

Raport z realizacji projektu badawczego

„Substytucja. Z terapią czy bez...?”

Dotyczy umowy nr 1/GA/2015 z dnia 02.02.2015 r.

METODA

Problem badawczy

Pytania badawcze oraz hipotezy. W niniejszej pracy starano się odpowiedzieć na następujące pytanie: Czy połączenie metod psychospołecznych z dystrybucją środków substytucyjnych zwiększa skuteczność leczenia osób uzależnionych od opioidów? Jako odpowiedź na tak postawione pytanie sformułowaliśmy następującą hipotezę główną: Połączenie metod psychospołecznych z dystrybucją środka substytucyjnego powoduje większą skuteczność leczenia, niż samo wydawanie w/w preparatu.

W odniesieniu do powyższego założenia przyjęto następujące hipotezy szczegółowe:

1. Wśród pacjentów programów leczenia substytucyjnego, w stosunku do których zastosowano metody psychospołeczne, można odnotować znacznie mniejsze ryzyko wystąpienia nawrotu niż w przypadku pacjentów pozbawionych w/w oddziaływań.
2. Pacjenci programów leczenia substytucyjnego, w stosunku do których zastosowano metody psychospołeczne przejawiają znacznie mniejsze natężenie występowania dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji niż w przypadku pacjentów pozbawionych w/w oddziaływań.
3. Pacjenci objęci oddziaływaniami psychospołecznymi przejawiają bardziej adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, tj. będą przejawiać zachowania typowe dla stylu skoncentrowanego na zadaniu. Pacjenci pozbawieni w/w oddziaływań będą przejawiać zachowania typowe dla stylu skoncentrowanego na emocjach bądź stylu skoncentrowanego na unikaniu.
4. Pacjenci, wśród których zastosowano metody psychospołeczne prezentują większy poziom kompetencji społecznych.

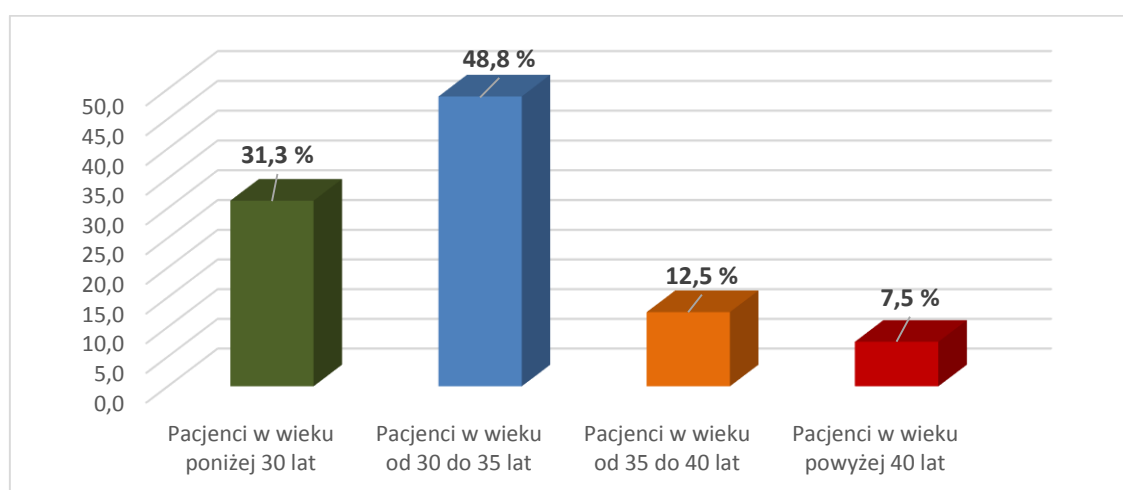
5. Pacjenci, wśród których zastosowano metody psychospołeczne rzadziej używają innych niż środek substytucyjny substancji psychoaktywnych.

Osoby badane

Badania przeprowadzono na grupie 80 osób, pacjentów Programu Leczenia Substytucyjnego Lubuskiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Osób Uzależnionych i Współuzależnionych „LOPiT” w Zielonej Górze (40 osób) oraz Programu Leczenia Substytucyjnego w Poradni Leczenia Uzależnień w Kostrzynie na Odrą (40 osób). Uczestnicy badania to osoby uzależnione od opioidów (spełniające kryteria ICD – 10) leczące się w wymienionych placówkach.

