom zadowolenia ze wsparcia informacyjno-instrumentalnego, zadowolenia z relacji towarzyskich, a jednocześnie wzrosło nasilenie zachowań impulsywnych oraz zachowań agresywnych, w tym autoagresji. W czwartym pomiarze sytuacja badanego ustabilizowała się i osiągnął on co najmniej wysoki poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia i relacji społecznych oraz słabe nasilenie zachowań impulsywnych oraz bardzo słabe nasilenie zachowań agresywnych, w tym autoagresji. Warto zaznaczyć, iż także dopiero na tym etapie wzrósł poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności z przeciętnego do wysokiego. Prawdopodobnie przyczyniła się do pożądanych zmian kolejna terapia oraz leczenie farmakologiczne. Wpływ na wzrost ogólnego poczucia własnej skuteczności mogło mieć również ukończenie przez badanego szkoły średniej.

SPIS TABEL

Tabela 1. Typ placówek włączonych do badań 7
Tabela 2. Typ placówek włączonych do badań (2 pomiar)....7
Tabela 3. Podejście terapeutyczne (1 pomiar)....8
Tabela 4. Podejście terapeutyczne (2 pomiar)....8
Tabela 5. Forma terapii z podziałem na typ placówki (1 pomiar). 9
Tabela 6. Forma terapii z podziałem na typ placówki (2 pomiar). 9
Tabela 7. Szacowany czas trwania terapii 10
Tabela 8. Czas trwania terapii 10
Tabela 9. Szacowana częstotliwość indywidualnej sesji terapeutycznej 10
Tabela 10. Częstotliwość indywidualnej sesji terapeutycznej....10
Tabela 11. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (1 pomiar)....11
Tabela 12. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (2 pomiar)....11
Tabela 13. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (3 pomiar)....11
Tabela 14. Statystyki opisowe dla wieku z podziałem na płeć badanych (4 pomiar)....11
Tabela 15. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (1 pomiar)....12
Tabela 16. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (2 pomiar)....13
Tabela 17. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (3 pomiar)....14
Tabela 18. Miejsce pochodzenia badanych – Województwo (4 pomiar)....15
Tabela 19. Stan cywilny osób badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)....15
Tabela 20. Stan cywilny z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....16
Tabela 21. Stan cywilny (3 pomiar)....16
Tabela 22. Stan cywilny (4 pomiar)....16
Tabela 23. Warunki mieszkaniowe osób badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar)....18
Tabela 24. Warunki mieszkaniowe z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....18
Tabela 25. Warunki mieszkaniowe (3 pomiar)....18
Tabela 26. Warunki mieszkaniowe (4 pomiar)....18
Tabela 27. Wykształcenie z podziałem na typ placówki (1 pomiar)....19
Tabela 28 Wykształcenie z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....19
Tabela 29 Wykształcenie (3 pomiar) 20
Tabela 30. Wykształcenie (4 pomiar) 20
Tabela 31. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki z podziałem na typ placówki (1 pomiar)....20
Tabela 32. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....21
Tabela 33. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki (3 pomiar)....21
Tabela 34. Statystyki opisowe dla łącznej liczby lat nauki (4 pomiar)....21
Tabela 35. Kontynuacja nauki z podziałem na typ placówki (1 pomiar)....21
Tabela 36. Kontynuacja nauki z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....21
Tabela 37. Kontynuacja nauki (3 pomiar)....22
Tabela 38. Kontynuacja nauki (4 pomiar)....22
Tabela 39. Stosunek do obowiązku szkolnego wśród badanych, którzy aktualnie się uczą (1 pomiar) 22
Tabela 40. Stosunek do obowiązku szkolnego z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....23
Tabela 41. Stosunek do obowiązku szkolnego z podziałem na typ placówki (3 pomiar)....23
Tabela 42. Stosunek do obowiązku szkolnego (4 pomiar) 24
Tabela 43. Osiągane wyniki w nauce z podziałem na typ placówki (1 pomiar)....24
Tabela 44. Osiągane wyniki w nauce z podziałem na typ placówki (2 pomiar)....25
Tabela 45. Osiągane wyniki w nauce (3 pomiar)....25
Tabela 46. Osiągane wyniki w nauce (4 pomiar)....25
Tabela 47. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (1 pomiar) 26
Tabela 48. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (2 pomiar) 26
Tabela 49. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (3 pomiar) 26
Tabela 50. Statystyki opisowe dla nieobecności w szkole wśród badanych aktualnie uczących się (4 pomiar) 26
Tabela 51. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 27
Tabela 52. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (2 pomiar). 27
Tabela 53. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (3 pomiar) 27
Tabela 54. Status zatrudnienia z podziałem na typ placówki (4 pomiar) 27

Tabela 55. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (1 pomiar) 28
Tabela 56. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (2 pomiar) 28
Tabela 57. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (3 pomiar) 28
Tabela 58. Statystyki opisowe dla nieobecności w pracy wśród badanych aktualnie pracujących (4 pomiar) 28
Tabela 59. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (1 pomiar) 28
Tabela 60. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (2 pomiar) 28
Tabela 61. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (3 pomiar) 29
Tabela 62. Statystyki opisowe dla czasu pozostawania bez pracy (4 pomiar) 29
Tabela 63. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (1 pomiar) 29
Tabela 64. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (2 pomiar) 29
Tabela 65. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (3 pomiar) 29
Tabela 66. Szukanie pracy wśród osób bezrobotnych (4 pomiar) 29
Tabela 67. Wykonywany lub wyuczony zawód (1 pomiar).....30
Tabela 68. Wykonywany lub wyuczony zawód (2 pomiar).....30
Tabela 69. Wykonywany lub wyuczony zawód (3 pomiar).....31
Tabela 70. Wykonywany lub wyuczony zawód (4 pomiar).....31
Tabela 71. Charakter wykonywanej pracy z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 32
Tabela 72. Charakter wykonywanej pracy z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 32
Tabela 73. Charakter wykonywanej pracy (3 pomiar) 32
Tabela 74. Charakter wykonywanej pracy (4 pomiar) 32
Tabela 75. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (1 pomiar).....33
Tabela 76. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (2 pomiar).....33
Tabela 77. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (3 pomiar).....33
Tabela 78. Źródło dochodu z podziałem na typ placówki (4 pomiar).....34
Tabela 79. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 34
Tabela 80. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) z podziałem na typ placówki (2 pomiar).....34
Tabela 81. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) (3 pomiar) 34
Tabela 82. Statystyki opisowe dla zarobków (w PLN) (4 pomiar) 35
Tabela 83. Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (1 pomiar).....35
Tabela 84 Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (2 pomiar).....35
Tabela 85 Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (3 pomiar).....35
Tabela 86 Wysokość zarobków wśród badanych – przedziały dochodu z podziałem na typ placówki (4 pomiar).....36
Tabela 87. Wiek rozpoczęcia zażywania narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar).....37
Tabela 88. Przedziały czasu dla ostatniej 2-tygodniowej przerwy w zażywaniu narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 38
Tabela 89. Cel terapii oraz osiągniecie abstynencji 38
Tabela 90. Zachowanie abstynencji w okresie trwania terapii 38
Tabela 91. Częstotliwość złamania abstynencji w trakcie terapii 39
Tabela 92. Abstynencja od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (3 pomiar) 39
Tabela 93. Abstynencja od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (4 pomiar) 39
Tabela 94. Abstynencja od narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 39
Tabela 95. Abstynencja od narkotyków z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 40
Tabela 96. Abstynencja od narkotyków (3 pomiar) 40
Tabela 97. Abstynencja od narkotyków (4 pomiar) 40
Tabela 98. Dobrowolność abstynencji z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 40
Tabela 99. Dobrowolność abstynencji z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 41
Tabela 100. Dobrowolność abstynencji (3 pomiar) 41
Tabela 101. Dobrowolność abstynencji (4 pomiar) 41
Tabela 102. Długość abstynencji z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 42
Tabela 103. Długość abstynencji z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 42
Tabela 104. Długość abstynencji (3 pomiar) 42
Tabela 105. Długość abstynencji (4 pomiar) 42
Tabela 106. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 43

Tabela 107. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 43
Tabela 108. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (3 pomiar) 43
Tabela 109. Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni (4 pomiar) 44
Tabela 110. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 44
Tabela 111. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 44
Tabela 112. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy (3 pomiar) 45
Tabela 113. Zmiana sposobu zażywania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni na mniej szkodliwy (4 pomiar) 45
Tabela 114. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (1 pomiar) 45
Tabela 115. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (2 pomiar) 45
Tabela 116. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (3 pomiar) 45
Tabela 117. Przedziały czasu dla ostatnich 7 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (4 pomiar) 46
Tabela 118. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (1 pomiar) ..46
Tabela 119. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (2 pomiar) ..46
Tabela 120. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (3 pomiar) ..46
Tabela 121. Przedziały czasu dla ostatnich 30 dni, w których badani byli pod wpływem narkotyków (4 pomiar) ..46
Tabela 122 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (1 pomiar) 47
Tabela 123 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (2 pomiar) 47
Tabela 124 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (3 pomiar) 47
Tabela 125 Przedziały dla środków finansowych przeznaczonych na narkotyki okresie ostatnich 7 oraz 30 dni (4 pomiar) 47
Tabela 126. Najczęściej przyjmowane narkotyki z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 48
Tabela 127. Najczęściej przyjmowane narkotyki z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 49
Tabela 128. Najczęściej przyjmowany narkotyk po zakończeniu terapii (3 pomiar) 49
Tabela 129. Najczęściej przyjmowany narkotyk po zakończeniu terapii (4 pomiar) 50
Tabela 130. Wcześniejsza terapia uzależnień od narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 50
Tabela 131. Ukończenie podjętej terapii od narkotyków z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 50
Tabela 132. Podjęcie kolejnej terapii uzależnień w okresie ostatnich 2 miesięcy (3 pomiar) 51
Tabela 133. Podjęcie kolejnej terapii uzależnień w okresie ostatnich 2 miesięcy (4 pomiar) 51
Tabela 134. Korzystanie z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (3 pomiar) 51
Tabela 135. Korzystanie z innych form pomocy dla osób uzależnionych od narkotyków w okresie ostatnich 2 miesięcy (4 pomiar) 51
Tabela 136. Inne uzależnienia wśród badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 52
Tabela 137. Lista innych uzależnień wśród badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 52
Tabela 138 Inne uzależnienia, które pojawiły się wśród badanych w okresie trwania terapii (2 pomiar) 53
Tabela 139. Pojawienie się nowych uzależnień po zakończeniu terapii (3 pomiar) 53
Tabela 140. Pojawienie się nowych uzależnień po zakończeniu terapii (4 pomiar) 53
Tabela 141. Statystyki opisowe dla problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków – placówki ambulatoryjne (1 pomiar) 54
Tabela 142. Statystyki opisowe dla problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków – placówki stacjonarne (1 pomiar) 54
Tabela 143. Częstości dla problemów zdrowotnych wynikających z zażywania narkotyków (2 pomiar) 55
Tabela 144. Zaburzenia psychiczne (1 pomiar) 56
Tabela 145. Leczenie w związku z problemami psychicznymi z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 56
Tabela 146. Występowanie oraz następstwa problemów psychicznych (2 pomiar) 57
Tabela 147. Występowanie oraz następstwa problemów psychicznych (3 pomiar) 58
Tabela 148. Występowanie oraz następstwa problemów psychicznych (4 pomiar) 58
Tabela 149. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu wśród badanych z podziałem na typ placówki (1 pomiar) 59
Tabela 150. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu wśród badanych z podziałem na typ placówki (2 pomiar) 59
Tabela 151. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu (3 pomiar) 59

Tabela 152. Przestępczość oraz podleganie środkowi izolacyjnemu (4 pomiar) 59
Tabela 153. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – początek terapii....62
Tabela 154. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – początek terapii 63
Tabela 155. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej i liczby spełnianych kryteriów zaburzenia – początek terapii 63
Tabela 156. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – zakończenie terapii 64
Tabela 157. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – zakończenie terapii 64
Tabela 158. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej na początku terapii a jej ukończenie 65
Tabela 159. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – 3. pomiar 65
Tabela 160. Nasilenie zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej – 3. pomiar 66
Tabela 161. Statystyki opisowe dla Skali symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (i wynikającej z niej liczby spełnianych kryteriów zaburzenia) – 4. pomiar 67
Tabela 162. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – początek terapii 68
Tabela 163. Nasilenie pragnienia narkotyku – początek terapii 68
Tabela 164. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali pragnienia narkotyku – początek terapii....69
Tabela 165. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – zakończenie terapii....69
Tabela 166. Nasilenie pragnienia narkotyku – zakończenie terapii....70
Tabela 167. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali pragnienia narkotyku – zakończenie terapii 70
Tabela 168. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali pragnienia narkotyku 71
Tabela 169. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali pragnienia narkotyku – placówki ambulatoryjne....71
Tabela 170. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali pragnienia narkotyku – placówki stacjonarne....71
Tabela 171. Nasilenie pragnienia narkotyku na początku terapii a jej ukończenie 71
Tabela 172. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – 3. pomiar....72
Tabela 173. Nasilenie pragnienia narkotyku – 3. pomiar 72
Tabela 174. Wyniki testu Friedmana dla Skali pragnienia narkotyku – 3. pomiar 72
Tabela 175. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali pragnienia narkotyku, 3. pomiar....73
Tabela 176. Poziom nasilenia pragnienia narkotyku pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze 73
Tabela 177. Statystyki opisowe dla Skali pragnienia narkotyku – 4. pomiar....74
Tabela 178. Nasilenie pragnienia narkotyku – 4. pomiar 74
Tabela 179. Wyniki testu Friedmana dla Skali pragnienia narkotyku – 4. pomiar 75
Tabela 180. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali pragnienia narkotyku, 4. pomiar....75
Tabela 181. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – początek terapii 77
Tabela 182. Poziom motywacji do zmiany– początek terapii 77
Tabela 183. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali motywacji do zmiany – początek terapii 78
Tabela 184. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – początek terapii 78
Tabela 185. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (początek terapii)....79
Tabela 186. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (początek terapii) 79
Tabela 187. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (początek terapii)....80
Tabela 188. Rodzaj motywacji do zmiany – początek terapii....81

Tabela 189. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – zakończenie terapii 81
Tabela 190. Poziom motywacji do zmiany– zakończenie terapii 82
Tabela 191. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali motywacji do zmiany – zakończenie terapii 82
Tabela 192. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zakończenie terapii 83
Tabela 193. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (zakończenie terapii) 83
Tabela 194. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (zakończenie terapii)....84
Tabela 195. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (zakończenie terapii) 85
Tabela 196. Rodzaj motywacji do zmiany – zakończenie terapii 85
Tabela 197. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali motywacji do zmiany....86
Tabela 198. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali motywacji do zmiany – placówki stacjonarne....86
Tabela 199. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali motywacji do zmiany – placówki ambulatoryjne....86
Tabela 200. Poziom motywacji do zmiany na początku terapii a jej ukończenie....87
Tabela 201. Rodzaj motywacji do zmiany na początku terapii a jej ukończenie....87
Tabela 202. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – 3. pomiar 87
Tabela 203. Poziom motywacji do zmiany – 3. pomiar 88
Tabela 204. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – 3. pomiar 88
Tabela 205. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (3. pomiar) 89
Tabela 206. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (3. pomiar)....89
Tabela 207. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (3. pomiar) 90
Tabela 208. Rodzaj motywacji do zmiany – 3. pomiar 90
Tabela 209. Wyniki testu Friedmana dla Skali motywacji do zmiany – 3. pomiar 91
Tabela 210. Poziom motywacji do zmiany pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze....91
Tabela 211. Wyniki testu Q-Cochrana dla rodzaju motywacji do zmiany – 3. pomiar 92
Tabela 212. Statystyki opisowe dla Skali motywacji do zmiany – 4. pomiar 92
Tabela 213. Poziom motywacji do zmiany – 4. pomiar 93
Tabela 214. Najistotniejsze motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – 4. pomiar 93
Tabela 215. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – drugi wskazany (4. pomiar) 94
Tabela 216. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – trzeci wskazany (4. pomiar)....94
Tabela 217. Motywy, które skłoniły badanych do podjęcia decyzji o kontrolowaniu lub zaprzestaniu zażywania – zbiorcze zestawienie (4. pomiar) 95
Tabela 218. Rodzaj motywacji do zmiany – 4. pomiar 95
Tabela 219. Wyniki testu Friedmana dla Skali motywacji do zmiany – 4. pomiar 96
Tabela 220. Wyniki testu Q-Cochrana dla rodzaju motywacji do zmiany – 4. pomiar 98
Tabela 221. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – początek terapii....99
Tabela 222. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – początek terapii....99
Tabela 223. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – początek terapii 100
Tabela 224. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – zakończenie terapii 100
Tabela 225. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – zakończenie terapii.... 100
Tabela 226. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – zakończenie terapii 101
Tabela 227. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności 101

Tabela 228. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – placówki stacjonarne ... 101
Tabela 229. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – placówki ambulatoryjne ... 101
Tabela 230. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności na początku terapii a jej ukończenie ... 102
Tabela 231. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 3. pomiar ... 102
Tabela 232. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – 3. pomiar ... 103
Tabela 233. Wyniki testu Friedmana dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 3. pomiar ... 103
Tabela 234. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze ... 104
Tabela 235. Statystyki opisowe dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 4. pomiar ... 104
Tabela 236. Poziom ogólnego poczucia własnej skuteczności – 4. pomiar ... 105
Tabela 237. Wyniki testu Friedmana dla Skali ogólnego poczucia własnej skuteczności – 4. pomiar ... 105
Tabela 238. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – początek terapii ... 107
Tabela 239. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – początek terapii ... 108
Tabela 240. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – początek terapii ... 108
Tabela 241. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – początek terapii ... 108
Tabela 242. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – początek terapii ... 109
Tabela 243. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – początek terapii ... 109
Tabela 244. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali wsparcia społecznego i jej podskal – początek terapii ... 110
Tabela 245. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – zakończenie terapii ... 110
Tabela 246. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – zakończenie terapii ... 111
Tabela 247. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – zakończenie terapii ... 111
Tabela 248. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – zakończenie terapii ... 112
Tabela 249. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – zakończenie terapii ... 112
Tabela 250. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – zakończenie terapii ... 113
Tabela 251. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali wsparcia społecznego i jej podskal – zakończenie terapii ... 113
Tabela 252. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali wsparcia społecznego ... 114
Tabela 253. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali wsparcia społecznego – placówki stacjonarne ... 114
Tabela 254. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Skali wsparcia społecznego – placówki ambulatoryjne ... 114
Tabela 255. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia emocjonalnego ... 115
Tabela 256. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali wsparcia emocjonalnego – placówki stacjonarne ... 115
Tabela 257. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia emocjonalnego – placówki ambulatoryjne ... 115
Tabela 258. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia wartościującego ... 115
Tabela 259. Wyniki testu t dla prób zależnych dla Skali wsparcia wartościującego – placówki stacjonarne ... 115
Tabela 260. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia wartościującego – placówki ambulatoryjne ... 116
Tabela 261. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego ... 116
Tabela 262. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – placówki stacjonarne ... 116
Tabela 263. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – placówki ambulatoryjne ... 116
Tabela 264. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia duchowego ... 117
Tabela 265. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia duchowego – placówki stacjonarne ... 117
Tabela 266. Wyniki testu znaków rangowanych Wilcoxona dla Podskali wsparcia duchowego – placówki ambulatoryjne ... 117
Tabela 267. Poziom otrzymywanego wsparcia społecznego na początku terapii a jej ukończenie ... 118
Tabela 268. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – 3. pomiar ... 118
Tabela 269. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – 3. pomiar ... 119
Tabela 270. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – 3. pomiar ... 119