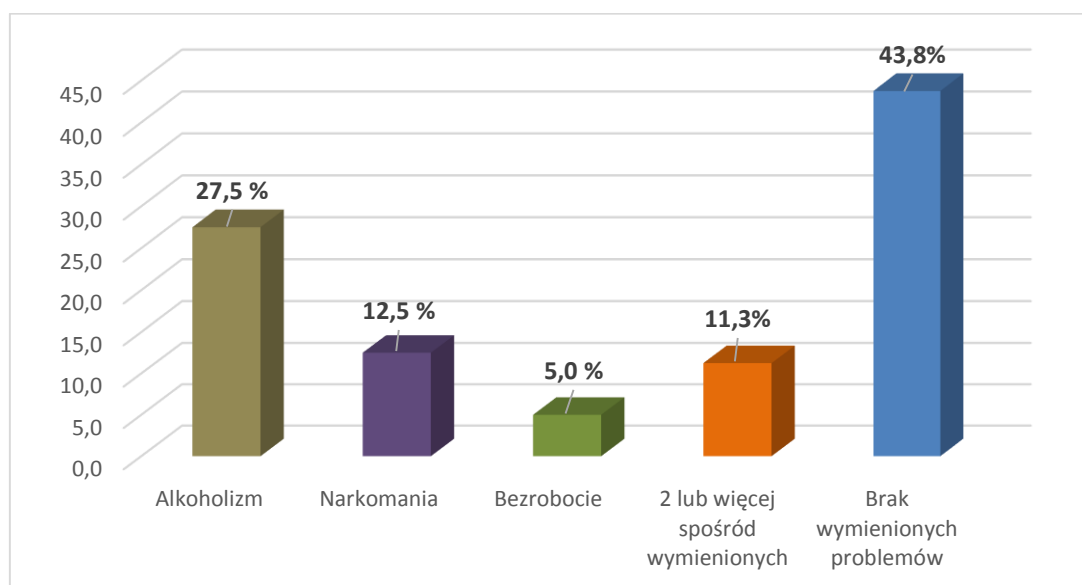
Charakterystyka demograficzna osób badanych.

Wylosowani do badania różnią się pod względem wieku. Średnia wynosi $M = 32,58$ ($SD = 6,26$). Dominują zatem osoby w wieku od 30 do 35 lat (niepełna 49 % próby). Kolejną pod względem liczności grupą są osoby poniżej 30 roku życia (nieco ponad 31 %), zaś zdecydowanie mniejszą grupę stanowią badani w wieku od 25 do 40 lat (12,5 %) oraz powyżej 40 lat (7,5 %). Powyższe przedstawia wykres 1.