Tabela 271. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – 3. pomiar 120
Tabela 272. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 3. pomiar 120
Tabela 273. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – 3. pomiar 120
Tabela 274. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia społecznego – 3. pomiar 121
Tabela 275. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia społecznego, 3. pomiar 121
Tabela 276. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia emocjonalnego – 3. pomiar 122
Tabela 277. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia emocjonalnego, 3. pomiar 122
Tabela 278. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia wartościującego – 3. pomiar 122
Tabela 279. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia wartościującego, 3. pomiar 123
Tabela 280. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 3. pomiar 123
Tabela 281. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia informacyjno-instrumentalnego, 3. pomiar 123
Tabela 282. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia duchowego – 3. pomiar 124
Tabela 283. Prawdopodobieństwo testu znaków rangowanych Wilcoxona - porównania parami dla Skali wsparcia duchowego, 3. pomiar 124
Tabela 284. Poziom otrzymywanego wsparcia społecznego pod koniec terapii a udział w 3. pomiarze 125
Tabela 285. Statystyki opisowe dla Skali wsparcia społecznego – 4. pomiar 126
Tabela 286. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego – 4. pomiar 126
Tabela 287. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego – 4. pomiar 126
Tabela 288. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego – 4. pomiar 127
Tabela 289. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 4. pomiar 127
Tabela 290. Poziom zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego – 4. pomiar 128
Tabela 291. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia społecznego – 4. pomiar 128
Tabela 292. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia emocjonalnego – 4. pomiar 129
Tabela 293. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia wartościującego – 4. pomiar 130
Tabela 294. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia informacyjno-instrumentalnego – 4. pomiar 132
Tabela 295. Wyniki testu Friedmana dla Skali wsparcia duchowego – 4. pomiar 133
Tabela 296. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych 137
Tabela 297. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (początek terapii) 138
Tabela 298. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (początek terapii) 138
Tabela 299. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych – początek terapii 138
Tabela 300. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich – początek terapii 139
Tabela 301. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych – początek terapii 139
Tabela 302. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą – początek terapii 140
Tabela 303. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt – początek terapii 140
Tabela 304. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. dni – początek terapii 141
Tabela 305. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków – początek terapii 141
Tabela 306. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu – początek terapii 141
Tabela 307. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych (1 oraz 2 pomiar). 142
Tabela 308. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (2 pomiar) 143
Tabela 309. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (2 pomiar) 143
Tabela 310. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych (2 pomiar) 143
Tabela 311. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich (2 pomiar) 144
Tabela 312. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych (2 pomiar) 144
Tabela 313. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą (2 pomiar) 145
Tabela 314. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt (2 pomiar) 145
Tabela 315. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. Dni (2 pomiar) 145
Tabela 316. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków (2 pomiar) 146
Tabela 317. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu (2 pomiar) 146
Tabela 318. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali relacji społecznych. 146
Tabela 319. Statystyki opisowe dla skali relacji społecznych w 1 i 2 pomiarze z uwzględnieniem typu placówki 148
Tabela 320. Wynik analizy wariancji w modelu wielozmiennowym dla interakcji pomiędzy wynikiem na skali relacji społecznych i typem placówki. 149

Tabela 321. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla podskali relacji rodzinnych oraz podskali relacji towarzyskich. 150
Tabela 322. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych (1, 2 oraz 3 pomiar) 151
Tabela 323. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (3 pomiar) 152
Tabela 324. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (3 pomiar) 152
Tabela 325. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych (3 pomiar) 152
Tabela 326. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich (3 pomiar) 153
Tabela 327. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych (3 pomiar) 153
Tabela 328. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą (3 pomiar) 153
Tabela 329. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt (3 pomiar) 154
Tabela 330. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. Dni (3 pomiar) 154
Tabela 331. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków (3 pomiar) 154
Tabela 332. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu (3 pomiar) 155
Tabela 333. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji rodzinnych 155
Tabela 334. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji towarzyskich 156
Tabela 335. Testy post-hoc dla podskali relacji towarzyskich 156
Tabela 336. Statystyki opisowe dla Skali relacji społecznych (4 pomiar) 157
Tabela 337. Bycie w długotrwałym, poważnym konflikcie z inną osobą (4 pomiar) 157
Tabela 338. Osoby, z którymi badani najczęściej wchodzą w konflikt (4 pomiar) 158
Tabela 339. Liczba poważnych konfliktów w ciągu ostatnich 30. Dni (4 pomiar) 158
Tabela 340. Związek konfliktów z zażywaniem narkotyków (4 pomiar) 158
Tabela 341. Szukanie specjalistycznej pomocy w celu rozwiązania konfliktu (4 pomiar) 158
Tabela 342. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby pracujące (4 pomiar) 159
Tabela 343. Poziom zadowolenia z relacji społecznych – osoby niepracujące (4 pomiar) 159
Tabela 344. Poziom zadowolenia z relacji rodzinnych (4 pomiar) 159
Tabela 345. Poziom zadowolenia z relacji towarzyskich (4 pomiar) 160
Tabela 346. Poziom zadowolenia z relacji zawodowych (4 pomiar) 160
Tabela 347. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji rodzinnych (1, 2 i 4 pomiar) 162
Tabela 348. Testy post-hoc dla podskali relacji rodzinnych (1, 2 i 4 pomiar) 163
Tabela 349. Wynik testu Friedmana dla podskali relacji towarzyskich (1,2 i 4 pomiar) 164
Tabela 350. Testy post-hoc dla podskali relacji towarzyskich (1, 2 i 4 pomiar) 164
Tabela 351. Statystyki opisowe dla Skali zachowań impulsywnych 167
Tabela 352. Nasilenie zachowań impulsywnych – początek terapii 167
Tabela 353. Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1 i 2 pomiarze 168
Tabela 354. Nasilenie zachowań impulsywnych (2 pomiar) 168
Tabela 355. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań impulsywnych 169
Tabela 356. Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1 i 2 pomiarze z uwzględnieniem typu placówki 169
Tabela 357. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań impulsywnych – placówki ambulatoryjne. 170
Tabela 358. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań impulsywnych – placówki stacjonarne. 170
Tabela 359. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla skali zachowań impulsywnych 170
Tabela 360 Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1, 2 i 3 pomiarze. 171
Tabela 361. Nasilenie zachowań impulsywnych (3 pomiar) 172
Tabela 362. Wynik dla testu ANOVA z powtarzanym pomiarem dla zachowań impulsywnych (1, 2 i 3 pomiar). 172
Tabela 363. Testy post-hoc dla skali zachowań impulsywnych 173
Tabela 364 Statystyki opisowe dla skali zachowań impulsywnych w 1, 2, 3 oraz 4 pomiarze. 174
Tabela 365. Nasilenie zachowań impulsywnych (4 pomiar) 175
Tabela 366. Wynik dla testu ANOVA z powtarzanym pomiarem dla zachowań impulsywnych (1, 2 i 4 pomiar). 175
Tabela 367. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych 177
Tabela 368. Nasilenie zachowań agresywnych – początek terapii 177
Tabela 369. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom – początek terapii 178
Tabela 370. Nasilenie zachowań autoagresywnych – początek terapii 178
Tabela 371. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych (1 oraz 2 pomiar). 179

Tabela 372. Nasilenie zachowań agresywnych (2 pomiar) ... 180
Tabela 373. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (2 pomiar) ... 180
Tabela 374. Nasilenie zachowań autoagresywnych (2 pomiar) ... 180
Tabela 375. Wyniki testu istotności różnic dla prób zależnych wśród osób na początku oraz na końcu terapii dla Skali zachowań agresywnych ... 181
Tabela 376. Statystyki opisowe dla skali zachowań agresywnych w 1 i 2 pomiarze z uwzględnieniem typu placówki ... 182
Tabela 377. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Skali zachowań agresywnych – placówki ambulatoryjne ... 183
Tabela 378. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom – placówki ambulatoryjne ... 183
Tabela 379. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali autoagresji – placówki ambulatoryjne ... 183
Tabela 380. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Skali zachowań agresywnych – placówki stacjonarne ... 183
Tabela 381. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom – placówki stacjonarne ... 184
Tabela 382. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Podskali autoagresji – placówki stacjonarne ... 184
Tabela 383. Wyniki testu istotności różnic pomiędzy osobami z różnych typów placówek dla Skali zachowań agresywnych ... 184
Tabela 384. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych (1, 2 oraz 3 pomiar) ... 185
Tabela 385. Nasilenie zachowań agresywnych (3 pomiar) ... 186
Tabela 386. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (3 pomiar) ... 186
Tabela 387. Nasilenie zachowań autoagresywnych (3 pomiar) ... 186
Tabela 388. Wyniki testu Friedmana dla skali zachowań agresywnych (1, 2 i 3 pomiar) ... 187
Tabela 389. Wynik testu Friedmana dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1, 2 i 3 pomiar) ... 187
Tabela 390. Testy post-hoc dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom ... 188
Tabela 391. Wynik testu Friedmana dla podskali autoagresji (1, 2 i 3 pomiar) ... 188
Tabela 392. Statystyki opisowe dla Skali zachowań agresywnych (1, 2, 3 oraz 4 pomiar) ... 189
Tabela 393. Nasilenie zachowań agresywnych (4 pomiar) ... 190
Tabela 394. Nasilenie zachowań agresywnych przeciwko innym ludziom lub rzeczom (4 pomiar) ... 190
Tabela 395. Nasilenie zachowań autoagresywnych (4 pomiar) ... 190
Tabela 396. Wyniki testu znaków rangowych Wilcoxona dla Skali zachowań agresywnych (1 i 4 pomiar) ... 191
Tabela 397. Wynik testu Friedmana dla skali zachowań agresywnych (1, 2 i 4 pomiar) ... 191
Tabela 398. Wynik testu Friedmana dla podskali agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (1, 2 i 4 pomiar) ... 191
Tabela 399. Wynik testu Friedmana dla podskali autoagresji (1, 2 i 4 pomiar) ... 191
Tabela 400. Przypadek 1 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 200
Tabela 401. Przypadek 2 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 207
Tabela 402. Przypadek 3 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 213
Tabela 403. Przypadek 4 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 220
Tabela 404. Przypadek 5 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 228
Tabela 405. Przypadek 6 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 235
Tabela 406. Przypadek 7 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 242
Tabela 407. Przypadek 8 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 249
Tabela 408. Przypadek 9 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 256
Tabela 409. Przypadek 10 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 263
Tabela 410. Przypadek 11 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 269
Tabela 411. Przypadek 12 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 276
Tabela 412. Przypadek 13 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 282
Tabela 413. Przypadek 14 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 287
Tabela 414. Przypadek 15 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 293
Tabela 415. Przypadek 16 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 299
Tabela 416. Przypadek 17 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 306
Tabela 417. Przypadek 18 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 311
Tabela 418. Przypadek 19 – nasilenie wskaźników skuteczności terapii podczas kolejnych pomiarów ... 317

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1 Zmiana nasilenia pragnienia narkotyku od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 76
Wykres 2 Zmiana poziomu motywacji do zmiany od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 97
Wykres 3 Zmiana poziomu ogólnego poczucia własnej skuteczności od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 106
Wykres 4 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 129
Wykres 5 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia emocjonalnego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 130
Wykres 6 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia wartościującego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 131
Wykres 7 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia informacyjno-instrumentalnego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 132
Wykres 8 Zmiana poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia duchowego od rozpoczęcia terapii do okresu powyżej 6. miesięcy po terapii 133
Wykres 9 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji społecznych wśród osób pracujących 161
Wykres 10 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji społecznych wśród osób niepracujących 162
Wykres 11 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji rodzinnych 163
Wykres 12 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji towarzyskich 165
Wykres 13 Zmiana poziomu zadowolenia z relacji zawodowych 166
Wykres 14 Zmiana nasilenia zachowań impulsywnych w okresie od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 173
Wykres 15 Zmiana nasilenia zachowań impulsywnych 176
Wykres 16 Zmiana nasilenia agresji 192
Wykres 17 Zmiana nasilenia agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom 193
Wykres 18 Zmiana nasilenia autoagresji 193
Wykres 19. Przypadek 1 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 201
Wykres 20. Przypadek 2 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 208
Wykres 21. Przypadek 3 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 214
Wykres 22. Przypadek 4 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 221
Wykres 23. Przypadek 5 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 229
Wykres 24. Przypadek 6 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 236
Wykres 25. Przypadek 7 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 243
Wykres 26. Przypadek 8 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 250
Wykres 27. Przypadek 9 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 257
Wykres 28. Przypadek 10 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 264
Wykres 29. Przypadek 11 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 270
Wykres 30. Przypadek 12 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 276
Wykres 31. Przypadek 13 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 282

Wykres 32. Przypadek 14 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 288
Wykres 33. Przypadek 15 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 294
Wykres 34. Przypadek 16 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 300
Wykres 35. Przypadek 17 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 307
Wykres 36. Przypadek 18 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 312
Wykres 37. Przypadek 19 – zmiana poziomua wskaźników skuteczności terapii od rozpoczęcia terapii do 6. miesięcy po terapii 318

BIBLIOGRAFIA

Akhter A., Fiedorowicz J.G., Zhang T., Potash J.B., Cavanaugh J., Solomon D.A., Coryell W.H. (2014). Seasonal variation of manic and depressive symptoms in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 15*(4), 377–384.

Brzeziński J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Chodkiewicz J. (2014). Głód alkoholu – konceptualizacja, wybrane modele i metody pomiaru. *Alkoholizm i Narkomania, 27*, 265-272.

Chodkiewicz J., Ziółkowski M., Czarnecki D., Gąsior K., Juczyński A., Biedrzycka A., Nowakowska-Domagała K. (2018). Walidacja polskiej wersji Skali Głodu Alkoholu Penn (Penn Alcohol Craving Scale – PACS). *Psychiatria Polska, 52*(2), 399-410.

Cypryańska M., Bedyńska S. (2013). Testy *t*-Studenta i ich nieparametryczne odpowiedniki. W: Bedyńska S., Cypryańska M. (red.) *Statystyczny drogowskaz 1. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*. Wydawnictwo Akademickie Sedno. Warszawa.

Eastwood M.R., Peacocke J. (1976). Seasonal patterns of suicide, depression and electroconvulsive therapy. *The British Journal of Psychiatry, 129*, 472-475.

Ferguson G.A., Takane Y. (1999). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.

Hornowska E. (2005). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe „Scholar". Warszawa.

Kaczmarczyk K. (2016). *Bierność i bezrobocie młodzieży w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Toruń.

Kożuch A., Marzec I. (2014). Studium przypadku jako strategia badawcza w naukach społecznych. *Zeszyty Naukowe WSOWL, 2*(172), 32-44.

Marlatt G.A., Bowen S.W., Witkiewitz K. (2009). Zapobieganie nawrotom picia: dane empiryczne i kierunki rozwoju W: Miller P.M. (red.) *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa.

Miller W., Rollnick S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

Morrison J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

Sęk H., Cieślak R. (2005). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* PWN. Warszawa.

Wojnar M., Ślufarska A., Jakubczyk A. (2006). Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Cześć 1: Definicje i modele. *Alkoholizm i Narkomania, 4*, 379-394.

INSTYTUT PEDAGOGIKI
UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

ZAŁĄCZNIK 4

OCENA WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNYCH KWESTIONARIUSZA POMIARU SKUTECZNOŚCI TERAPII (KPST-N)

KINGA KARTECZKA-ŚWIĘTEK, SYLWIA OPOZDA-SUDER, ŁUKASZ SZWEJKA

KRAKÓW 2018

SPIS TREŚCI

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE KPST-N 2
1. TRAFNOŚĆ TREŚCIOWA 2
2. STATYSTYKI OPISOWE DLA POZYCJI TESTOWYCH 4
2.1. SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ 5
2.2. SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU 5
2.3. SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY 6
2.4. SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI 7
2.5. SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH 8
2.6. SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH 9
2.7. SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH 10
2.8. SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO 11
3. RZETELNOŚĆ SKALI 14
3.1. WSPÓŁCZYNNIK ZGODNOŚCI WEWNĘTRZNEJ - ALFA CRONBACHA 14
3.2. MOC DYSKRYMINACYJNA POZYCJI 15
3.2.1. SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ 16
3.2.2. SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU 16
3.2.3. SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY 17
3.2.4. SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI 18
3.2.5. SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH 19
3.2.6. SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH 20
3.2.7. SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH 21
3.2.8. SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO 22
4. ANALIZA STRUKTRY WEWNĘTRZNEJ NARZĘDZIA – INTERKORELACJE 23
5. TRAFNOŚĆ KRYTERIALNA 28

BIBLIOGRAFIA 31

ANEKS 32
ZAŁĄCZNIK NR 1 – ARKUSZY PSYCHOMETRYCZNEJ OCENY 33
ZAŁĄCZNIK NR 2 – WSPÓŁCZYNNIK W-KENDALLA 51
ZAŁĄCZNIK NR 3 – ŚREDNIA OCEN SĘDZIÓW KOMPETETNYCH DLA POZYCJI 52
ZAŁĄCZNIK NR 4 – STATYSTYKI OPISOWE DLA SKAL I PODSKAL 62
ZAŁĄCZNIK NR 5 – MACIERZE KORELACJI PYTAŃ PODOBNYCH 63

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE KPST-N

1. TRAFNOŚĆ TREŚCIOWA

Pierwszym etapem oceny własności psychometrycznych KPST-N było określenie trafności treściowej, czyli zakresu, w jakim poszczególne pytania właściwie reprezentują uniwersum przekonań, myśli i zachowań, które są traktowane jako wskaźniki interesującej nas cechy (Hornowska 2005, s. 83).

Dla określenia trafności treściowej KPST-N przygotowane na wcześniejszym etapie realizacji projektu pozycje testowe zostały poddane ocenie przez 8. sędziów kompetentnych.

Powstały zespół składał się z czterech przedstawicieli środowiska naukowego oraz czterech praktyków – psychologów i terapeutów uzależnień. Celem takiego rodzaju doboru sędziów kompetentnych było zapewnienie rzetelnej oceny i weryfikacji opracowanych pozycji testowych w następujących wymiarach: [1] dostosowania treści poszczególnych pozycji do przyjętych definicji operacyjnych, [2] poprawności metodologicznej i merytorycznej oraz [3] stopnia ich dopasowania do możliwości poznawczych badanych.

Każdy sędzia kompetentny otrzymał zestaw 8. arkuszy psychometrycznej oceny poszczególnych skal opracowanego narzędzia badawczego (aneks, załącznik nr 1). Sędziowie oceniając poszczególne pozycje testowe posługiwali się skalą rangową od 1 do 5, gdzie pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymywały rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Dodatkowo poproszono sędziów o wpisanie swoich uwag odnoszących się do ocenianych skal pomiarowych.

Na podstawie przeprowadzonej przez sędziów oceny trafności treściowej opracowanych pozycji testowych oddzielnie dla każdej ze skal dokonano oszacowania poziomu zbieżności tych ocen z zastosowaniem współczynnika zgodności W-Kendalla.

Analizując otrzymane wartości współczynnika W-Kendalla dla każdej skali należy stwierdzić, że sześć skal: pragnienia narkotyku, motywacji do zmiany, zachowań impulsywnych, zachowań agresywnych, relacji społecznych, wsparcia społecznego uzyskały zadowalający stopień zgodności sędziów, w przedziale od 0,19 do 0,35; przy $p < 0,05$ (aneks, załącznik nr 2).

Dla pozostałych dwóch skal: symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej, ogólnego poczucia własnej skuteczności wartość współczynnika W-Kendalla była nieistotna statystycznie ($p > 0,05$).

Dokonując ostatecznej redukcji pytań, w każdej ze skal wzięto pod uwagę wartość średniej arytmetycznej z ocen sędziów dla danej pozycji testowej (aneks, załącznik nr 3). Pozycje ze średnią $M \geq 2,0$ zostały usunięte z puli sformułowań wykorzystanych do utworzenia pilotażowej wersji narzędzia. Dodatkowo kilka pytań zakwalifikowanych do ostatecznego wykorzystania zostało poddanych korekcie językowej ze względu na przekazane przez sędziów konkretne uwagi do ich treści. Dla skali pragnienia narkotyku – zgodnie z uwagami sędziów praktyków – zmieniono skalę odpowiedzi na taką, by na podstawie zebranych danych można było uchwycić częstotliwość występowania określonych myśli lub zachowań.

2. STATYSTYKI OPISOWE DLA POZYCJI TESTOWYCH

Poniżej zaprezentowano zestawienia tabelaryczne ze statystykami opisowymi dla wszystkich pozycji wchodzących w skład poszczególnych skal KPST-N.

Statystyki opisowe dla wyniku ogólnego skal i podskal KPST-N umieszczono w aneksie (załącznik nr 4).

Podjęta analiza wstępna zgromadzonych danych, w ramach poszczególnych skal lub podskal, pozwoliła stwierdzić bardzo silne korelacje pytań między sobą. Fakt ten przyczynił się do podjęcia działań zmierzających do eliminacji pytań o bardzo podobnym brzmieniu lub znaczeniu, których pozostawienia mogłoby skutkować zawyżonym oszacowaniem mocy dyskryminacyjnej poszczególnych pozycji i współczynnika α-Cronbacha.

W pierwszej kolejności, na podstawie macierzy korelacji oraz analizy treści pytań poszczególnych skal, wyłoniono grupy pytań podobnych. Zestawienie tych danych znajduje się w aneksie (załącznik nr 5). Następnie podjęto pracę zespołową, w celu dokonania wyboru tych pytań, które w ramach wyznaczonych grup najsłabiej odpowiadają mierzonemu konstruktowi.

W zaprezentowanych zestawieniach tabelarycznych ze statystykami opisowymi (tabele 1-14) pytania usunięte w ramach opisanej powyżej procedury oznaczone zostały kolorem czerwonym.

2.1. Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej

Tabela 1.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
1. Czy zażywając narkotyki zwiększasz zaplanowaną pierwotnie dawkę?	0	1	1	-	0,81	-
2. Czy zażywając narkotyki robisz to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?	0	1	1	-	0,85	-
3. Czy chcesz zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków	0	1	1	-	0,97	-
4. Czy podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?	0	1	1	-	0,89	-
5. Czy poświęcasz dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?	0	1	1	-	0,60	-
6. Czy poświęcasz dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?	0	1	1	-	0,53	-
7. Czy odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?	0	1	1	-	0,81	-
8. Czy ze względu na używanie narkotyków nie realizujesz swoich obowiązków rodzinnych/domowych?	0	1	1	-	0,72	-
9. Czy ze względu na używanie narkotyków nie realizujesz swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?	0	1	1	-	0,74	-
10a. Czy z powodu zażywania narkotyków: ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?	0	1	1	-	0,92	-
10b. Czy z powodu zażywania narkotyków: zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?	0	1	1	-	0,76	-
10c. Czy z powodu zażywania narkotyków: zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?	0	1	1	-	0,80	-
10d. Czy z powodu zażywania narkotyków: zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?	0	1	1	-	0,87	-
10e. Czy z powodu zażywania narkotyków: porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?	0	1	1	-	0,83	-
11. Czy zażywasz narkotyki mimo tego, że stwarza to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?	0	1	1	-	0,66	-
12. Czy pomimo tego, że przez narkotyki masz problemy zdrowotne lub psychiczne, nadal je zażywasz?	0	1	0	-	0,44	-
13. Czy zażywasz coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?	0	1	1	-	0,54	-
14. Czy odczuwasz zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?	0	1	1	-	0,56	-
15. Czy po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwasz nieprzyjemne objawy?	0	1	1	-	0,67	-

2.2. Skala pragnienia narkotyku

Tabela 2.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków	1	5	3	3	2,95	1,25
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach	1	5	1	2	2,27	1,44
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków	1	5	1	2	2,41	1,35
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków	1	5	1[a]	3	2,74	1,33
5. Odczuwam silną chęć zażycia narkotyków	1	5	1	3	2,59	1,35
6. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć	1	5	1	2	2,35	1,31

a. Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

2.3. Skala motywacji do zmiany

Tabela 3.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
7. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków	1	5	5	5	4,39	0,87
10. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania wynikające z zażywania narkotyków	1	5	5	4	4,32	0,79
11. Jestem zdolny (-a) do tego, aby zachować abstynencję od narkotyków	2	5	5	5	4,34	0,79
12. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	1	5	5	5	4,47	0,74
13. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków	2	5	5	5	4,55	,66
15. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda (R)	1	5	5	4	3,88	1,15
16. Zachowanie abstynencji od narkotyków leży poza zasięgiem moich możliwości (R)	1	5	5	5	4,15	1,22
17. Mam dokładny plan tego, jak poradzić sobie z zażywaniem narkotyków lub zachować abstynencję	1	5	4	4	3,73	1,08
18. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji	1	5	5	5	4,44	0,82
19. Teraz mam na głowie ważniejsze rzeczy niż rozwiązywanie moich problemów związanych z zażywaniem narkotyków (R)	1	5	5	4	3,98	1,24
23. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków	2	5	5	5	4,44	0,76
25. Wśród spraw, które muszę w swoim życiu uporządkować, problemy związane z zażywaniem narkotyków są najważniejsze	1	5	5	5	4,28	0,99
32. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest najważniejszą jaką podjąłem (-ęłam)	2	5	5	5	4,55	0,77
33. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	2	5	5	4	4,21	0,84
36. Moim priorytetem jest zachowanie abstynencji od narkotyków	2	5	5	5	4,52	0,79
38. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest najważniejsze w moim życiu	1	5	5	5	4,45	0,81
40. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków (R)	1	5	5	4	3,83	1,20
41. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne	1	5	5	5	4,50	0,82

2.4. Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności

Tabela 4.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu	1	5	4	4	3,96	0,90
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić	1	5	4	4	3,52	1,08
3. Wiem, jak zrealizować cel, do którego dążę	1	5	4	4	3,71	0,93
4. Potrafię zaplanować drogę do celu, jaki sobie postawiłem (-am)	1	5	4	4	3,63	1,01
5. W razie wystąpienia przeciwności losu, potrafię sobie z nimi poradzić	1	5	4	4	3,49	0,93
6. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić	2	5	4	4	3,61	0,83
8. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)	2	5	4	4	3,75	0,83
9. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć	1	5	4	4	3,94	0,83
14. Potrafię dobrze planować swoje działania	1	5	4	4	3,67	0,94
20. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)	1	5	4	4	3,90	0,86
21. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające	1	5	4	4	3,71	0,88
22. Potrafię przewidzieć zyski i straty na drodze do określonego celu	1	5	4	4	3,71	0,91
24. Umiem zaplanować zadania, które muszę wykonać, by osiągnąć zamierzony cel	1	5	4	4	3,87	0,85
26. Mam trudności z przewidywaniem przeszkód na drodze do osiągnięcia zamierzonego celu (R)	1	5	3	3	3,05	1,03
27. Wiem, jak radzić sobie z przeszkodami, które mogę napotkać dążąc do celu	1	5	4	4	3,52	0,88
28. Nie mam trudności z realizacją tego, co sobie założyłem (-am)	1	5	3	3	3,38	0,96
29. Niepowodzenia podczas realizacji podejmowanych zadań powodują, że tracę wiarę we własne możliwości (R)	1	5	2	2	2,60	1,07
30. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu	2	5	4	4	3,79	0,81
31. Potrafię określić kroki, które przybliżą mnie do osiągnięcia celu	2	5	4	4	3,84	0,68
34. Potrafię sprecyzować, czego dokładnie chcę	1	5	4	4	3,79	0,92
35. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć	1	5	4	4	3,86	0,79
37. Potrafię po kolei przeprowadzić działania ku realizacji zamierzonego celu	1	5	4	4	3,78	0,82
39. Gdy chcę osiągnąć zamierzony cel, każdy krok mam dokładnie zaplanowany	1	5	4	4	3,40	1,03
42. Potrafię zrealizować działania, które zaplanowałem (-am)	1	5	4	4	3,73	0,82
43. Posiadam umiejętności, które pozwalają mi realizować moje plany	2	5	4	4	3,94	0,76
44. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę	2	5	4	4	3,97	0,84
45. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele	2	5	4	4	3,98	0,75
46. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel	2	5	3	3,5	3,58	0,91
47. Wiem, co po kolei muszę zrobić, żeby osiągnąć określony cel	1	5	4	4	3,79	0,80
48. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu	1	5	4	4	3,61	0,86
49. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze	1	5	4	4	3,82	0,89
50. Potrafię jasno określić cel swoich działań	2	5	4	4	3,84	0,86
51. Przewiduję sytuacje, które mogą utrudnić mi realizację celu	1	5	4	4	3,62	0,85

2.5. Skala zachowań impulsywnych

Tabela 5.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania	1	5	4	4	3,50	1,04
2. Działam pod wpływem negatywnych emocji	1	5	3	3	3,30	1,13
3. W negatywnych emocjach działam pochopnie	1	5	4	4	3,52	1,11
6. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji	1	5	3	3	2,79	1,06
7. Działam pochopnie w sytuacjach, w których czuję pozytywne emocje	1	5	4	3	2,95	1,17
8. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji	1	5	3	3	3,20	1,12
9. Pod wpływem emocji podejmuję decyzje bez zastanowienia	1	5	3	3	3,21	1,08
10. Działam pod wpływem impulsu	1	5	3	3	3,20	1,12
11. Gdy odczuwam euforię, podejmuję pochopne decyzje	1	5	3	3	3,05	1,10
12. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie	1	5	3	3	2,87	1,15
13. Kiedy jestem zdenerwowany (-a), działam bez namysłu	1	5	3	3	2,86	1,09
14. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę	1	5	3	3	3,02	1,14
15. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania	1	5	3	3	2,78	1,08
16. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia	1	5	3	3	2,76	1,12
17. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje	1	5	3	3	2,90	1,10
19. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem	1	5	3	3	2,87	1,11
20. Jestem w stanie skoncentrować się na wykonywanych czynnościach niezależnie od odczuwanych emocji (R)	1	5	2[a]	3	2,90	1,14
27. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje	1	5	3	3	2,85	1,13
34. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę	1	5	3	3	2,63	1,20
35. Pod wpływem emocji działam pochopnie	1	5	3	3	2,91	1,12
54. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy	1	5	3	3	2,59	1,24
58. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania	1	5	3	3	2,82	1,14

a. Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

2.6. Skala zachowań agresywnych

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom

Tabela 6.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
4. Używam wulgaryzmów wobec drugiej osoby	1	5	3	3	3,15	1,28
5. Używam siły przeciwko innym	1	5	1	2	1,88	1,08
18. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych	1	5	1	2	2,49	1,30
22. W złości niszczę swoje rzeczy	1	5	1	2	2,22	1,40
23. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną	1	5	1	1	1,84	1,20
24. Gdy mnie ktoś zdenerwuje to sprawiam mu ból fizyczny	1	5	1	1	1,69	1,08
25. Negatywne uczucia wobec innych wyładowuję niszcząc ich własność	1	5	1	1	1,48	0,91
26. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność	1	5	1	1	1,42	0,85
28. Ludzie, których nie darzę sympatią, nie otrzymają ode mnie pomocy	1	5	2	3	2,79	1,20
29. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę rzeczy należące do innych ludzi	1	5	1	1	1,53	0,90
30. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię	1	5	1	2	2,39	1,28
31. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali	1	5	1	2	2,30	1,18
32. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy	1	5	3	2	2,67	1,29
33. Zdarza mi się kogoś pobić	1	5	1	1	1,82	1,18
36. Gdy chcę odreagować nieprzyjemne uczucia, niszczę przedmioty	1	5	1	1	1,72	1,12
37. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy	1	4	1	1	1,38	0,73
38. Bywa, że mówię coś tylko po to, by kogoś zranić	1	5	1	2	2,34	1,24
39. Używam gestów by kogoś obrazić	1	5	1	2	2,11	1,15
40. Złośliwie nie pomagam innym	1	5	1	2	2,03	1,13
41. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi	1	5	1	1	1,56	1,00
42. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści	1	5	1	2	1,94	1,13
43. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa	1	5	1	2	2,09	1,15
44. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie	1	5	1	2	2,21	1,23
45. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę cudzą własność	1	5	1	1	1,48	0,88
46. Stosuję groźby, aby osiągnąć zamierzony cel	1	5	1	1	1,92	1,18
47. Używam obraźliwych gestów wobec innych	1	5	1	2	2,02	1,08
48. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty	1	5	1	1	1,66	0,98
51. Niszczę swoje rzeczy, gdy coś mi nie wychodzi	1	5	1	1	1,68	0,87
55. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa	1	5	1	2	2,42	1,24

Podskala autoagresji

Tabela 7.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
21. Celowo nie szukam dla siebie pomocy, gdyż chcę cierpieć	1	5	1	2	2,19	1,16
49. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami	1	5	1	2	2,15	1,22
50. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny	1	5	1	1	1,61	1,06
52. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)	1	5	1	2	2,47	1,31
53. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból	1	5	1	1	1,53	1,06
56. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię	1	5	1	2	2,43	1,29
57. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów	1	5	1	2	2,21	1,25

2.7. Skala relacji społecznych

Podskala relacji rodzinnych

Tabela 8.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną	1	5	4	4	3,56	1,09
3. Nie interesuje mnie, co dzieje się u członków mojej rodziny (R)	1	5	5	4	3,97	1,16
5. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną	1	5	5	3	3,17	1,45
8. Czuję się komfortowo w gronie rodziny	1	5	4	4	3,41	1,25
9. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny	1	5	4	4	3,67	1,12
13. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci	1	5	3	3	3,40	1,26
15. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre	1	5	4[a]	3	3,16	1,37
17. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny	1	5	4[a]	3	3,35	1,31
19. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy	1	5	4	3	3,29	1,25
22. Mam satysfakcjonujące relacje z członkami mojej rodziny	1	5	2	3	3,16	1,26

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Podskala relacji zawodowych

Tabela 9.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
2. W mojej pracy jestem anonimowy (-a) (R)	1	5	4	4	3,50	1,21
7. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy	1	5	4	3	2,91	1,36
10. Lubię ludzi z mojej pracy	1	5	4	3	3,32	1,09
11. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy	1	5	4	4	3,61	0,97
14. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję	1	5	3	3	3,12	1,10
26. W mojej pracy panuje dobra atmosfera	1	5	4	3	3,26	1,09

Podskala relacji towarzyskich

Tabela 10.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
4. Utrzymuję bliskie kontakty towarzyskie	1	5	3	3	3,03	1,21
6. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi	1	5	4	3	2,88	1,32
12. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność	1	5	4	4	3,73	1,01
16. Łączy mnie dobra więź z moimi znajomymi	1	5	4	3	3,07	1,21
18. Moje życie towarzyskie to dla mnie źródło zadowolenia	1	5	3	3	2,86	1,21
20. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich	1	5	4	3	3,01	1,20
21. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe	1	5	3	3	2,79	1,15
23. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy	1	5	4	3	3,04	1,39
24. Posiadam satysfakcjonujące relacje towarzyskie	1	5	3	3	2,90	1,19
25. Chętnie spotykam się ze znajomymi	1	5	4	4	3,30	1,18
27. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie	1	5	4	3	3,16	1,18

2.8. Skala wsparcia społecznego

Podskala wsparcia emocjonalnego

Tabela 11.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?	1	5	5	4	4,08	1,06
2. Kto daje Ci otuchę i oparcie, gdy czujesz, że tracisz grunt pod nogami?	1	5	5	4	3,91	1,12
3. Kto w sytuacjach dla Ciebie beznadziejnych przywraca Ci nadzieję?	1	5	4	4	3,74	1,13
4. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?	1	5	4	4	3,54	1,33
6. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	1	5	5	4	3,83	1,13
7. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?	1	5	5	4	3,79	1,24
11. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach, w których czujesz się zagrożony (-a)?	1	5	5	4	3,48	1,34

Podskala wsparcia wartościującego

Tabela 12.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
5. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?	1	5	4	4	3,68	1,19
8. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?	1	5	4[a]	4	3,69	1,21
9. Kto wskazuje Ci Twoje pozytywne umiejętności, w sytuacjach, w których sam (-a) ich nie zauważasz?	1	5	4	4	3,64	1,21
10. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?	1	5	5	4	3,92	1,08
12. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?	1	5	4	4	3,73	1,19
13. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?	1	5	4	4	3,47	1,26
14. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?	1	5	4	4	3,49	1,25
15. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?	1	5	4	4	3,65	1,31

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego

Tabela 13.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
17. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?	1	5	4	4	3,65	1,15
20. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?	1	5	4	4	3,76	1,17
22. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?	1	5	4	4	3,48	1,18
23. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?	1	5	5	4	3,53	1,32
25. Kto udziela Ci rad w sprawach dla Ciebie ważnych, gdy masz wątpliwości?	1	5	4	4	3,74	1,12
26. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?	1	5	3[a]	4	3,53	1,30
28. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?	1	5	4	4	3,54	1,29
31. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?	1	5	4	4	3,50	1,26
32. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?	1	5	5	4	3,49	1,39
33. Kto doradza Ci w jaki sposób postąpić, gdy znajdziesz się w sytuacji dla Ciebie bez wyjścia?	1	5	4	4	3,65	1,21

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

Podskala wsparcia duchowego

Tabela 14.

TWIERDZENIE	Min	Max	Mo	Me	M	SD
16. Kto wspiera Cię w poszukiwaniu sensu różnych sytuacji, gdy go nie widzisz?	1	5	4	4	3,65	1,21
18. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?	1	5	5	4	3,76	1,26
19. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?	1	5	4	4	3,61	1,26
21. Kto w chwilach zwątpienia daje Ci wsparcie w wierze?	1	5	5	4	3,85	1,17
24. Kto w sytuacji utraty wiary pomaga Ci szukać oparcia w Bogu/Sile Wyższej?	1	5	5	4	3,35	1,44
27. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?	1	5	5	4	3,40	1,48
29. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	1	5	4	4	3,48	1,19
30. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?	1	5	4	4	3,56	1,30

3. RZETELNOŚĆ SKALI

3.1. WSPÓŁCZYNNIK ZGODNOŚCI WEWNĘTRZNEJ – ALFA CRONBACHA

Rzetelność poszczególnych skal wchodzących w skład KPST-N została określona przy użyciu współczynnika zgodności wewnętrznej α-Cronbacha. Na podstawie tego współczynnika oszacowano, w jakim stopniu poszczególne skale opracowanego narzędzia są miarą mierzonej cechy i odpowiedzi na poszczególne pytania mierzą to samo, co wynik w całej skali (Brzeziński 1999, s. 473).

Z danych zmieszczonych w tabeli 15 wynika, że w przypadku wszystkich skal i podskal współczynnik α-Cronbacha przyjął bardzo wysokie wartości w przedziale między 0,84 a 0,98.

Tabela 15.

Skale	Alfa Cronbacha	Liczba pozycji
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	0,88	19
Skala pragnienia narkotyku	0,94	5
Skala motywacji do zmiany	0,85	16
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	0,91	18
Skala zachowań impulsywnych	0,93	16
Skala zachowań agresywnych	0,94	26
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	0,95	19
Podskala autoagresji	0,85	7
Skala relacji społecznych	0,94	21
Podskala relacji rodzinnych	0,94	9
Podskala relacji towarzyskich	0,91	7
Podskala relacji zawodowych	0,87	5
Skala wsparcia społecznego	0,98	24
Podskala wsparcia emocjonalnego	0,84	4
Podskala wsparcia wartościującego	0,93	7
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	0,97	8
Podskala wsparcia duchowego	0,90	5

3.2. MOC DYSKRYMINACYJNA POZYCJI

Istotnym uzupełnieniem współczynnika zgodności wewnętrznej jest analiza mocy dyskryminacyjnej. Jest to jest współczynnik korelacji pozycji testowej z sumarycznym wynikiem dla danej skali, który informuje o stopniu, w jakim dane pytanie różnicuje badaną populację w zakresie cechy, którą dany test mierzy (Hornowska 2005, s. 175-176).

Przyjęto założenie, że aby uznać dane pytanie za diagnostyczne i włączyć je do ostatecznej wersji narzędzia, wartość współczynnika korelacja pozycji z sumarycznym wynikiem dla skali musi być ≥ 0,4. Wyjątek od przyjętych założeń stanowi *Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej*, w której – mimo otrzymania w przypadku 4. pytań niższej niż założono wartości współczynnika korelacji – nie wyeliminowano żadnego pytania.

Uzasadnieniem dla tego działania jest fakt, że pozycje testowe tej skali odpowiadały konkretnym wskaźnikom diagnostycznym zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej według DSM-5. Wskaźniki te odnosiły się do zróżnicowanych symptomów o niejednorodnym charakterze, co miało wpływ na niską wartość współczynnika korelacji pomiędzy pozycją a skalą.