Wykres 1. Wiek badanych

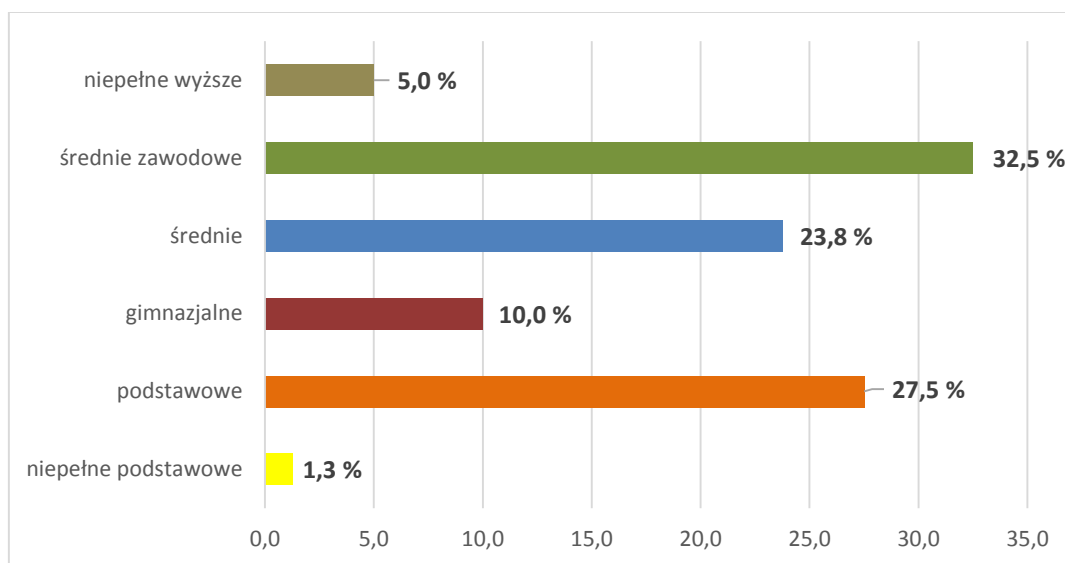
W zdecydowanej większości są to mężczyźni (77,5 %) nie będący w związku partnerskim (niepełna 74 %). Tylko co trzecia osoba badana deklaruje fakt bycia w związku nieformalnym (13,8 %) lub małżeńskim (13,8 %). Natomiast blisko 9 % wylosowanych do badania uczestników programów leczenia substytucyjnych przyznaje, że jest rozwiedziona. Wartym uwagi wydaje się być fakt, że prawie połowa (48,1 %) pacjentów przyznaje, że jest ojcem lub matką. Większa część tej grupy (25 %) z różnych powodów (ograniczenie lub pozbawienie praw do opieki i in.) nie mieszka razem z dziećmi. Ponad połowa badanych dorastała w rodzinach dotkniętych różnymi przejawami patologii społecznych. W większości był to alkoholizm któregoś z członków rodziny najbliższej (27,5 %). W dalszej kolejności pacjenci deklarują uzależnienie od narkotyków (12,5 %), występowanie kilku spośród przedstawionych poniżej (patrz wykres 2) problemów – 11,3 % oraz bezrobocie (5 %).



Wykres 2. Przejawy różnych form patologii społecznych w najbliższych rodzinach badanych

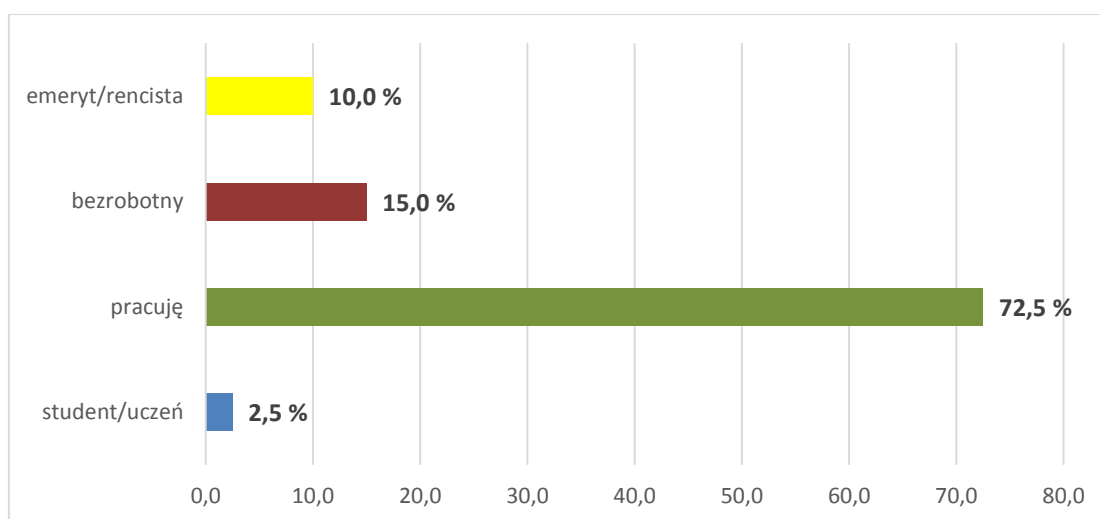
W badanej próbie można zaobserwować także dosyć znaczne zróżnicowanie pod względem wykształcenia. Fakt ten ilustruje wykres 3. Dominują osoby z wykształceniem średnim zawodowym (32,5 %), zaś w dalszej kolejności są to badani z wykształceniem

podstawowym (27,5 %), średnim (23,8 %), gimnazjalnym (10 %) oraz osoby, które nie ukończyły studiów wyższych (5 %) oraz szkoły podstawowej (1,3 %).



Wykres 3. Wykształcenie badanych

Wartym odnotowania wydaje się być fakt, że prawie $\frac{3}{4}$ badanych pracuje zarobkowo (patrz wykres 4). Osoby bezrobotne stanowią stosunkowo niski odsetek (15 %). Pozostała część to emeryci oraz renciści (10 %) lub osoby uczące się (2,5 %).



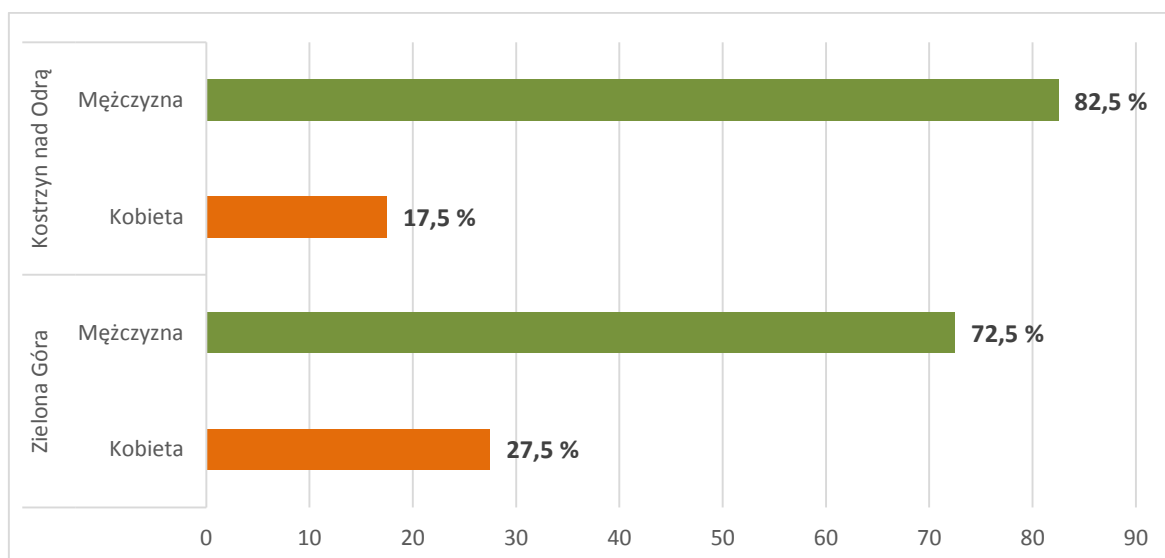
Wykres 4. Rodzaj zajęcia badanych

Największy odsetek osób pracujących (52,5 %) deklaruje, że jest to praca stała. Zdecydowanie mniej, bo 27,5 % przyznaje, że wykonywana praca zarobkowa ma charakter dorywczy. W przypadku nieco ponad 16 % badanych pacjentów, głównym źródłem utrzymania jest renta lub inne świadczenia socjalne, zaś pozostała część znajduje się na utrzymaniu rodziny bądź korzysta z zasiłku dla bezrobotnych.

Badani charakteryzują się także różną sytuacją mieszkaniową. Dominują pacjenci, którzy mieszkają z rodziną (36,3 %). Nieco mniejsza grupa może się pochwalić własnym mieszkaniem (31,3 %), zaś ok 24 % je wynajmuje.