Poniżej zamieszczono szczegółowe zestawienia tabelaryczne (tabele 16-29), w których zaprezentowano otrzymane dane dotyczące wskaźnika korelacji pozycji z wynikiem ogólnym skali oraz wartość α-Cronbacha po usunięciu danej pozycji. Kierując się przyjętymi złożeniami w tabelach zaznaczono czerwonym kolorem te pytania, które najsłabiej korelowały z wynikiem ogólnym skali i/lub których usunięcie spowodowało wzrost wartości współczynnika zgodności wewnętrznej. Pytania te zostały wyeliminowane ze skali. Przy czym warto zwrócić uwagę, że w większość usuniętych pytań to pytania odwrotnie diagnostyczne.

3.2.1. SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ

Tabela 16.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
1. Czy zażywając narkotyki zwiększasz zaplanowaną pierwotnie dawkę?	0,428	0,879
2. Czy zażywając narkotyki robisz to przez dłuższy okres czasu niż pierwotnie zamierzyłeś (-aś)?	0,448	0,879
3. Czy chcesz zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?	0,297	0,883
4. Czy podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?	0,104	0,887
5. Czy poświęcasz dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?	0,497	0,877
6. Czy poświęcasz dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?	0,448	0,879
7. Czy odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś (-aś) myśleć o niczym innym?	0,411	0,880
8. Czy ze względu na używanie narkotyków nie realizujesz swoich obowiązków rodzinnych/domowych?	0,708	0,869
9. Czy ze względu na używanie narkotyków nie realizujesz swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych?	0,740	0,868
10a. Czy z powodu zażywania narkotyków: a) ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?	0,476	0,879
10b. Czy z powodu zażywania narkotyków: b) zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?	0,269	0,885
10c. Czy z powodu zażywania narkotyków: c) zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?	0,367	0,881
10d. Czy z powodu zażywania narkotyków: d) zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?	0,418	0,880
10e. Czy z powodu zażywania narkotyków: e) porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś (-aś) swoje zainteresowania (hobby)?	0,429	0,879
11. Czy zażywasz narkotyki mimo tego, że stwarza to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?	0,700	0,869
12. Czy pomimo tego, że przez narkotyki masz problemy zdrowotne lub psychiczne, nadal je zażywasz?	0,585	0,874
13. Czy zażywasz coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?	0,733	0,868
14. Czy odczuwasz zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?	0,654	0,871
15. Czy po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwasz nieprzyjemne objawy?	0,658	0,871

3.2.2. SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

Tabela 17.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
1. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków	0,798	0,930
2. Pierwszą moją myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach	0,836	0,924
3. Większość moich myśli dotyczy narkotyków	0,850	0,921
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków	0,831	0,924
6. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć	0,857	0,920

3.2.3. SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY

Tabela 18.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
7. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków	0,464	0,841
23. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków	0,516	0,840
25. Wśród spraw, które muszę w swoim życiu uporządkować, problemy związane z zażywaniem narkotyków są najważniejsze Uporządkowanie problemów związanych z zażywaniem narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu	0,471	0,841
32. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest najważniejszą jaką podjąłem (-ęłam) Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest jedną z najważniejszych jaką podjąłem / podjęłam	0,667	0,834
38. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest najważniejsze w moim życiu Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest jednym z najważniejszych celów w moim życiu	0,547	0,838
41. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne	0,598	0,835
10. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania wynikające z zażywania narkotyków Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania związane z zażywaniem narkotyków i nie powrócić do nich	0,602	0,835
12. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	0,629	0,835
13. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków	0,525	0,840
15. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda (R)	0,396	0,846
16. Zachowanie abstynencji od narkotyków leży poza zasięgiem moich możliwości (R)	0,315	0,853
33. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	0,611	0,834
40. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków (R)	0,437	0,845
17. Mam dokładny plan tego, jak poradzić sobie z zażywaniem narkotyków lub zachować abstynencję	0,317	0,851
18. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji	0,584	0,836
19. Teraz mam na głowie ważniejsze rzeczy niż rozwiązywanie moich problemów związanych z zażywaniem narkotyków (R)	0,338	0,851

3.2.4. SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

Tabela 19.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu	0,585	0,899
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić	0,608	0,899
6. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić	0,557	0,900
8. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)	0,710	0,896
9. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć	0,522	0,901
14. Potrafię dobrze planować swoje działania	0,732	0,895
20. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)	0,594	0,899
21. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające	0,554	0,900
26. Mam trudności z przewidywaniem przeszkód na drodze do osiągnięcia zamierzonego celu (R)	0,275	0,910
28. Nie mam trudności z realizacją tego, co sobie założyłem (-am) Bez trudności realizuję to, co sobie założyłem (-am)	0,420	0,905
29. Niepowodzenia podczas realizacji podejmowanych zadań powodują, że tracę wiarę we własne możliwości (R)	0,225	0,912
30. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu	0,678	0,897
35. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć	0,645	0,898
44. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę	0,614	0,899
45. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele	0,668	0,898
46. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel	0,684	0,897
48. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu	0,616	0,899
49. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze	0,612	0,899

3.2.5. SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH

Tabela 20.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania	0,642	0,925
3. W negatywnych emocjach działam pochopnie	0,635	0,925
6. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji	0,712	0,923
8. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji	0,762	0,921
10. Działam pod wpływem impulsu	0,689	0,923
12. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie	0,619	0,925
14. Najpierw coś robię, a dopiero potem myślę	0,663	0,924
15. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania	0,761	0,921
16. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia	0,757	0,921
17. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje	0,645	0,924
19. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem	0,695	0,923
20. Jestem w stanie skoncentrować się na wykonywanych czynnościach niezależnie od odczuwanych emocji (R)	0,268	0,934
27. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje	0,737	0,922
34. W sytuacjach zadaniowych emocje biorą nade mną górę	0,615	0,925
54. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy	0,565	0,927
58. Pod wpływem emocji łatwo rozpraszam się w trakcie działania	0,602	0,926

3.2.6. SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom

Tabela 21.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
5. Używam siły przeciwko innym	0,670	0,946
18. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych	0,684	0,946
23. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną	0,639	0,947
26. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność	0,663	0,947
29. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę rzeczy należące do innych ludzi Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę różne przedmioty	0,602	0,947
30. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię	0,711	0,946
31. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali	0,714	0,946
32. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy	0,585	0,948
33. Zdarza mi się kogoś pobić	0,666	0,946
37. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy	0,645	0,947
40. Złośliwie nie pomagam innym	0,718	0,945
41. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi	0,710	0,946
42. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści	0,757	0,945
43. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa	0,768	0,945
44. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie	0,737	0,945
45. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę cudzą własność Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty	0,659	0,947
47. Używam obraźliwych gestów wobec innych	0,774	0,945
48. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty	0,671	0,946
55. Gdy jestem zdenerwowany (-a) wypowiadam wobec innych obraźliwe słowa	0,733	0,945

Podskala autoagresji

Tabela 22.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
21. Celowo nie szukam dla siebie pomocy, gdyż chcę cierpieć	0,345	0,865
49. Rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami	0,642	0,823
50. W różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny	0,568	0,834
52. W myślach wyzywam siebie samego (-ą)	0,714	0,811
53. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból	0,547	0,837
56. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię	0,698	0,814
57. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów	0,758	0,805

3.2.7. SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

Podskala relacji rodzinnych

Tabela 23.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
1. Podtrzymuję bardzo dobry kontakt z moją rodziną	0,736	0,938
5. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną	0,816	0,933
8. Czuję się komfortowo w gronie rodziny	0,843	0,931
9. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny	0,731	0,938
13. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci	0,805	0,934
15. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre	0,898	0,928
17. Mam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny	0,882	0,929
19. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy	0,842	0,931
3. Nie interesuje mnie, co dzieje się u członków mojej rodziny (R)	0,432	0,952

Podskala relacji towarzyskich

Tabela 24.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
6. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi	0,714	0,892
12. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność	0,663	0,898
20. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich	0,688	0,895
21. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe	0,755	0,888
23. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy	0,726	0,892
25. Chętnie spotykam się ze znajomymi	0,732	0,890
27. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie	0,772	0,886

Podskala relacji zawodowych

Tabela 25.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
7. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy	0,639	0,867
10. Lubię ludzi z mojej pracy	0,752	0,831
11. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy	0,763	0,833
14. Mam satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję	0,677	0,849
26. W mojej pracy panuje dobra atmosfera	0,703	0,843

3.2.8. SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Podskala wsparcia emocjonalnego

Tabela 26.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?	0,674	0,806
4. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?	0,592	0,844
6. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	0,757	0,769
7. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?	0,718	0,783

Podskala wsparcia wartościującego

Tabela 27.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
5. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?	0,781	0,922
8. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?	0,708	0,928
10. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?	0,692	0,930
12. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?	0,834	0,917
13. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?	0,794	0,921
14. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?	0,853	0,915
15. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?	0,813	0,919

Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego

Tabela 28.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
17. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?	0,888	0,962
20. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?	0,840	0,965
22. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?	0,901	0,962
23. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?	0,905	0,961
26. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?	0,853	0,964
28. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?	0,847	0,965
31. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?	0,908	0,961
32. Kto może pomóc Ci w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?	0,855	0,964

Podskala wsparcia duchowego

Tabela 29.

TWIERDZENIE	Wskaźnik korelacji pozycji	α-Cronbacha po usunięciu pozycji
18. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?	0,728	0,878
19. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?	0,746	0,875
27. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?	0,783	0,867
29. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	0,685	0,887
30. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?	0,797	0,863

4. ANALIZA STRUKTURY WEWNĘTRZNEJ NARZĘDZIA – INTERKORELACJE

Kolejnym elementem oceny właściwości psychometrycznych narzędzia uczyniono analizę współczynnika korelacji między skalami wchodzącymi w jego skład. Zależności te oszacowano za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona.

Analizując otrzymane wartości współczynnika korelacji należy na początku zwrócić uwagę na dane obrazujące zachodzące interkorelacje w układzie wynik ogólny skali do wyniku w poszczególnych podskalach, co dotyczy *Skali zachowań agresywnych*, *Skali relacji społecznych* i *Skali wsparcia społecznego.* Dokonane w ich przypadku zestawienia wskazują na dodatnią, bardzo silną współzależność ($r>0,7$; $p<0,01$). Jedynie w przypadku zestawienia wyniku ogólnego dla *Skali wsparcia społecznego* i podskali *Wsparcie zawodowe* wartość $r=0,6$ ($p<0,01$), co jednak nadal wskazuje na silną współzależność i potwierdza wysoki stopień zgodności wewnętrznej dla wyniku skala-podskala.

Poniżej przedstawiono wykaz skal i podskal korelujących ze sobą, a szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 30.

1. **Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej** koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku ($r=0,38$; $p<0,01$)
   - Skalą zachowań impulsywnych ($r=0,27$; $p<0,01$)
     - Podskalą autoagresji ($r=0,25$; $p<0,01$)
   - Skalą relacji społecznych ($r=-0,20$; $p<0,05$)
     - Podskalą relacji rodzinnych ($r=-0,22$; $p<0,01$)
2. **Skala pragnienia narkotyku** koreluje ze:
   - Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej ($r=0,38$; $p<0,01$)
   - Skalą motywacji do zmiany ($r=-0,25$; $p<0,01$)
   - Skalą zachowań impulsywnych ($r=0,34$; $p<0,01$)
   - Skalą zachowań agresywnych ($r=0,31$; $p<0,01$)

- Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (r=0,30; p<0,01)
- Podskalą autoagresji (r=0,21; p<0,05)
- Podskalą wsparcia wartościującego (r=-0,21; p<0,05)

3. Skala motywacji do zmiany koreluje ze:
   - Skalą pragnienia narkotyku (r=-0,25; p<0,01)
   - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,41; p<0,01)
   - Skalą zachowań impulsywnych (r=-0,26; p<0,01)
   - Skalą zachowań agresywnych (r=-0,33; p<0,01)
     - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (r=-0,37; p<0,01)
     - Podskalą autoagresji (r=-0,23; p<0,05)
   - Skalą wsparcia społecznego (r=0,23; p<0,05)
   - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,27; p<0,01)
   - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,22; p<0,05)

4. Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności koreluje ze:
   - Skalą motywacji do zmiany (r=0,41; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (r=0,39; p<0,01)
     - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,31; p<0,01)
     - Podskalą relacji zawodowych (r=0,27; p<0,01)
     - Podskalą relacji towarzyskich (r=0,30; p<0,01)
   - Skalą wsparcia społecznego (r=0,21; p<0,05)
     - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,24; p<0,05)
     - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,27; p<0,05)

5. Skala zachowań impulsywnych koreluje ze:
   - Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (r=0,27; p<0,01)
   - Skalą pragnienia narkotyku (r=0,34; p<0,01)
   - Skalą motywacji do zmiany (r=-0,26; p<0,01)
   - Skalą zachowań agresywnych (r=0,61; p<0,01)
     - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (r=0,57; p<0,01)
     - Podskalą autoagresji (r=0,48; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (r=-0,23; p<0,05)
     - Podskalą relacji rodzinnych (r=-0,23; p<0,05)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (r=-0,23; p<0,05)

6. Skala zachowań agresywnych koreluje z:
     - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (r=0,96; p<0,01)
     - Podskalą autoagresji (r=0,72; p<0,01)
   - Skalą pragnienia narkotyku (r=0,31; p<0,01)
   - Skalą motywacji do zmiany (r=-0,33; p<0,01)
   - Skalą zachowań impulsywnych (r=0,61; p<0,01)
   - Skalą relacji społecznych (r=-0,23; p<0,05)
     - Podskalą relacji rodzinnych (r=-0,20; p<0,05)
     - Podskalą relacji zawodowych (r=-0,31; p<0,01)
     - Podskalą wsparcia wartościującego (r=-0,27; p<0,05)

a. Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom koreluje ze:
   - Skalą zachowań agresywnych (r=0,96; p<0,01)
     - Podskalą autoagresji (r=0,50; p<0,01)
   - Skalą pragnienia narkotyku (r=0,30; p<0,01)
   - Skalą motywacji do zmiany (r=-0,37; p<0,01)
   - Skalą zachowań impulsywnych (r=0,57; p<0,01)
     - Podskalą relacji zawodowych (r=-0,31; p<0,01)

b. Podskala autoagresji koreluje ze:
- Skalą zachowań agresywnych (r=0,72; p<0,01)
  - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (r=0,50; p<0,01)
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (r=0,25; p<0,01)
- Skalą pragnienia narkotyku (r=0,21; p<0,05)
- Skalą motywacji do zmiany (r=-0,23; p<0,05)
- Skalą zachowań impulsywnych (r=0,48; p<0,01)
- Skalą relacji społecznych (r=-0,27; p<0,01)
  - Podskalą relacji rodzinnych (r=-0,30; p<0,01)

7. Skala relacji społecznych koreluje z:
  - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,87; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (r=0,60; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (r=0,87; p<0,01)
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (r=-0,20; p<0,05)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,39; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (r=-0,23; p<0,05)
- Skalą zachowań agresywnych (r=-0,23; p<0,05)
  - Podskalą autoagresji (r=-0,27; p<0,01)
- Skalą wsparcia społecznego (r=0,23; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,32; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,37; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,32; p<0,01)

a. Podskala relacji rodzinnych koreluje ze:
- Skalą relacji społecznych (r=0,87; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (r=0,26; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (r=0,59; p<0,01)
- Skalą symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej (r=-0,22; p<0,05)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,31; p<0,01)
- Skalą zachowań impulsywnych (r=-0,23; p<0,05)
- Skalą zachowań agresywnych (r=-0,20; p<0,05)
  - Podskalą autoagresji (r=-0,30; p<0,01)
- Skalą wsparcia społecznego (r=0,29; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,42; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,44; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (r=0,24; p<0,05)
  - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,29; p<0,01)

b. Podskala relacji zawodowych koreluje ze:
- Skalą relacji społecznych (r=0,60; p<0,01)
  - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,26; p<0,01)
  - Podskalą relacji towarzyskich (r=0,46; p<0,01)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,27; p<0,01)
- Skalą zachowań agresywnych (r=-0,31; p<0,01)
  - Podskalą agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom (r=-0,31; p<0,01)
  - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,24; p<0,05)

c. Podskala relacji towarzyskich koreluje ze:
- Skalą relacji społecznych (r=0,87; p<0,01)
  - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,59; p<0,01)
  - Podskalą relacji zawodowych (r=0,46; p<0,01)
- Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,30; p<0,01)

8. **Skala wsparcia społecznego** koreluje z:
    - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,83; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,92; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (r=0,93; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,89; p<0,01)
  - Skalą motywacji do zmiany (r=0,23; p<0,05)
  - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,21; p<0,05)
  - Skalą relacji społecznych (r=0,23; p<0,05)
    - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,29; p<0,01)

a. **Podskala wsparcia emocjonalnego** koreluje ze:
  - Skalą wsparcia społecznego (r=0,83; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,78; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (r=0,60; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,65; p<0,01)
  - Skalą motywacji do zmiany (r=0,27; p<0,01)
  - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,24; p<0,05)
  - Skalą relacji społecznych (r=0,32; p<0,01)
    - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,42; p<0,01)

b. **Podskala wsparcia wartościującego** koreluje ze:
  - Skalą wsparcia społecznego (r=0,92; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,78; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (r=0,75; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,74; p<0,01)
  - Skalą pragnienia narkotyku (r=-0,21; p<0,05)
  - Skalą motywacji do zmiany (r=0,22; p<0,05)
  - Skalą zachowań impulsywnych (r=-0,23; p<0,05)
  - Skalą zachowań agresywnych (r=-0,27; p<0,05)
  - Skalą relacji społecznych (r=0,37; p<0,01)
    - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,44; p<0,01)

c. **Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego** koreluje ze:
  - Skalą wsparcia społecznego (r=0,93; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,60; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,75; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia duchowego (r=0,81; p<0,01)
    - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,24; p<0,05)

d. **Podskala wsparcia duchowego koreluje ze:**
  - Skalą wsparcia społecznego (r=0,89; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia emocjonalnego (r=0,65; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia wartościującego (r=0,74; p<0,01)
    - Podskalą wsparcia informacyjno-instrumentalnego (r=0,81; p<0,01)
  - Skalą ogólnego poczucia własnej skuteczności (r=0,27; p<0,05)
  - Skalą relacji społecznych (r=0,32; p<0,01)
    - Podskalą relacji rodzinnych (r=0,29; p<0,01)
    - Podskalą relacji zawodowych (r=0,24; p<0,05)

Tabela 30.

	SYMP. ZABU.	PRAG. NAR.	AGRESJA	AGR. INNI	AUTOAGR.	IMPULSYWN.	REL. SPOŁ.	REL. RODZ.	REL. ZAWOD.	REL. TOW.	WSP. SPOŁ.	WSP. EMO.	WSP. WART.	WSP. INF-INS.	WSP. DUCH.	POCZ. SKUT.	MOTYWACJA
SYMP. ZABU.	1	0,380**	0,134	0,081	0,253**	0,266**	-0,204*	-0,222*	-0,102	-0,167	-0,112	-0,181	-0,062	0,011	-0,111	0,004	-0,107
PRAG. NAR.	0,380**	1	0,311**	0,304**	0,206*	0,344**	-0,073	-0,092	-0,073	-0,029	-0,089	-0,162	-0,214*	-0,092	-0,187	-0,179	-0,250**
AGRESJA	0,134	0,311**	1	0,960**	0,721**	0,607**	-0,230*	-0,204*	-0,311**	-0,114	-0,117	-0,055	-0,266*	-0,105	-0,136	-0,126	-0,334**
AGR. INNI	0,081	0,304**	0,960**	1	0,499**	0,573**	-0,151	-0,127	-0,312**	-0,027	-0,095	-0,058	-0,214	-0,090	-0,114	-0,140	-0,367**
AUTOAGR.	0,253**	0,206*	0,721**	0,499**	1	0,484**	-0,274**	-0,301**	-0,152	-0,168	-0,091	-0,049	-0,205	-0,037	-0,044	-0,100	-0,232*
IMPULSYWN.	0,266**	0,344**	0,607**	0,573**	0,484**	1	-0,229*	-0,230*	-0,180	-0,140	-0,181	-0,142	-0,234*	-0,098	-0,134	-0,153	-0,263**
REL. SPOŁ.	-0,204*	-0,073	-0,230*	-0,151	-0,274**	-0,229*	1	0,874**	0,603**	0,865**	0,229*	0,321**	0,374**	0,183	0,319**	0,386**	0,061
REL. RODZ.	-0,222*	-0,092	-0,204*	-0,127	-0,301**	-0,230*	0,874**	1	0,258**	0,594**	0,291**	0,415**	0,437**	0,238*	0,290**	0,306**	0,079
REL. ZAWOD.	-0,102	-0,073	-0,311**	-0,312**	-0,152	-0,180	0,603**	0,258**	1	0,464**	0,081	0,064	0,118	0,072	0,237*	0,272**	0,145
REL. TOW.	-0,167	-0,029	-0,114	-0,027	-0,168	-0,140	0,865**	0,594**	0,464**	1	0,074	0,123	0,185	0,039	0,182	0,296**	-0,037
WSP. SPOŁ.	-0,112	-0,089	-0,117	-0,095	-0,091	-0,181	0,229*	0,291**	0,081	0,074	1	0,832**	0,923**	0,927**	0,889**	0,210*	0,234*
WSP. EMO.	-0,181	-0,162	-0,055	-0,058	-0,049	-0,142	0,321**	0,415**	0,064	0,123	0,832**	1	0,780**	0,604**	0,647**	0,237*	0,273**
WSP. WART.	-0,062	-0,214*	-0,266*	-0,214	-0,205	-0,234*	0,374**	0,437**	0,118	0,185	0,923**	0,780**	1	0,747**	0,735**	0,210	0,218*
WSP. INF-INS.	0,011	-0,092	-0,105	-0,090	-0,037	-0,098	0,183	0,238*	0,072	0,039	0,927**	0,604**	0,747**	1	0,811**	0,111	0,196
WSP. DUCH.	-0,111	-0,187	-0,136	-0,114	-0,044	-0,134	0,319**	0,290**	0,237*	0,182	0,889**	0,647**	0,735**	0,811**	1	0,267*	0,209
POCZ. SKUT.	0,004	-0,179	-0,126	-0,140	-0,100	-0,153	0,386**	0,306**	0,272**	0,296**	0,210*	0,237*	0,210	0,111	0,267*	1	0,406**
MOTYWACJA	-0,107	-0,250**	-0,334**	-0,367**	-0,232*	-0,263**	0,061	0,079	0,145	-0,037	0,234*	0,273**	0,218*	0,196	0,209	0,406**	1

.

5. TRAFNOŚĆ KRYTERIALNA

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę trafności kryterialnej poszczególnych skal KPST-N. Polega ona na określeniu współczynnika korelacji między wynikiem otrzymanym za pomocą badanej skali a wartością zmiennej kryterialnej mierzonej innym testem w tej samej grupie osób badanych.

W celu oceny trafności kryterialnej poszczególnych skal KPST-N jako kryteria porównawcze wykorzystano wystandaryzowane narzędzia badawcze. W przyjętych zestawieniach oczekiwano dodatniej korelacji wyników.

1. Skala pragnienia narkotyku
   - Skala Głodu Narkotyku na podstawie Skali PENN, w polskiej adaptacji J. Chodkiewicza, M. Ziółkowskiego, K. Gąsiora, A. Juczyńskiego, D. Czarneckiego, A. Biedrzyckiej, K. Nowakowskiej-Domagały

2. Skala zachowań agresywnych i Skala zachowań Impulsywnych
   - Kwestionariusz agresji A. Bussa i M. Perry'ego; w polskiej adaptacji E. Aranowskiej, J. Rytela, A. Szymańskiej
   - Kwestionariusz Impulsywności (IVE) w polskiej adaptacji Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego – podskala: Impulsywności

3. Skala poczucia skuteczności i Skala motywacji do zmiany
   - Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) w polskiej adaptacji R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyńskiego
   - Inwentarz Motywacji Osiągnięć (LMI) w polskiej adaptacji A. Sękowskiego, W. Klinkosz - podskale: Ukierunkowanie na cel; Zaangażowanie; Wytrwałość; Elastyczność; Wiara w sukces

4. Skala relacji społecznych i Skala wsparcia społecznego
   - Skala Samotności UCLA w adaptacji M.M. Kwiatkowskiej, R. Rogozy, K. Kwiatkowskiej
   - Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS) w adaptacji K. Buszman, H. Przybyła-Basisty

Tabele 31-35 przedstawiają otrzymane wartości współczynnika korelacji między poszczególnymi skalami KPST-N, a dobranymi narzędziami wystandaryzowanymi.

Analiza otrzymanych macierzy korelacji w przypadku każdej skali KPST-N wskazuje na występowanie dodatniej, istotnej statystycznie współzależności ($p<0,01$) między kryterium a wynikiem ogólnym skali i większości podskal.

Nieistotne statystycznie zależności dotyczą jedynie 4. zestawień dla wybranych podskal w *Skali zachowań agresywnych, Skali motywacji do zmiany* i *Skali wsparcia społecznego.*

Sytuacja ta ma jednak swoje uzasadnienie w braku dokładnego odpowiednika dla danej zmiennej (cechy, właściwości, zachowania) w układzie oceniana skala a przyjęte kryterium.

Tabela 31.

KRYTERIUM	KPST-N
	PRAG. NAR.
SKALA GŁODU NARKOTYKU na podstawie SKALI GŁODU ALKOHOLU PENN	0,410**

Tabela 32.

KRYTERIUM	KPST-N			
	AGRESJA	AGR. INNI	AUTOAGR.	IMPULSYWN.
KWESTIONARIUSZ AGRESJI BUSSA I PERRY'EGO - wynik ogólny	0,554**	0,602**	0,294**	0,470**
SKALA AGRESJI FIZYCZNEJ	0,437**	0,519**	0,117	0,370**
SKALA AGRESJI SŁOWNEJ	0,397**	0,458**	0,157	0,417**
SKALA WROGOŚCI	0,506**	0,457**	0,458**	0,417**
SKALA GNIEWU	0,493**	0,508**	0,332**	0,442**
KWESTIONARIUSZ IMPLUSYWNOŚCI - IVE SKALA IMPULSYWNOŚCI	0,360**	0,357**	0,310**	0,588**

Tabela 33.

KRYTERIUM	KPST-N	
	POCZ. SKUT.	MOTYWACJA
SKALA UOGÓLNIONEJ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI - GSES	0,501**	0,220*
INWENTARZ MOTYWACJI OSIĄGNIĘĆ – LMI	0,483**	0,425**
SKALA UKIERUNKOWANIE NA CEL	0,442**	0,406**
SKALA ZAANGAŻOWANIE	0,305**	0,302**
SKALA WYTRWAŁOŚĆ	0,320**	0,138
SKALA ELASTYCZNOŚĆ	0,315**	0,390**
SKALA WIARA W SUKCES	0,421**	0,359**

Tabela 34.

KRYTERIUM	KPST-N			
	REL. SPOŁ.	REL. RODZ.	REL. ZAWOD.	REL. TOW.
SKALA SAMOTNOŚCI – UCLA	-0,592**	-0,513**	-0,358**	-0,500**
WIELOWYMIAROWA SKALA SPOSTRZEGANEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO – MSPSS	0,544**	0,498**	0,304**	0,388**

Tabela 35.

KRYTERIUM	KPST-N				
	WSP. SPOŁ.	WSP. EMO.	WSP. WART.	WSP. INF-INS.	WSP. DUCH.
SKALA SAMOTNOŚCI – UCLA	-0,500**	-0,280**	-0,278**	-0,367**	-0,146
WIELOWYMIAROWA SKALA SPOSTRZEGANEGO WSPARCIA SPOŁECZNEGO – MSPSS	0,351**	0,423**	0,516**	0,419**	0,407**

BIBLIOGRAFIA

Brzeziński J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa

Hornowska E. (2005). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe „Scholar". Warszawa 2005.

ANEKS

ZAŁĄCZNIK NR 1 – ARKUSZY PSYCHOMETRYCZNEJ OCENY

Szanowni Państwo,

Serdecznie dziękujemy za wyrażenie zgody na współpracę w zakresie oceny wartości psychometrycznych *Kwestionariusza Pomiaru Skuteczności Terapii (KPST),* opracowywanego w ramach projektu pt. „Ocena bezpośrednich i odroczonych efektów terapii osób uzależnionych od narkotyków. Model czynników warunkujących", współfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Celem podjętych przez nas działań jest opracowanie instrumentarium spełniającego kryterium narzędzia trafnego i rzetelnego, ułatwiającego specjalistom – terapeutom ocenę skuteczności terapii osób uzależnionych od narkotyków.

Tym samym wsparcie, którego nam Państwo udzielacie, jest ogromnie pomocne dla realizacji pierwszego etapu oceny wartości psychometrycznej opracowywanego instrumentu pomiarowego. Na podstawie dokonanej przez Państwa oceny trafności treściowej obliczony zostanie współczynnik zgodności sędziów kompetentnych. Jedynie pytania zgodnie ocenione jako trafne, tj. odpowiadające definicji mierzonego konstruktu teoretycznego, włączone zostaną do pilotażowej wersji narzędzia.

Zgodnie z tym uprzejmie Państwa prosimy o dokonanie – w oparciu o instrukcję zamieszczoną przy każdej ze skal – oceny zgodności treści poszczególnych pytań kwestionariuszowych z mierzonymi konstruktami teoretycznymi.

Konstrukty te zostały wydobyte w procedurze przeglądu systematycznego, jako powszechnie stosowane wskaźniki skuteczności oddziaływań terapeutycznych wśród osób uzależnionych od narkotyków. Są to:

- ✓ symptomy zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej,
- ✓ głód narkotykowy,
- ✓ motywacja do zmiany,
- ✓ ogólne poczucie własnej skuteczności,
- ✓ zachowania impulsywne,
- ✓ zachowania agresywne,
- ✓ relacje społeczne,
- ✓ wsparcie społeczne.

Adekwatnie do tego struktura opracowanego kwestionariusza składa się z 8 niezależnych skal pomiarowych. Wynik końcowy, osobny dla każdej skali, obliczony zostanie zgodnie z przygotowanym kluczem, w którym wskazane zostaną pytania odwrotnie diagnostyczne. W przekazanych Państwu arkuszach pytania odwrotnie diagnostyczne oznaczono symbolem (R). Ponadto treść pytań kwestionariuszowych

opracowana została w taki sposób, że każda ze skal może być wykorzystana przy badaniu na początku, na końcu terapii i w różnych okresach po jej zakończeniu (pretest i retesty), a różnica między otrzymanymi wynikami będzie wskaźnikiem zmiany w obrębie danego konstruktu.

W razie jakichkolwiek pytań, prosimy o kontakt z naszym pracownikiem, który udzieli Państwu wszelkich dodatkowych informacji związanych z prowadzoną procedurą oceny trafności treściowej. Ewentualne zapytania prosimy kierować do Sylwii Opozdy-Suder na adres mailowy: sylwia.opozda@uj.edu.pl Równocześnie na ostatniej stronie niniejszego dokumentu zamieszczone zostało puste pole, w którym możecie Państwo wpisać swoje różne uwagi odnoszące się do ocenianych skal pomiarowych.

Raz jeszcze dziękując za Państwa zaangażowanie,
pozostaję z uszanowaniem,

dr Małgorzata Piasecka
koordynator projektu

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ

Niniejsza skala służy do pomiaru **nasilenia symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej.** Została ona opracowania na podstawie 11 wskaźników diagnostycznych według DSM-5. Prosimy, kierując się zamieszczoną poniżej listą symptomów, o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z przedstawioną definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Kryteria definicyjne zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej opracowane na podstawie DSM-5:

1. Jednostka przyjmuje substancję w większych ilościach lub przez dłuższy okres niż pierwotnie zamierzała.
2. Jednostka wyraża silne pragnienie zaprzestania lub kontrolowania używania substancji lub wielokrotnie podejmuje nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania substancji.
3. Jednostka poświęca dużo czasu na pozyskiwanie, używanie substancji lub łagodzenie skutków jej działania.
4. Jednostka odczuwa głód wyrażony przez intensywne pragnienie lub przymus zażycia substancji, który może pojawić się w dowolnym czasie, ale najbardziej prawdopodobne jest, że pojawi się w środowisku, w którym wcześniej substancja była pozyskiwana lub używana.
5. Jednostka nie wypełnia obowiązków związanych z rolą pełnioną w domu, szkole lub pracy wskutek powtarzającego się używania substancji.
6. Jednostka kontynuuje używanie substancji pomimo utrzymujących się lub nawracających problemów w relacjach społecznych lub interpersonalnych spowodowanych lub nasilających się przez używanie substancji.
7. Jednostka porzuca lub redukuje ważne aktywności społeczne, zawodowe lub rekreacyjne z powodu używania substancji.
8. Jednostka w sposób powtarzający się używa substancji w sytuacjach, gdy jest to zagrażające życiu lub zdrowiu.
9. Jednostka kontynuuje używanie substancji pomimo wiedzy o ciągłym lub nawracającym problemie somatycznym lub psychicznym, który prawdopodobnie został spowodowany lub zaostrzony przez substancję.
10. Jednostka doświadcza tolerancji, która występuje, gdy jednostka wymaga zwiększonej ilości substancji, aby uzyskać zamierzony rezultat lub odczuwa zmniejszony efekt przy użyciu tej samej co wcześniej dawki.
11. Jednostka, która w sposób długotrwały i intensywny używała substancji, doświadcza objawów odstawiennych, które są syndromem pojawiającym się wtedy, gdy stężenie substancji we krwi lub tkankach spada u jednostki.

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Na poniższe pytania badany udziela odpowiedzi TAK lub NIE.	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
1. Czy zażywając narkotyki zwiększasz zaplanowaną pierwotnie dawkę?					
2. Czy zażywając narkotyki tracisz kontrolę nad czasem przeznaczanym na branie?					
3. Czy chcesz zaprzestać lub ograniczyć zażywanie narkotyków?					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
4. Czy podejmowałeś (-aś) nieskuteczne próby zmniejszenia lub zaprzestania używania narkotyków?					
5. Czy poświęcasz dużo czasu na zdobywanie lub zażywanie narkotyków?					
6. Czy poświęcasz dużo czasu na łagodzenie skutków działania narkotyków?					
7. Czy odczuwałeś (-aś) tak silne pragnienie zażywania narkotyków, że nie mogłeś/mogłaś myśleć o niczym innym?					
8. Czy ze względu na używanie narkotyków nie realizujesz swoich obowiązków rodzinnych?					
9. Czy ze względu na używanie narkotyków nie realizujesz swoich obowiązków szkolnych lub zawodowych					
10. Czy z powodu zażywania narkotyków:					
ograniczyłeś (-aś) czas wolny przeznaczany na aktywności rodzinne?					
zmniejszyła się Twoja aktywność w relacjach towarzyskich?					
zrezygnowałeś (-aś) z pracy lub przestałeś (-aś) chodzić do szkoły?					
zmniejszyło się Twoje zaangażowanie w realizację obowiązków zawodowych lub szkolnych?					
porzuciłeś (-aś) lub ograniczyłeś swoje zainteresowania (hobby)?					
11. Czy zażywasz narkotyki mimo tego, że stwarza to niebezpieczne sytuacje zagrażające życiu lub zdrowiu?					
12. Czy pomimo tego, że przez narkotyki masz problemy zdrowotne lub psychiczne, nie potrafisz powstrzymać się od ich zażywania?					
13. Czy zażywasz coraz większe dawki narkotyku, aby osiągnąć pożądany stan?					
14. Czy odczuwasz zmniejszony efekt działania narkotyku przy użyciu tej samej co wcześniej dawki?					
15. Czy dawka narkotyku, która wcześniej wywoływała u Ciebie pożądany stan, jest obecnie niewystarczająca?					
16. Czy po zaprzestaniu zażywania narkotyków odczuwasz nieprzyjemne objawy?					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA GŁODU NARKOTYKOWEGO

Niniejsza skala służy do pomiaru **nasilenia dyspozycji określonej jako głód narkotykowy.** Prosimy o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z zamieszczoną poniżej definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przyjęta definicja głodu narkotykowego:

Głód narkotykowy to dyspozycja obejmująca silne pragnienie i trudny do opanowania przymus zażycia narkotyku. Charakteryzuje się uporczywością występowania i powracania (Baran-Furga i Steinbarth-Chmielewska 2012).

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany określa, na ile zgadza się z danym twierdzeniem wybierając odpowiedź na pięciostopniowej skali: *zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.*	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
1. Gdy nie biorę narkotyków odczuwam niepokój					
2. Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków					
3. Odczuwam w tym momencie potrzebę zażycia narkotyków					
4. Zrobiłbym (-abym) wszystko, aby tylko móc zażyć narkotyki					
5. Brak możliwości zażycia narkotyków wywołuje u mnie nieprzyjemne uczucia					
6. Często pierwszą myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach					
7. Większość moich myśli dotyczy narkotyków					
8. O niczym nie myślę tak intensywnie jak o narkotykach					
9. Czuję nawracającą potrzebę wzięcia narkotyków					
10. Odczuwam silną chęć zażycia narkotyków					
11. Czuję, że muszę zażyć narkotyki					
12. Przeżywam silne pragnienie sięgnięcia po narkotyki					
13. Odczuwam chęć uzyskania stanu psychicznego wywołanego przez narkotyki					
14. Odczuwam silną potrzebę przywrócenia stanu wywołanego zażyciem narkotyków					
15. Często odczuwam wewnętrzny przymus zdobycia narkotyków					
16. Często czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY

Niniejsza skala służy do pomiaru **poziomu motywacji do zmiany.** Prosimy o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z zamieszczoną poniżej definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przyjęta definicja motywacji do zmiany:

Motywacja do zmiany to dynamiczny proces podlegający modyfikacji w trakcie interakcji międzyludzkich. Składają się na nią takie czynniki jak:

- stopień, w jakim jednostka pragnie zmiany i postrzega ją jako ważną;
- wiara w możliwość wprowadzenia zamiany w życie;
- gotowość do zainicjowania zmiany (Miller i Rollinick 2010, 2014).

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany określa, na ile zgadza się z danym twierdzeniem wybierając odpowiedź na pięciostopniowej skali: *zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.*	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
Stopień, w jakim jednostka pragnie zmiany i postrzega ją jako ważną					
1. Osiągnięcie abstynencji od narkotyków jest najważniejsze w moim życiu					
2. Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków					
3. Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest najważniejszą jaką podjąłem (-ęłam)					
4. Moim priorytetem jest zachowanie abstynencji od narkotyków					
5. Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków					
6. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne					
7. Wśród spraw, które muszę w swoim życiu uporządkować, problemy związane z zażywaniem narkotyków są najważniejsze					
Wiara w możliwość wprowadzenia zamiany w życie / podtrzymania tej zmiany					
8. Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania wynikające z zażywania narkotyków					
9. Moja determinacja pozwoli mi rozwiązać sytuacje trudne wynikające z zażywania narkotyków					
10. Jestem zdolny (-a) do tego, aby zachować abstynencję od narkotyków					
11. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					
12. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
13. Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków					
14. Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków (R)					
15. Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda (R)					
16. Poradzę sobie z rozwiązaniem moich problemów związanych z zażywaniem narkotyków					
17. Zachowanie abstynencji od narkotyków leży poza zasięgiem moich możliwości (R)					
18. Skoro inni poradzili sobie z problemem brania narkotyków, to i ja potrafię					
Gotowość do zainicjowania zmiany / podtrzymania zmiany					
19. Mam dokładny plan tego, jak poradzić sobie z zażywaniem narkotyków lub zachować abstynencję					
20. Nie ma co myśleć o rozwiązaniu moich problemów wynikających z brania narkotyków, trzeba działać					
21. Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji					
22. Teraz mam na głowie ważniejsze rzeczy niż rozwiązywanie moich problemów związanych z zażywaniem narkotyków (R)					
23. To najlepszy czas bym rozwiązał (-a) moje problemy związane z narkotykami					
24. Potrzebuję pomocy by rozwiązać moje problemy związane z zażywaniem narkotyków (R)					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

Niniejsza skala służy do pomiaru **nasilenia ogólnego poczucia własnej skuteczności.** Prosimy o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z zamieszczoną poniżej definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przyjęta definicja ogólnego poczucia własnej skuteczności:

Ogólne poczucie własnej skuteczności wyraża przekonanie jednostki, jej stopień pewności i zaufania, że posiada zasoby (kompetencje, zdolności) umożliwiające:

- określenie konkretnego i zrozumiałego celu (w tym czasu niezbędnego do jego realizacji, przewidywanych zysków i strat związanych z jego osiągnięciem);
- zaplanowanie działań pozwalających na osiągnięcie zamierzonego celu;
- przewidywanie trudnych sytuacji i radzenie sobie z nimi;
- przeprowadzenie określonych działań pozwalających osiągnąć zamierzony cel;
- samokontrolę w trakcie dążenia do osiągnięcia zamierzonego celu.