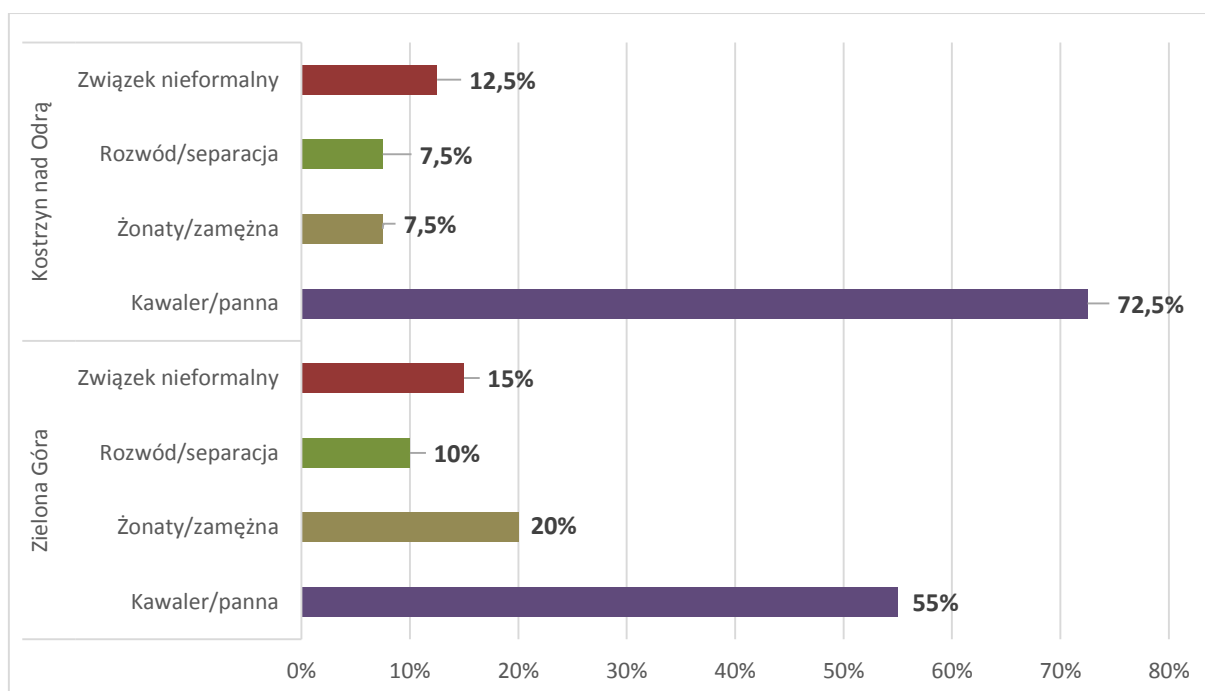
Porównanie charakterystyk demograficznych badanych ze względu na miejsce leczenia. Można zaobserwować różnice w wieku pacjentów z 2 różnych programów leczenia substytucyjnego, w których były przeprowadzone badania. Wylosowani pacjenci leczący się w Zielonej Górze są średnio starsi ($M = 34,5$; $SD = 7,55$) niż osoby uczestniczące w programie leczenia substytucyjnego w Kostrzynie nad Odrą ($M = 30,65$; $SD = 3,82$). Analiza testem nieparametrycznym *U* Manna-Whitney'a wykazała, że różnice między omawianymi grupami są istotne statystycznie $U = 562,5$; $p < 0,05$. Średnia ranga dla wieku pacjentów z Zielonej Góry wynosi $M = 46,44$, zaś dla pacjentów z Kostrzyna $M = 34,56$.

W programie zielonogórskim do badania zostało wylosowanych nieco więcej kobiet niż w programie kostrzyńskim. Fakt ten ilustruje wykres 5. W pierwszym przypadku kobiety stanowią 27,5 % grupy, zaś w drugim 17,5 %.