Nasilenie ogólnego poczucia własnej skuteczności odnosi się do życia w ogóle, a nie do konkretnych zadań. Silne poczucie własnej skuteczności sprawia, że jednostka jest bardziej wytrwała i bardziej angażuje się (wysila), aby osiągnąć cel (Juczyński 2000).

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany określa, na ile zgadza się z danym twierdzeniem wybierając odpowiedź na pięciostopniowej skali: *zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.*	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
1. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)					
2. Za każdym razem, gdy coś planuję, kieruję się bilansem zysków i strat					
3. Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające					
4. Potrafię przewidzieć zyski i straty na drodze do określonego celu					
5. Umiem zaplanować zadania, które muszę wykonać, by osiągnąć zamierzony cel					
6. Gdy chcę osiągnąć zamierzony cel, każdy krok mam dokładnie zaplanowany					
7. Mam trudności z przewidywaniem przeszkód na drodze do osiągnięcia zamierzonego celu (R)					
8. Wiem, jak radzić sobie z przeszkodami, które mogę napotkać dążąc do celu					
9. Nie mam trudności z realizacją tego, co sobie założyłem (-am)					
10. Niepowodzenia podczas realizacji podejmowanych zadań powodują, że tracę wiarę we własne możliwości (R)					
11. Jestem w stanie precyzyjnie określić ważne cele życiowe, które zamierzam zrealizować					
12. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
13. Potrafię określić kroki, które przybliżą mnie do osiągnięcia celu					
14. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić					
15. Nic nie jest w stanie odwieść mnie od realizacji zaplanowanego celu					
16. Potrafię sprecyzować, czego dokładnie chcę					
17. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć					
18. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć					
19. Potrafię dobrze planować swoje działania					
20. Dobrze radzę sobie z trudnymi sytuacjami					
21. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)					
22. Żeby coś osiągnąć, muszę mieć kogoś, kto mnie kontroluje (R)					
23. Wiem, jak zrealizować cel, do którego dążę					
24. Potrafię zaplanować drogę do celu, jaki sobie postawiłem (-am)					
25. W razie wystąpienia przeciwności losu, potrafię sobie z nimi poradzić					
26. Potrafię zrealizować działania, które zaplanowałem (-am)					
27. Posiadam umiejętności, które pozwalają mi realizować moje plany					
28. Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę					
29. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele					
30. Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel					
31. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić					
32. Wiem, co po kolei muszę zrobić, żeby osiągnąć określony cel					
33. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu					
34. Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze					
35. Potrafię jasno określić cel swoich działań					
36. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu					
37. Przewiduję sytuacje, które mogą utrudnić mi realizację celu					
38. Potrafię po kolei przeprowadzić działania ku realizacji zamierzonego celu					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH

Niniejsza skala służy do pomiaru **nasilenia skłonności do zachowań impulsywnych.** Prosimy o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z zamieszczoną poniżej definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przejęta definicja zachowań impulsywnych:

Zachowania impulsywne to zachowania, u podstaw których leży chwiejność emocjonalna prowadząca do:

- pochopnego działania w skrajnie negatywnych emocjach;
- działania bez uprzedniego przemyślenia;
- trudności w skupieniu się na zadaniu;
- poszukiwania nowych i ekscytujących doświadczeń;
- pochopnego działania w skrajnie pozytywnych emocjach (Littlefield 2015).

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany określa, na ile zgadza się z danym twierdzeniem wybierając odpowiedź na pięciostopniowej skali: *zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.*	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
1. Negatywne emocje często biorą nade mną górę i popychają do nieprzemyślanego działania					
2. Często działam pod wpływem negatywnych emocji					
3. W negatywnych emocjach działam pochopnie					
4. Pod wpływem emocji często działam pochopnie					
5. W sytuacjach zadaniowych emocje nigdy nie biorą nade mną góry (R)					
6. Często działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji					
7. Działam pochopnie w sytuacjach, w których czuję pozytywne emocje					
8. W emocjach często działam bez przemyślenia konsekwencji					
9. Pod wpływem emocji podejmuję decyzje bez zastanowienia					
10. Często działam pod wpływem impulsu					
11. Gdy odczuwam euforię, podejmuję pochopne decyzje					
12. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie					
13. Kiedy jestem zdenerwowany (-a), działam bez namysłu					
14. Pod wpływem emocji bardzo łatwo rozpraszam się w trakcie działania					
15. Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania					
16. Gdy odczuwam pozytywne emocje, nie zastanawiam się nad tym, co robię					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
17. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia					
18. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje					
19. Pozytywne uczucia biorą górę nad moim rozsądkiem					
20. Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje					
21. Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem					
22. Niezależnie od odczuwanych emocji potrafię skoncentrować się na wykonywanych czynnościach (R)					
23. Często najpierw coś robię, a potem myślę					
24. W skrajnych emocjach zachowuję się ekstremalnie					
25. Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy					
26. Często pod wpływem emocji podejmuję nowe i ekscytujące działania					
27. Pod wpływem chwili podejmuję ekstremalne wyzwania					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

Niniejsza skala służy do pomiaru **nasilenia skłonności do zachowań agresywnych.** Prosimy o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z zamieszczoną poniżej definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przyjęta definicja zachowań agresywnych:

Wszelkie zachowania skierowane przeciwko sobie, określonym ludziom lub rzeczom, mające na celu wyrządzenie szkody lub osiągnięcie osobistej korzyści, które mogą przybierać formę napaści fizycznej i/lub słownej.
Zachowania te są motywowane chęcią zranienia, zadania bólu fizycznego, spowodowania cierpienia lub utraty cenionych wartości i obejmują szerokie spektrum zachowań takich jak:

- otwarta napaść fizyczna na drugą osobę;
- zniszczenie czyjejś własności;
- wrogie uwagi, groźby, obelgi i przekleństwa;
- obraźliwe gesty i mimika;
- zaniechanie działania.

Wiążą się one z potrzebą rozładowania negatywnych emocji i uczuć m. in. zazdrości, rozgoryczenia, gniewu i lęku, będących zwykle rezultatem frustracji (Buss 1961, Frączek 1968, Zimbardo 1995, Anderson i Bushman 2002, Krahe 2005).

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany określa, na ile zgadza się z danym twierdzeniem wybierając odpowiedź na pięciostopniowej skali: *zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.*	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
Agresja przeciwko innym ludziom lub rzeczom					
1. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną					
2. Często zadaję innym ból fizyczny					
3. Gdy mnie ktoś zdenerwuje to sprawiam mu ból fizyczny					
4. Negatywne uczucia wobec innych wyładowuję niszcząc ich własność					
5. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność					
6. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych					
7. W sytuacji frustracji wypowiadam wobec innych dużo obraźliwych słów					
8. Moją mimiką twarzy okazuję niechęć wobec tych, których nie lubię					
9. Gdy kogoś nie lubię, okazuję mu to wykorzystując mowę ciała					
10. Ludzie, których nie darzę sympatią, nie otrzymają ode mnie pomocy					
11. Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę rzeczy należące do innych ludzi					
12. Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
13. Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali					
14. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy					
15. Zdarza mi się kogoś pobić					
16. Używam siły przeciwko innym					
17. Gdy chcę odreagować nieprzyjemne uczucia, niszczę przedmioty					
18. Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy					
19. Często używam wulgaryzmów względem drugiej osoby					
20. Bywa, że mówię coś tylko po to, by kogoś zranić					
21. Używam gestów by kogoś obrazić					
22. Świadomie przyjmuję taki wyraz twarzy, żeby ludzie się mnie bali					
23. Często złośliwie nie pomagam innym					
24. Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi					
25. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści					
26. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa					
27. Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie					
28. Nie udzielam pomocy osobom, które na to nie zasługują					
29. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę cudzą własność					
30. Stosuję groźby, aby osiągnąć zamierzony cel					
31. Używam obraźliwych gestów wobec innych					
32. Często celowo nie pomagam innym					
33. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty					
34. Czasem robię takie miny, żeby ludzie się bali do mnie podejść					
35. Często nic nie robię, gdy ktoś oczekuje pomocy					
Autoagresja					
36. Często rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami					
37. Często mimiką twarzy okazuję samemu (-j) sobie niechęć					
38. Często w różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny					
39. Niszczę swoje rzeczy, gdy coś mi nie wychodzi					
40. Często w myślach wyzywam siebie samego (-ą)					
41. Stojąc przed lustrem mimiką i gestami wyrażam pogardę do samego (-j) siebie					
42. Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból					
43. Często w złości niszczę swoje rzeczy					
44. Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię					
45. Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów					
46. Gdy jestem zły (-a) wykonuję wobec siebie obraźliwe miny lub gesty					
47. Często celowo nie szukam dla siebie pomocy, gdyż chcę cierpieć					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

Niniejsza skala służy do oceny **jakości związków z innymi w sferze relacji rodzinnych, zawodowych i towarzyskich.** Prosimy o dokonanie oceny zgodności treści poszczególnych pytań z zamieszczoną poniżej definicją.

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przyjęta definicja relacji społecznych:

Relacje społeczne odnoszą się do oceny jakości związków z innymi w sferze: relacji rodzinnych, zawodowych i towarzyskich. Kryterium jakości stanowi subiektywne zadowolenie z tych związków i obejmuje potrzebę bliskości oraz potrzebę kontaktu z inną osobą.

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany określa, na ile zgadza się z danym twierdzeniem wybierając odpowiedź na pięciostopniowej skali: *zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie.*	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
Relacje rodzinne					
1. Podtrzymuję stały i bardzo dobry kontakt z moją rodziną					
2. Gdy jest mi źle szukam kontaktu z moją rodziną					
3. Odczuwam potrzebę bycia w stałym kontakcie z członkami mojej rodziny					
4. Odczuwam silną więź z osobami z rodziny					
5. W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci					
6. W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy					
7. Gdy nie mam kontaktu z moją rodziną, to źle się z tym czuję					
8. Nie interesuje mnie, co dzieje się u członków mojej rodziny (R)					
9. Posiadam satysfakcjonujące relacje z członkami mojej rodziny					
10. Posiadam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny					
11. Jestem przywiązany (-a) do mojej rodziny					
12. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre					
13. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną					
14. Czuję się komfortowo w gronie rodziny					
15. Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
Relacje zawodowe					
16. Lubię ludzi z mojej pracy					
17. Moje kontakty zawodowe oparte są na szczerości					
18. Na gruncie zawodowym ufam ludziom, z którymi pracuję					
19. Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy					
20. W mojej pracy panuje dobra atmosfera					
21. W mojej pracy jestem anonimowy (-a) (R)					
22. Posiadam zadowalające/satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję					
23. Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy					
Relacje towarzyskie					
24. Mam poczucie silnej więzi z moimi znajomymi					
25. Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność					
26. Moje życie towarzyskie to dla mnie źródło zadowolenia					
27. Utrzymuję bliskie kontakty towarzyskie					
28. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich					
29. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe					
30. Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy					
31. Posiadam satysfakcjonujące relacje towarzyskie					
32. Chętnie spotykam się ze znajomymi					
33. Moje relacje towarzyskie cieszą mnie					
34. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi					

ARKUSZ OCENY TRAFNOŚCI TREŚCIOWEJ PRZEZ SĘDZIÓW KOMPETETNYCH

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Niniejsza skala służy do pomiaru **źródeł wsparcia społecznego w ramach poszczególnych jego rodzajów** oraz **poziomu zadowolenia badanych z otrzymywanego wsparcia społecznego.** Prosimy o dokonanie oceny zamieszczonych poniżej pytań, dotyczących źródeł wsparcia społecznego, pod kątem zgodności ich treści z przyjętą definicją.

Pomiar poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia społecznego dokonany zostanie poprzez dodanie, do każdego pytania z poniższej listy, kolejnej pozycji kwestionariuszowej opatrzonej pięciostopniową skalą odpowiedzi o następującym brzmieniu: *Jak oceniasz poziom swojego zadowolenia z otrzymywanego w danej sytuacji wsparcia?*

Oceniając poszczególne pozycje należy posłużyć się następującym kluczem. Pytania ocenione jako najbardziej odpowiadające definicji otrzymują rangę 1, a ocenione jako najmniej odpowiadające definicji rangę 5. Zgodnie z tym ***istnieje możliwość nadania tej samej rangi kilku pytaniom w obrębie skali.***

Aby zaznaczyć wybraną wartość liczbową należy w odpowiadającej jej kolumnie postawić ***krzyżyk (X).*** *Jeśli przez przypadek zaznaczy Pan (Pani) błędną wartość, prosimy o dodatkowe oznaczenie jej kółkiem, a przy prawidłowej o postawienie krzyżyka.*

Przyjęta definicja wsparcia społecznego:

Wsparcie społeczne dotyczy interakcji społecznych zachodzących w istniejących sieciach społecznych. Interakcja ta wyznacza **poziom zadowolenia z dostępnej jednostce pomocy w sytuacjach trudnych, stresowych**, która obejmuje:

- wsparcie emocjonalne – polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, okazywaniu „ciepła", dawaniu poczucia bezpieczeństwa i nadziei;
- wsparcie wartościujące – mające na celu podtrzymanie poczucia własnej wartości, będące źródłem uznania i akceptacji, pomagające w dobrym wypełnieniu ról społecznych poprzez docenianie pozytywnych cech, starań, zachowań i kompetencji indywidualnych;
- wsparcie instrumentalne – związane z przekazywaniem informacji o sposobach postępowania, instruowaniem, modelowaniem zachowań zaradczych;
- wsparcie informacyjne – dotyczące przekazywania rad i informacji ułatwiających zrozumienie sytuacji i ujawnienie zdolności rozwiązywania problemów (Sęk i Brzezińska 2008, Kmiecik-Baran 2000);
- wsparcie duchowe – odnoszące się do sfery duchowości, która jest istotnym czynnikiem stymulującym proces zdrowienia; wsparcie duchowe związane jest z pomocą w poszukiwaniu szeroko rozumianego sensu, oparcia w Sile Wyższej oraz z pragnieniem ładu i poczucia wspólnoty z innymi (Heszen-Niejodek 2003).

ranga 1 - pytania najbardziej odpowiadające definicji
ranga 5 - pytania najmniej odpowiadające definicji

TWIERDZENIA Badany wpisuje inicjały konkretnych osób udzielających wsparcia w danej sytuacji i określa, kim dana osoba jest dla niego.	**SKALA OCENY**				
	1	2	3	4	5
Wsparcie emocjonalne					
1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?					
2. Kto daje Ci otuchę i oparcie, gdy czujesz, że tracisz grunt pod nogami?					
3. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych przywraca Ci wiarę, że wszystko będzie dobrze?					
4. Kto w sytuacjach dla Ciebie beznadziejnych przywraca Ci nadzieję?					
5. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?					
6. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach, w których czujesz się zagrożony (-a)?					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
7. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
8. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach, w których nie możesz poradzić sobie z jakimś problemem?					
9. Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?					
Wsparcie wartościujące					
10. Kto daje Ci poczucie akceptacji i uznania w chwilach Twojego zwątpienia we własne siły?					
11. Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?					
12. Kto wskazuje Ci Twoje pozytywne umiejętności, w sytuacjach w których sam (-a) ich nie zauważasz?					
13. Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?					
14. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?					
15. Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?					
16. Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?					
17. Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?					
18. Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?					
Wsparcie informacyjne/instrumentalne					
19. Kto może Ci pomóc w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?					
20. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?					
21. Kto może doradzić Ci i pomóc w sytuacji, gdy czujesz się przytłoczony (-a) natłokiem informacji?					
22. Kto może udzielić Ci wsparcia, gdy masz trudności w znalezieniu rozwiązania problemu?					
23. Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?					
24. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?					
25. Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?					
26. Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?					
27. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?					
28. Kto udziela Ci rad w sprawach dla Ciebie ważnych, gdy masz wątpliwości?					
29. Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?					
30. Kto doradza Ci w jaki sposób postąpić, gdy znajdziesz się w sytuacji dla Ciebie bez wyjścia?					
Wsparcie duchowe					
31. Kto wspiera Cię duchowo, byś mógł/mogła odnaleźć siłę we wspólnocie?					
32. Kto w chwilach zwątpienia daje Ci wsparcie w wierze?					
33. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?					
34. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?					
35. Kto w sytuacji utraty wiary pomaga Ci szukać oparcia w Bogu/Sile Wyższej?					
36. Kto wspiera Cię w poszukiwaniu sensu różnych sytuacji, gdy go nie widzisz?					

TWIERDZENIA	1	2	3	4	5
37. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?					
38. Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?					
39. Kto ukazuje Ci potrzebę bycia we wspólnocie z innymi, gdy czujesz się słaby (-a)?					
40. Kto pokazuje Ci siłę wspólnoty, gdy poszukujesz oparcia?					
41. Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?					

DODATKOWE UWAGI:

ZAŁĄCZNIK NR 2 – WSPÓŁCZYNNIK W-KENDALLA

SKALA	W-Kendalla	p
SKALA SYMPTOMÓW ZABURZENIA ZWIĄZANEGO Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ	0,152	0,233
SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU	0,295	0,002
SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY	0,317	<0,001
Stopień, w jakim jednostka pragnie zmiany i postrzega ją jako ważną	0,198	0,148
Wiara w możliwość wprowadzenia zamiany w życie / podtrzymania tej zmiany	0,343	0,002
Gotowość do zainicjowania zmiany / podtrzymania zmiany	0,321	0,025
SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI	0,136	0,329
SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH	0,346	<0,001
SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH	0,236	<0,001
Agresja przeciwko innym ludziom lub rzeczom	0,200	0,015
Autoagresja	0,344	0,001
SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH	0,227	0,003
Relacje rodzinne	0,115	0,536
Relacje zawodowe	0,391	0,003
Relacje towarzyskie	0,217	0,067
SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO	0,188	0,021
Wsparcie emocjonalne	0,200	0,119
Wsparcie wartościujące	0,124	0,437
Wsparcie informacyjne/instrumentalne	0,128	0,421
Wsparcie duchowe	0,279	0,013

ZAŁĄCZNIK NR 3 – ŚREDNIA OCEN SĘDZIÓW KOMPETETNYCH DLA POZYCJI

	SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
14	Odczuwam silną potrzebę przywrócenia stanu wywołanego zażyciem narkotyków	8	3,25	1,035	2	5	12,75
3	Odczuwam w tym momencie potrzebę zażycia narkotyków	8	3,00	1,195	2	5	11,50
13	Odczuwam chęć uzyskania stanu psychicznego wywołanego przez narkotyki	8	3,00	1,309	1	5	11,44
15	Często odczuwam wewnętrzny przymus zdobycia narkotyków	8	2,63	1,061	1	4	11,31
12	Przeżywam silne pragnienie sięgnięcia po narkotyki	8	2,63	1,302	1	5	10,56
11	Czuję, że muszę zażyć narkotyki	8	2,38	1,302	1	5	9,19
8	O niczym nie myślę tak intensywnie jak o narkotykach	8	2,25	1,389	1	5	8,75
1	Gdy nie biorę narkotyków odczuwam niepokój	8	2,25	1,753	1	5	7,94
4	Zrobiłbym (-abym) wszystko, aby tylko móc zażyć narkotyki	8	2,00	1,309	1	5	7,69
5	Brak możliwości zażycia narkotyków wywołuje u mnie nieprzyjemne uczucia	8	2,13	1,808	1	5	7,06
6	Często pierwszą myślą po przebudzeniu jest myśl o narkotykach	8	1,88	1,356	1	5	7,06
16	Często czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć	8	1,63	0,916	1	3	7,00
10	Odczuwam silną chęć zażycia narkotyków	8	1,88	1,458	1	5	6,56
7	Większość moich myśli dotyczy narkotyków	8	1,63	0,916	1	3	6,50
9	Czuję nawracającą potrzebę wzięcia narkotyków	8	1,63	0,744	1	3	6,31
2	Zdarzają się sytuacje, kiedy jedyne o czym myślę, to chęć zażycia narkotyków	8	1,13	0,354	1	2	4,38

	SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
24	Potrzebuję pomocy by rozwiązać moje problemy związane z zażywaniem narkotyków (R)	8	3,00	1,773	1	5	17,94
20	Nie ma co myśleć o rozwiązaniu moich problemów wynikających z brania narkotyków, trzeba działać	8	2,38	1,302	1	5	17,25
23	To najlepszy czas bym rozwiązał (-a) moje problemy związane z narkotykami	8	2,13	1,126	1	4	17,19
18	Skoro inni poradzili sobie z problemem brania narkotyków, to i ja potrafię	8	2,25	1,389	1	5	16,69
16	Poradzę sobie z rozwiązaniem moich problemów związanych z zażywaniem narkotyków	8	2,13	1,246	1	5	16,06
9	Moja determinacja pozwoli mi rozwiązać sytuacje trudne wynikające z zażywania narkotyków	8	2,13	1,356	1	5	15,75
5	Niczego tak nie pragnę jak zachować abstynencję od narkotyków	8	1,88	0,835	1	3	14,75
8	Wierzę, że uda mi się zmienić moje problematyczne zachowania wynikające z zażywania narkotyków	8	1,63	0,744	1	3	14,13
1	Osiągnięcie abstynencji od narkotyków jest najważniejsze w moim życiu	8	1,75	0,886	1	3	13,81
2	Obiecałem (-am) sobie, że rozwiążę problemy związane z zażywaniem narkotyków	8	1,75	1,035	1	4	13,75
12	Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	8	1,50	0,535	1	2	13,13
22	Teraz mam na głowie ważniejsze rzeczy niż rozwiązywanie moich problemów związanych z zażywaniem narkotyków (R)	8	1,63	1,061	1	4	12,50
11	Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	8	1,50	0,756	1	3	12,19
6	Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne	8	1,38	0,744	1	3	11,38
4	Moim priorytetem jest zachowanie abstynencji od narkotyków	8	1,25	0,463	1	2	10,75
19	Mam dokładny plan tego, jak poradzić sobie z zażywaniem narkotyków lub zachować abstynencję	8	1,25	0,463	1	2	10,31
17	Zachowanie abstynencji od narkotyków leży poza zasięgiem moich możliwości (R)	8	1,13	0,354	1	2	9,38
3	Jestem pewny (-a), że decyzja o zaprzestaniu zażywania narkotyków jest najważniejszą jaką podjąłem (-ęłam)	8	1,13	0,354	1	2	9,31
7	Wśród spraw, które muszę w swoim życiu uporządkować, problemy związane z zażywaniem narkotyków są najważniejsze	8	1,13	0,354	1	2	9,31
14	Jest zbyt wiele przeszkód, żebym mógł (mogła) zachować abstynencję od narkotyków (R)	8	1,13	0,354	1	2	9,25
21	Jestem gotowy (-a) do zaprzestania brania narkotyków lub zachowania abstynencji	8	1,13	0,354	1	2	9,25
13	Ufam, że mogę funkcjonować bez narkotyków	8	1,13	0,354	1	2	9,00
15	Nawet jeśli spróbuję zachować abstynencję od narkotyków, to i tak mi się to nie uda (R)	8	1,13	0,354	1	2	9,00
10	Jestem zdolny (-a) do tego, aby zachować abstynencję od narkotyków	8	1,00	0,000	1	1	7,94

	SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
15	Nic nie jest w stanie odwieść mnie od realizacji zaplanowanego celu	8	2,50	1,414	1	5	28,00
20	Dobrze radzę sobie z trudnymi sytuacjami	8	2,38	1,768	1	5	24,75
2	Za każdym razem, gdy coś planuję, kieruję się bilansem zysków i strat	8	2,13	1,553	1	5	23,81
9	Nie mam trudności z realizacją tego, co sobie założyłem (-am)	8	1,88	1,126	1	4	23,31
25	W razie wystąpienia przeciwności losu, potrafię sobie z nimi poradzić	8	1,88	1,126	1	4	23,06
8	Wiem, jak radzić sobie z przeszkodami, które mogę napotkać dążąc do celu	8	1,75	1,035	1	4	23,06
1	Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)	8	1,63	0,744	1	3	22,63
3	Określając cel biorę pod uwagę zyski i straty z niego wynikające	8	1,50	0,535	1	2	22,13
6	Gdy chcę osiągnąć zamierzony cel, każdy krok mam dokładnie zaplanowany	8	1,50	0,535	1	2	22,13
22	Żeby coś osiągnąć, muszę mieć kogoś, kto mnie kontroluje (R)	8	1,88	1,458	1	5	21,50
36	Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu	8	1,63	0,916	1	3	21,50
11	Jestem w stanie precyzyjnie określić ważne cele życiowe, które zamierzam zrealizować	8	1,50	0,756	1	3	21,19
23	Wiem, jak zrealizować cel, do którego dążę	8	1,63	1,061	1	4	20,94
10	Niepowodzenia podczas realizacji podejmowanych zadań powodują, że tracę wiarę we własne możliwości (R)	8	1,50	0,756	1	3	20,63
18	Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć	8	1,50	0,756	1	3	20,13
13	Potrafię określić kroki, które przybliżą mnie do osiągnięcia celu	8	1,50	0,756	1	3	20,06
4	Potrafię przewidzieć zyski i straty na drodze do określonego celu	8	1,38	0,518	1	2	19,81
31	Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić	8	1,38	0,518	1	2	19,81
34	Potrafię zmienić swoje działania tak, by były skuteczniejsze	8	1,50	0,756	1	3	19,38
35	Potrafię jasno określić cel swoich działań	8	1,38	0,518	1	2	19,38
14	Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić	8	1,38	0,518	1	2	19,19
12	Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu	8	1,38	0,744	1	3	18,00
28	Jestem w stanie zdyscyplinować się w trakcie realizacji celu, do którego dążę	8	1,38	0,744	1	3	17,94
30	Wiem, ile potrzebuję czasu, aby osiągnąć określony cel	8	1,25	0,463	1	2	17,81
16	Potrafię sprecyzować, czego dokładnie chcę	8	1,25	0,463	1	2	17,69
29	Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele	8	1,25	0,463	1	2	17,69
32	Wiem, co po kolei muszę zrobić, żeby osiągnąć określony cel	8	1,25	0,463	1	2	17,50
24	Potrafię zaplanować drogę do celu, jaki sobie postawiłem (-am)	8	1,25	0,463	1	2	17,06

38	Potrafię po kolei przeprowadzić działania ku realizacji zamierzonego celu	8	1,25	0,463	1	2	17,06
5	Umiem zaplanować zadania, które muszę wykonać, by osiągnąć zamierzony cel	8	1,25	0,463	1	2	17,00
33	Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu	8	1,25	0,463	1	2	17,00
26	Potrafię zrealizować działania, które zaplanowałem (-am)	8	1,50	1,414	1	5	16,81
21	Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)	8	1,38	1,061	1	4	16,44
19	Potrafię dobrze planować swoje działania	8	1,13	0,354	1	2	15,38
7	Mam trudności z przewidywaniem przeszkód na drodze do osiągnięcia zamierzonego celu (R)	8	1,13	0,354	1	2	15,31
17	Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć	8	1,13	0,354	1	2	15,31
27	Posiadam umiejętności, które pozwalają mi realizować moje plany	8	1,13	0,354	1	2	15,31
37	Przewiduję sytuacje, które mogą utrudnić mi realizację celu	8	1,13	0,354	1	2	15,31

	SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
24	W skrajnych emocjach zachowuję się ekstremalnie	8	2,88	1,458	1	5	20,75
19	Pozytywne uczucia biorą górę nad moim rozsądkiem	8	2,25	0,707	1	3	19,63
26	Często pod wpływem emocji podejmuję nowe i ekscytujące działania	8	2,38	1,302	1	5	18,50
16	Gdy odczuwam pozytywne emocje, nie zastanawiam się nad tym, co robię	8	2,00	0,756	1	3	18,06
27	Pod wpływem chwili podejmuję ekstremalne wyzwania	8	2,13	1,126	1	4	17,63
17	Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia	8	1,88	0,641	1	3	17,13
21	Odczuwając negatywne emocje nie zastanawiam się nad swoim działaniem	8	1,88	0,991	1	4	16,44
3	W negatywnych emocjach działam pochopnie	8	1,88	0,835	1	3	16,38
25	Pod wpływem impulsu robię szalone rzeczy	8	1,88	0,835	1	3	16,38
6	Często działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji	8	1,88	1,126	1	4	15,88
7	Działam pochopnie w sytuacjach, w których czuję pozytywne emocje	8	1,75	0,463	1	2	15,88
12	Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie	8	1,75	0,886	1	3	15,13
15	Gdy czymś się ekscytuję, nie kontroluję swojego zachowania	8	1,63	0,744	1	3	14,13
5	W sytuacjach zadaniowych emocje nigdy nie biorą nade mną góry (R)	8	1,63	0,744	1	3	14,06
1	Negatywne emocje często biorą nade mną górę i popychają do nieprzemyślanego działania	8	1,63	0,744	1	3	13,88
20	Gdy jestem zły (-a) podejmuję pochopne decyzje	8	1,63	0,916	1	3	13,69
2	Często działam pod wpływem negatywnych emocji	8	1,50	0,535	1	2	13,25
11	Gdy odczuwam euforię, podejmuję pochopne decyzje	8	1,50	0,756	1	3	13,00
13	Kiedy jestem zdenerwowany (-a), działam bez namysłu	8	1,50	0,756	1	3	12,75
14	Pod wpływem emocji bardzo łatwo rozpraszam się w trakcie działania	8	1,50	0,756	1	3	12,69
18	Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje	8	1,38	0,518	1	2	11,50
10	Często działam pod wpływem impulsu	8	1,25	0,463	1	2	10,06
8	W emocjach często działam bez przemyślenia konsekwencji	8	1,13	0,354	1	2	8,63
9	Pod wpływem emocji podejmuję decyzje bez zastanowienia	8	1,13	0,354	1	2	8,63
22	Niezależnie od odczuwanych emocji potrafię skoncentrować się na wykonywanych czynnościach (R)	8	1,13	0,354	1	2	8,63
4	Pod wpływem emocji często działam pochopnie	8	1,00	0,000	1	1	7,69
23	Często najpierw coś robię, a potem myślę	8	1,00	0,000	1	1	7,69

	SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
37	Często mimiką twarzy okazuję samemu (-j) sobie niechęć	8	3,00	1,195	1	5	39,94
9	Gdy kogoś nie lubię, okazuję mu to wykorzystując mowę ciała	8	2,75	1,282	1	5	36,63
41	Stojąc przed lustrem mimiką i gestami wyrażam pogardę do samego (-j) siebie	8	2,63	1,061	1	4	36,00
34	Czasem robię takie miny, żeby ludzie się bali do mnie podejść	8	2,25	1,035	1	4	32,25
46	Gdy jestem zły (-a) wykonuję wobec siebie obraźliwe miny lub gesty	8	2,13	1,246	1	4	29,81
35	Często nic nie robię, gdy ktoś oczekuje pomocy	8	2,00	0,926	1	3	29,69
2	Często zadaję innym ból fizyczny	8	2,25	1,581	1	5	28,88
22	Świadomie przyjmuję taki wyraz twarzy, żeby ludzie się mnie bali	8	2,00	1,069	1	4	28,63
32	Często celowo nie pomagam innym	8	2,00	1,195	1	4	27,94
28	Nie udzielam pomocy osobom, które na to nie zasługują	8	2,00	1,069	1	3	27,44
8	Moją mimiką twarzy okazuję niechęć wobec tych, których nie lubię	8	2,00	1,069	1	4	27,31
23	Często złośliwie nie pomagam innym	8	1,75	0,886	1	3	27,31
36	Często rozładowuję na sobie negatywne emocje, obrzucając się różnymi epitetami	8	1,88	1,126	1	4	26,94
31	Używam obraźliwych gestów wobec innych	8	1,75	0,886	1	3	26,44
27	Kiedy kogoś nie szanuję uprzykrzam mu życie	8	2,00	1,414	1	5	26,38
16	Używam siły przeciwko innym	8	1,88	1,126	1	4	25,94
45	Strofuję siebie używając przy tym wulgarnych słów	8	1,88	1,126	1	4	25,81
17	Gdy chcę odreagować nieprzyjemne uczucia, niszczę przedmioty	8	1,75	0,707	1	3	25,63
26	Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa	8	1,63	0,916	1	3	25,25
3	Gdy mnie ktoś zdenerwuje to sprawiam mu ból fizyczny	8	1,75	1,165	1	4	25,00
25	Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści	8	1,63	0,916	1	3	25,00
40	Często w myślach wyzywam siebie samego (-ą)	8	1,75	1,165	1	4	24,06
10	Ludzie, których nie darzę sympatią, nie otrzymają ode mnie pomocy	8	1,63	0,744	1	3	23,94
4	Negatywne uczucia wobec innych wyładowuję niszcząc ich własność	8	1,50	0,535	1	2	23,25
7	W sytuacji frustracji wypowiadam wobec innych dużo obraźliwych słów	8	1,50	0,756	1	3	22,81
44	Gdy coś mi nie wychodzi pogardliwie o sobie myślę lub mówię	8	1,75	1,165	1	4	22,50
38	Często w różnych sytuacjach zadaję sobie ból fizyczny	8	1,50	0,756	1	3	22,31
47	Często celowo nie szukam dla siebie pomocy, gdyż chcę cierpieć	8	1,50	0,926	1	3	22,13
13	Stosuję obraźliwe gesty w stosunku do tych, którzy mnie zdenerwowali	8	1,38	0,518	1	2	21,25
42	Gdy chcę odreagować, zadaję sobie ból	8	1,38	0,744	1	3	21,13
1	Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną	8	1,50	0,926	1	3	20,94
5	Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność	8	1,38	0,518	1	2	20,69

12	Używam wyzwisk wobec ludzi, których nie lubię	8	1,38	0,518	1	2	20,69
30	Stosuję groźby, aby osiągnąć zamierzony cel	8	1,38	0,744	1	3	20,63
29	Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę cudzą własność	8	1,38	0,518	1	2	20,44
21	Używam gestów by kogoś obrazić	8	1,38	0,744	1	3	20,06
14	Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy	8	1,38	0,744	1	3	18,56
43	Często w złości niszczę swoje rzeczy	8	1,38	0,744	1	3	18,56
33	W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty	8	1,25	0,463	1	2	18,44
6	Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych	8	1,25	0,463	1	2	18,13
11	Gdy jestem sfrustrowany (-a), to niszczę rzeczy należące do innych ludzi	8	1,25	0,463	1	2	18,13
18	Gdy chcę komuś dokuczyć to niszczę jego rzeczy	8	1,25	0,463	1	2	18,13
19	Często używam wulgaryzmów względem drugiej osoby	8	1,25	0,463	1	2	18,13
24	Wyładowuję frustrację bijąc się z innymi	8	1,25	0,463	1	2	18,13
20	Bywa, że mówię coś tylko po to, by kogoś zranić	8	1,25	0,707	1	3	18,06
39	Niszczę swoje rzeczy, gdy coś mi nie wychodzi	8	1,25	0,707	1	3	16,56
15	Zdarza mi się kogoś pobić	8	1,13	0,354	1	2	16,19

	SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
17	Moje kontakty zawodowe oparte są na szczerości	8	2,50	1,195	1	4	27,38
18	Na gruncie zawodowym ufam ludziom, z którymi pracuję	8	2,25	1,165	1	4	24,75
5	W mojej rodzinie jesteśmy ze sobą bardzo zżyci	8	1,88	1,126	1	4	21,88
22	Posiadam zadowalające/satysfakcjonujące relacje z osobami, z którymi pracuję	8	1,63	0,744	1	3	20,94
31	Posiadam satysfakcjonujące relacje towarzyskie	8	1,63	0,744	1	3	20,94
24	Mam poczucie silnej więzi z moimi znajomymi	8	1,63	0,744	1	3	20,31
10	Posiadam bliskie relacje z osobami z mojej rodziny	8	1,63	0,744	1	3	19,81
1	Podtrzymuję stały i bardzo dobry kontakt z moją rodziną	8	1,75	1,165	1	4	19,63
29	Moje relacje ze znajomymi są zażyłe	8	1,50	0,535	1	2	19,50
21	W mojej pracy jestem anonimowy (-a) (R)	8	1,63	0,916	1	3	19,31
9	Posiadam satysfakcjonujące relacje z członkami mojej rodziny	8	1,50	0,756	1	3	19,19
7	Gdy nie mam kontaktu z moją rodziną, to źle się z tym czuję	8	1,63	0,916	1	3	19,00
11	Jestem przywiązany (-a) do mojej rodziny	8	1,63	0,916	1	3	19,00
13	Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną	8	1,50	0,756	1	3	18,63
20	W mojej pracy panuje dobra atmosfera	8	1,50	0,756	1	3	18,06
3	Odczuwam potrzebę bycia w stałym kontakcie z członkami mojej rodziny	8	1,63	1,188	1	4	17,88
33	Moje relacje towarzyskie cieszą mnie	8	1,38	0,518	1	2	17,63
34	Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi	8	1,38	0,744	1	3	17,06
2	Gdy jest mi źle szukam kontaktu z moją rodziną	8	1,50	1,069	1	4	17,00
4	Odczuwam silną więź z osobami z rodziny	8	1,50	1,069	1	4	16,69
27	Utrzymuję bliskie kontakty towarzyskie	8	1,25	0,463	1	2	16,31
6	W mojej rodzinie dobrze się ze sobą dogadujemy	8	1,25	0,463	1	2	16,19
16	Lubię ludzi z mojej pracy	8	1,25	0,463	1	2	15,69
32	Chętnie spotykam się ze znajomymi	8	1,25	0,707	1	3	15,19
30	Mam przyjaciół, którzy są mi bardzo bliscy	8	1,25	0,707	1	3	15,06
14	Czuję się komfortowo w gronie rodziny	8	1,13	0,354	1	2	14,56
15	Lubię spędzać czas z członkami mojej rodziny	8	1,13	0,354	1	2	14,19
26	Moje życie towarzyskie to dla mnie źródło zadowolenia	8	1,13	0,354	1	2	14,19
8	Nie interesuje mnie, co dzieje się u członków mojej rodziny (R)	8	1,13	0,354	1	2	13,94
19	Dobrze dogaduję się z ludźmi w pracy	8	1,13	0,354	1	2	13,94
12	Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre	8	1,13	0,354	1	2	13,88
23	Mam dobry kontakt z moimi kolegami/koleżankami z pracy	8	1,00	0,000	1	1	12,44
25	Czas spędzany z moimi znajomymi sprawia mi przyjemność	8	1,00	0,000	1	1	12,44
28	Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich	8	1,00	0,000	1	1	12,44

	SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO						
		N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Średnia ranga
31	Kto wspiera Cię duchowo, byś mógł/mogła odnaleźć siłę we wspólnocie?	8	2,63	0,916	1	4	32,06
39	Kto ukazuje Ci potrzebę bycia we wspólnocie z innymi, gdy czujesz się słaby (-a)?	8	2,25	1,165	1	4	28,25
22	Kto może udzielić Ci wsparcia, gdy masz trudności w znalezieniu rozwiązania problemu?	8	2,63	1,685	1	5	28,13
21	Kto może doradzić Ci i pomóc w sytuacji, gdy czujesz się przytłoczony (-a) natłokiem informacji?	8	2,00	1,069	1	3	26,38
8	Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach, w których nie możesz poradzić sobie z jakimś problemem?	8	2,13	1,356	1	5	26,06
40	Kto pokazuje Ci siłę wspólnoty, gdy poszukujesz oparcia?	8	2,13	1,126	1	4	25,88
3	Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych przywraca Ci wiarę, że wszystko będzie dobrze?	8	2,00	1,195	1	4	25,69
10	Kto daje Ci poczucie akceptacji i uznania w chwilach Twojego zwątpienia we własne siły?	8	2,13	1,458	1	5	24,63
30	Kto doradza Ci w jaki sposób postąpić, gdy znajdziesz się w sytuacji dla Ciebie bez wyjścia?	8	1,75	0,886	1	3	24,13
25	Kto w niejasnych dla Ciebie sytuacjach pomaga Ci je zrozumieć?	8	1,88	1,356	1	4	23,75
19	Kto może Ci pomóc w zdobyciu informacji potrzebnych do rozwiązania trudnej sytuacji?	8	1,75	0,886	1	3	23,06
1	Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?	8	1,75	1,389	1	5	22,81
17	Kto docenia Cię i dowartościowuje w sytuacjach, kiedy nie dostrzegasz swoich zalet i umiejętności?	8	1,63	0,916	1	3	21,81
18	Kto pomaga Ci odzyskać poczucie własnej wartości, gdy czujesz się bezwartościowy (-a)?	8	1,63	0,916	1	3	21,81
36	Kto wspiera Cię w poszukiwaniu sensu różnych sytuacji, gdy go nie widzisz?	8	1,63	0,916	1	3	21,81
23	Kto w sytuacjach dla Ciebie trudnych pomaga Ci w rozwiązywaniu problemów?	8	1,50	0,756	1	3	21,25
13	Kto wierzy, że poradzisz sobie z trudnymi sytuacjami, nawet gdy sam (-a) tracisz w to wiarę?	8	1,75	1,165	1	4	21,00
32	Kto w chwilach zwątpienia daje Ci wsparcie w wierze?	8	1,50	0,756	1	3	21,00
4	Kto w sytuacjach dla Ciebie beznadziejnych przywraca Ci nadzieję?	8	1,50	0,756	1	3	20,75
12	Kto wskazuje Ci Twoje pozytywne umiejętności, w sytuacjach w których sam (-a) ich nie zauważasz?	8	1,50	0,756	1	3	20,75
24	Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?	8	1,63	1,408	1	5	20,50
2	Kto daje Ci otuchę i oparcie, gdy czujesz, że tracisz grunt pod nogami?	8	1,50	1,069	1	4	20,13
34	Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?	8	1,38	0,744	1	3	19,88
27	Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?	8	1,50	0,926	1	3	19,69
38	Kto pomaga Ci odnaleźć poczucie sensu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	8	1,38	0,744	1	3	19,06
37	Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?	8	1,38	0,744	1	3	19,00
28	Kto udziela Ci rad w sprawach dla Ciebie ważnych, gdy masz wątpliwości?	8	1,38	0,744	1	3	18,81
29	Kto doradza Ci w sytuacjach, z których nie widzisz wyjścia?	8	1,38	0,744	1	3	18,81

35	Kto w sytuacji utraty wiary pomaga Ci szukać oparcia w Bogu/Sile Wyższej?	8	1,38	0,744	1	3	18,81
33	Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?	8	1,25	0,463	1	2	18,25
26	Kto wskazuje Ci możliwe rozwiązania, gdy ich nie widzisz?	8	1,38	1,061	1	4	18,00
5	Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?	8	1,25	0,463	1	2	17,88
7	Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	8	1,25	0,463	1	2	17,06
11	Kto potrafi Cię docenić biorąc pod uwagę tak Twoje wady jak i zalety?	8	1,25	0,463	1	2	17,06
14	Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?	8	1,25	0,463	1	2	17,06
15	Kto pokazuje Ci Twoje mocne strony, gdy czujesz się nic nie wart (-a)?	8	1,25	0,463	1	2	17,06
16	Kto docenia Twoją pracę i codzienny wysiłek w sytuacjach, kiedy czujesz się niedoceniany (-a)?	8	1,25	0,463	1	2	17,06
41	Kto jest w stanie dać Ci duchowe wsparcie, gdy czujesz się zagubiony (-a)?	8	1,25	0,463	1	2	17,06
9	Kto jest gotów wysłuchać Cię, gdy masz problem?	8	1,50	1,414	1	5	16,50
20	Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?	8	1,25	0,707	1	3	16,38
6	Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach, w których czujesz się zagrożony (-a)?	8	1,13	0,354	1	2	15,94

ZAŁĄCZNIK NR 4 – STATYSTYKI OPISOWE DLA SKAL I PODSKAL

NAZWA SKALI I PODSKALI	N	Min	Max	Mo	Me	M	SD	Skośność	Kurtoza
Skala symptomów zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnej	111	2	19	19	15	14	4,50	-0,73	-0,59
Skala pragnienia narkotyku	119	5	25	5	12	12,67	5,94	0,54	-0,70
Skala motywacji do zmiany	119	22	106	75	67	64,48	16,82	0,00	-0,30
Skala ogólnego poczucia własnej skuteczności	117	59	165	122	122	119,77	18,81	-0,32	0,33
Skala zachowań impulsywnych	117	34	90	86	79	76,32	10,93	-1,00	0,98
Skala zachowań agresywnych	98	26	107	32	48	50,54	18,32	0,94	0,57
Podskala agresji przeciwko innym ludziom lub rzeczom	103	19	84	19	35	36,34	14,77	1,14	1,12
Podskala autoagresji	112	7	35	10	14	14,55	6,08	1,10	1,10
Skala relacji społecznych	107	31	101	64[a]	69	68,70	16,89	-0,14	-0,79
Podskala relacji rodzinnych	112	12	45	35[a]	32	31,02	9,30	-0,21	-0,96
Podskala relacji towarzyskich	113	7	35	28	22	21,77	6,80	-0,16	-0,70
Podskala relacji zawodowych	115	5	25	19	16	16,15	4,59	-0,27	-0,44
Skala wsparcia społecznego	96	4	120	5	81	72,78	33,44	-0,70	-0,52
Podskala wsparcia emocjonalnego	95	3	20	16	15	13,82	4,96	-0,64	-0,77
Podskala wsparcia wartościującego	85	3	35	21[a]	25	24,61	7,64	-0,63	0,00
Podskala wsparcia informacyjno-instrumentalnego	87	3	40	24	28	25,49	10,15	-0,50	-0,76
Podskala wsparcia duchowego	82	5	25	20	17	16,63	5,51	-0,41	-0,67

[a] Istnieje wiele wartości modalnych. Podano wartość najmniejszą

ZAŁĄCZNIK NR 5 – MACIERZE KORELACJI PYTAŃ PODOBNYCH

SKALA PRAGNIENIA NARKOTYKU

	4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków	5. Odczuwam silną chęć zażycia narkotyków	6. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć
4. Mam potrzebę wzięcia narkotyków	1	,818**	,823**
5. Odczuwam silną chęć zażycia narkotyków	,818**	1	,844**
6. Czuję wewnętrzny nacisk zażycia narkotyków, któremu nie umiem się oprzeć	,823**	,844**	1

SKALA MOTYWACJI DO ZMIANY

	36. Moim priorytetem jest zachowanie abstynencji od narkotyków	38. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest najważniejsze w moim życiu	41. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne
36. Moim priorytetem jest zachowanie abstynencji od narkotyków	1	,647**	,648**
38. Osiągnięcie lub zachowanie abstynencji od narkotyków jest najważniejsze w moim życiu	,647**	1	,532**
41. Zerwanie z narkotykami lub wytrwanie w abstynencji jest dla mnie bardzo ważne	,648**	,532**	1

	11. Jestem zdolny (-a) do tego, aby zachować abstynencję od narkotyków	12. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	33. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję
11. Jestem zdolny (-a) do tego, aby zachować abstynencję od narkotyków	1	,734**	,616**
12. Wierzę, że mogę zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	,734**	1	,636**
33. Jestem wystarczająco silny (-a), aby zrezygnować z zażywania narkotyków lub zachować abstynencję	,616**	,636**	1

SKALA OGÓLNEGO POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

	9. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć	22. Potrafię przewidzieć zyski i straty na drodze do określonego celu
9. Potrafię przewidzieć, jakie korzyści i straty przyniesie to, co chcę osiągnąć	1	,502**
22. Potrafię przewidzieć zyski i straty na drodze do określonego celu	,502**	1

	34. Potrafię sprecyzować, czego dokładnie chcę	45. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele	50. Potrafię jasno określić cel swoich działań
34. Potrafię sprecyzować, czego dokładnie chcę	1	,408**	,499**
45. Potrafię wyznaczać sobie konkretne cele	,408**	1	,494**
50. Potrafię jasno określić cel swoich działań	,499**	,494**	1

	1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu	4. Potrafię zaplanować drogę do celu, jaki sobie postawiłem (-am)
1. Jestem w stanie planować kroki do realizacji określonego celu	1	,682**
4. Potrafię zaplanować drogę do celu, jaki sobie postawiłem (-am)	,682**	1

	2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić	39. Gdy chcę osiągnąć zamierzony cel, każdy krok mam dokładnie zaplanowany
2. Zanim zacznę konkretne działania, dokładnie planuję, co muszę zrobić	1	,585**
39. Gdy chcę osiągnąć zamierzony cel, każdy krok mam dokładnie zaplanowany	,585**	1

	48. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu	51. Przewiduję sytuacje, które mogą utrudnić mi realizację celu
48. Potrafię przewidzieć przeszkody, które pojawią się w trakcie realizacji celu	1	,484**
51. Przewiduję sytuacje, które mogą utrudnić mi realizację celu	,484**	1

	20. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)	43. Posiadam umiejętności, które pozwalają mi realizować moje plany
20. Posiadam umiejętności konieczne do osiągnięcia tego, co sobie założyłem (-am)	1	,592**
43. Posiadam umiejętności, które pozwalają mi realizować moje plany	,592**	1

	3. Wiem, jak zrealizować cel, do którego dążę	35. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć	47. Wiem, co po kolei muszę zrobić, żeby osiągnąć określony cel
3. Wiem, jak zrealizować cel, do którego dążę	1	,490**	,465**
35. Gdy mam jasno określony cel, to wiem, co zrobić, aby go osiągnąć	,490**	1	,412**
47. Wiem, co po kolei muszę zrobić, żeby osiągnąć określony cel	,465**	,412**	1

	24. Umiem zaplanować zadania, które muszę wykonać, by osiągnąć zamierzony cel	30. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu	31. Potrafię określić kroki, które przybliżą mnie do osiągnięcia celu
24. Umiem zaplanować zadania, które muszę wykonać, by osiągnąć zamierzony cel	1	,590**	,591**
30. Potrafię zaplanować działania w sposób, który umożliwi mi osiągnięcie celu	,590**	1	,751**
31. Potrafię określić kroki, które przybliżą mnie do osiągnięcia celu	,591**	,751**	1

	5. W razie wystąpienia przeciwności losu, potrafię sobie z nimi poradzić	6. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić	27. Wiem, jak radzić sobie z przeszkodami, które mogę napotkać dążąc do celu
5. W razie wystąpienia przeciwności losu, potrafię sobie z nimi poradzić	1	,694**	,434**
6. Gdy w trakcie realizacji celu pojawiają się trudności, potrafię sobie z nimi poradzić	,694**	1	,438**
27. Wiem, jak radzić sobie z przeszkodami, które mogę napotkać dążąc do celu	,434**	,438**	1

	8. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)	37. Potrafię po kolei przeprowadzić działania ku realizacji zamierzonego celu	42. Potrafię zrealizować działania, które zaplanowałem (-am)
8. Potrafię zrealizować to, co zaplanowałem (-am)	1	,526**	,614**
37. Potrafię po kolei przeprowadzić działania ku realizacji zamierzonego celu	,526**	1	,562**
42. Potrafię zrealizować działania, które zaplanowałem (-am)	,614**	,562**	1

SKALA ZACHOWAŃ IMPULSYWNYCH

	1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania	2. Działam pod wpływem negatywnych emocji	3. W negatywnych emocjach działam pochopnie
1. Negatywne emocje popychają mnie do nieprzemyślanego działania	1	,701**	,698**
2. Działam pod wpływem negatywnych emocji	,701**	1	,771**
3. W negatywnych emocjach działam pochopnie	,698**	,771**	1

	12. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie	13. Kiedy jestem zdenerwowany (-a), działam bez namysłu
12. Gdy coś mnie zdenerwuje, przestaję kontrolować swoje zachowanie	1	,728**
13. Kiedy jestem zdenerwowany (-a), działam bez namysłu	,728**	1

	6. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji	7. Działam pochopnie w sytuacjach, w których czuję pozytywne emocje	16. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia
6. Działam pochopnie pod wpływem nawet chwilowej ekscytacji	1	,658**	,567**
7. Działam pochopnie w sytuacjach, w których czuję pozytywne emocje	,658**	1	,665**
16. Gdy odczuwam pozytywne emocje działam bez zastanowienia	,567**	,665**	1

	11. Gdy odczuwam euforię, podejmuję pochopne decyzje	17. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje
11. Gdy odczuwam euforię, podejmuję pochopne decyzje	1	,552**
17. Pod wpływem silnych przyjemnych uczuć podejmuję nieprzemyślane decyzje	,552**	1

	8. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji	9. Pod wpływem emocji podejmuję decyzje bez zastanowienia	35. Pod wpływem emocji działam pochopnie
8. W emocjach działam bez przemyślenia konsekwencji	1	,835**	,667**
9. Pod wpływem emocji podejmuję decyzje bez zastanowienia	,835**	1	,661**
35. Pod wpływem emocji działam pochopnie	,667**	,661**	1

SKALA ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

PODSKALA AGRESJI PRZECIWKO INNYM LUDZIOM LUB RZECZOM

	23. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną	24. Gdy mnie ktoś zdenerwuje to sprawiam mu ból fizyczny
23. Konflikty rozwiązuję stosując przemoc fizyczną	1	,833**
24. Gdy mnie ktoś zdenerwuje to sprawiam mu ból fizyczny	,833**	1

	36. Gdy chcę odreagować nieprzyjemne uczucia, niszczę przedmioty	45. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty
36. Gdy chcę odreagować nieprzyjemne uczucia, niszczę przedmioty	1	,486**
45. Gdy jestem rozdrażniony (-a), niszczę przedmioty	,486**	1

	25. Negatywne uczucia wobec innych wyładowuję niszcząc ich własność	26. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność
25. Negatywne uczucia wobec innych wyładowuję niszcząc ich własność	1	,767**
26. Gdy jestem zdenerwowany (-a) na kogoś odreagowuję niszcząc jego własność	,767**	1

	22. W złości niszczę swoje rzeczy	48. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty	51. Niszczę swoje rzeczy, gdy coś mi nie wychodzi
22. W złości niszczę swoje rzeczy	1	,691**	,699**
48. W złości niszczę różnego rodzaju przedmioty	,691**	1	,616**
51. Niszczę swoje rzeczy, gdy coś mi nie wychodzi	,699**	,616**	1

	18. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych	38. Bywa, że mówię coś tylko po to, by kogoś zranić
18. Używam obelg i różnego rodzaju przekleństw by zranić innych	1	,576**
38. Bywa, że mówię coś tylko po to, by kogoś zranić	,576**	1

	4. Używam wulgaryzmów wobec drugiej osoby	43. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa
4. Używam wulgaryzmów wobec drugiej osoby	1	,462**
43. Wyzywam inne osoby stosując różnego rodzaju obelgi i przekleństwa	,462**	1

	42. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści	46. Stosuję groźby, aby osiągnąć zamierzony cel
42. Grożę innym w celu osiągnięcia własnej korzyści	1	,786**
46. Stosuję groźby, aby osiągnąć zamierzony cel	,786**	1

	39. Używam gestów by kogoś obrazić	47. Używam obraźliwych gestów wobec innych
39. Używam gestów by kogoś obrazić	1	,751**
47. Używam obraźliwych gestów wobec innych	,751**	1

	28. Ludzie, których nie darzę sympatią, nie otrzymają ode mnie pomocy	32. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy
28. Ludzie, których nie darzę sympatią, nie otrzymają ode mnie pomocy	1	,718**
32. Ludziom, których nie lubię, nie udzielę pomocy	,718**	1

SKALA RELACJI SPOŁECZNYCH

PODSKALA RELACJI RODZINNYCH

	5. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną	15. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre	22. Mam satysfakcjonujące relacje z członkami mojej rodziny
5. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji z rodziną	1	,839**	,791**
15. Moje relacje z rodziną uważam za bardzo dobre	,839**	1	,838**
22. Mam satysfakcjonujące relacje z członkami mojej rodziny	,791**	,838**	1

PODSKALA RELACJI TOWARZYSKICH

	4. Utrzymuję bliskie kontakty towarzyskie	6. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi	16. Łączy mnie dobra więź z moimi znajomymi	21. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe
4. Utrzymuję bliskie kontakty towarzyskie	1	,600**	,440**	,507**
6. Pozostaję w bliskich relacjach ze znajomymi	,600**	1	,686**	,607**
16. Łączy mnie dobra więź z moimi znajomymi	,440**	,686**	1	,634**
21. Moje relacje ze znajomymi są zażyłe	,507**	,607**	,634**	1

	18. Moje życie towarzyskie to dla mnie źródło zadowolenia	20. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich	24. Posiadam satysfakcjonujące relacje towarzyskie
18. Moje życie towarzyskie to dla mnie źródło zadowolenia	1	,770**	,696**
20. Jestem zadowolony (-a) z moich relacji towarzyskich	,770**	1	,702**
24. Posiadam satysfakcjonujące relacje towarzyskie	,696**	,702**	1

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

PODSKALA WSPARCIA EMOCJONALNEGO

	1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?	3. Kto w sytuacjach dla Ciebie beznadziejnych przywraca Ci nadzieję?
1. Kto daje Ci nadzieję w sytuacjach zwątpienia?	1	,709**
3. Kto w sytuacjach dla Ciebie beznadziejnych przywraca Ci nadzieję?	,709**	1

	2. Kto daje Ci otuchę i oparcie, gdy czujesz, że tracisz grunt pod nogami?	6. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?
2. Kto daje Ci otuchę i oparcie, gdy czujesz, że tracisz grunt pod nogami?	1	,705**
6. Kto podtrzymuje Cię na duchu w sytuacjach, które są dla Ciebie trudne?	,705**	1

	4. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?	11. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach, w których czujesz się zagrożony (-a)?
4. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa, gdy czujesz się niepewnie?	1	,696**
11. Kto daje Ci poczucie bezpieczeństwa w sytuacjach, w których czujesz się zagrożony (-a)?	,696**	1

PODSKALA WSPARCIA WARTOŚCIUJĄCEGO

	5. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?	9. Kto wskazuje Ci Twoje pozytywne umiejętności, w sytuacjach, w których sam (-a) ich nie zauważasz?
5. Kto docenia Twoje umiejętności, gdy zaczynasz w nie wątpić?	1	,717**
9. Kto wskazuje Ci Twoje pozytywne umiejętności, w sytuacjach, w których sam (-a) ich nie zauważasz?	,717**	1

PODSKALA WSPARCIA INFORMACYJNO-INSTRUMENTALNEGO

	17. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?	31. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?	33. Kto doradza Ci w jaki sposób postąpić, gdy znajdziesz się w sytuacji dla Ciebie bez wyjścia?
17. Kto może poinstruować Cię i wskazać konkretne sposoby rozwiązania Twoich problemów w sytuacjach trudnych?	1	,773**	,695**
31. Kto informuje Cię o tym, co można zrobić w sytuacji, w której nie widzisz rozwiązania?	,773**	1	,766**
33. Kto doradza Ci w jaki sposób postąpić, gdy znajdziesz się w sytuacji dla Ciebie bez wyjścia?	,695**	,766**	1

	25. Kto udziela Ci rad w sprawach dla Ciebie ważnych, gdy masz wątpliwości?	28. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?
25. Kto udziela Ci rad w sprawach dla Ciebie ważnych, gdy masz wątpliwości?	1	,739**
28. Z kim konsultujesz swoje decyzje, gdy wahasz się, co zrobić?	,739**	1

PODSKALA WSPARCIA DUCHOWEGO

	16. Kto wspiera Cię w poszukiwaniu sensu różnych sytuacji, gdy go nie widzisz?	19. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?
16. Kto wspiera Cię w poszukiwaniu sensu różnych sytuacji, gdy go nie widzisz?	1	,691**
19. Kto w sytuacjach dla Ciebie niezrozumiałych pomaga Ci odnaleźć ich sens?	,691**	1

	24. Kto w sytuacji utraty wiary pomaga Ci szukać oparcia w Bogu/Sile Wyższej?	27. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?
24. Kto w sytuacji utraty wiary pomaga Ci szukać oparcia w Bogu/Sile Wyższej?	1	,888**
27. Kto wspiera Cię w szukaniu oparcia w Bogu/Sile Wyższej, gdy jest Ci ciężko?	,888**	1

	21. Kto w chwilach zwątpienia daje Ci wsparcie w wierze?	30. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?
21. Kto w chwilach zwątpienia daje Ci wsparcie w wierze?	1	,724**
30. Kto w sytuacjach zwątpienia wspiera Cię duchowo?	,724**	1