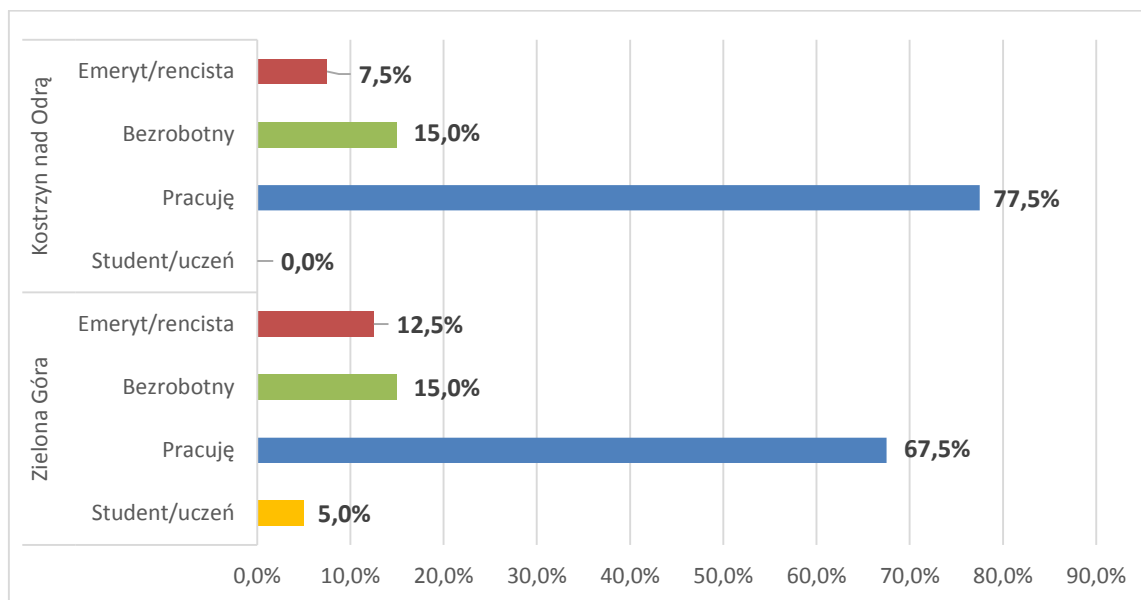
Wykres 5. Płeć badanych w poszczególnych programach

Wartym uwagi wydaje się być stan cywilny pacjentów w obu programach (patrz wykres 6). Wylosowana próba z programu w Zielonej Górze charakteryzuje się wyższym odsetkiem osób, które są w związku małżeńskim.



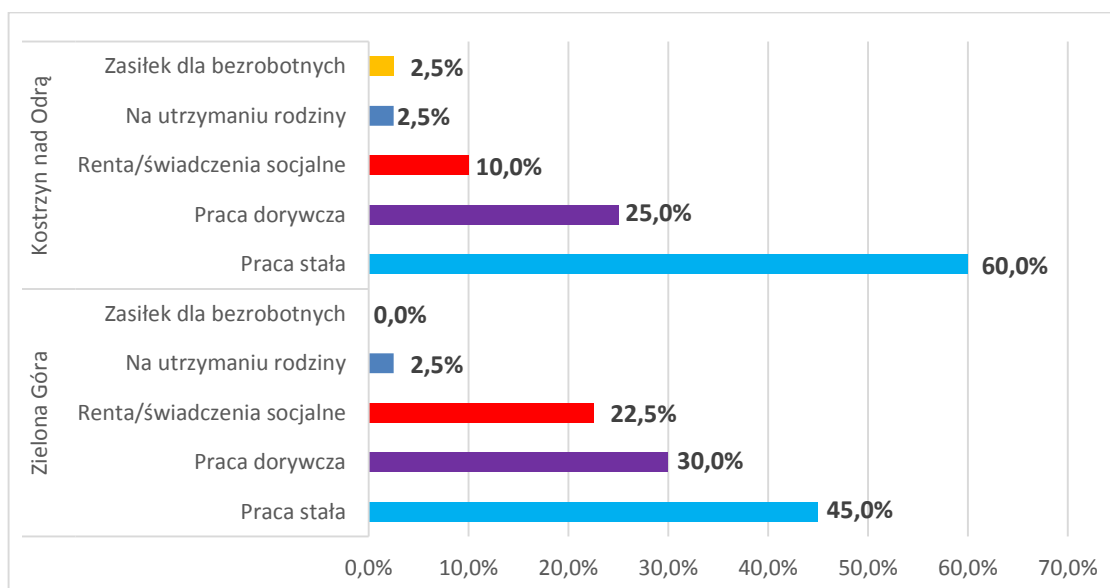
Wykres 6. Stan cywilny pacjentów w poszczególnych programach

Badani pacjenci różnią się także pod względem rodzaju wykonywanych zajęć (patrz wykres 7). Warto odnotować, że grupie badanych z Kostrzyna nad Odrą nie ma żadnych osób uczących się, jest natomiast więcej osób pracujących.



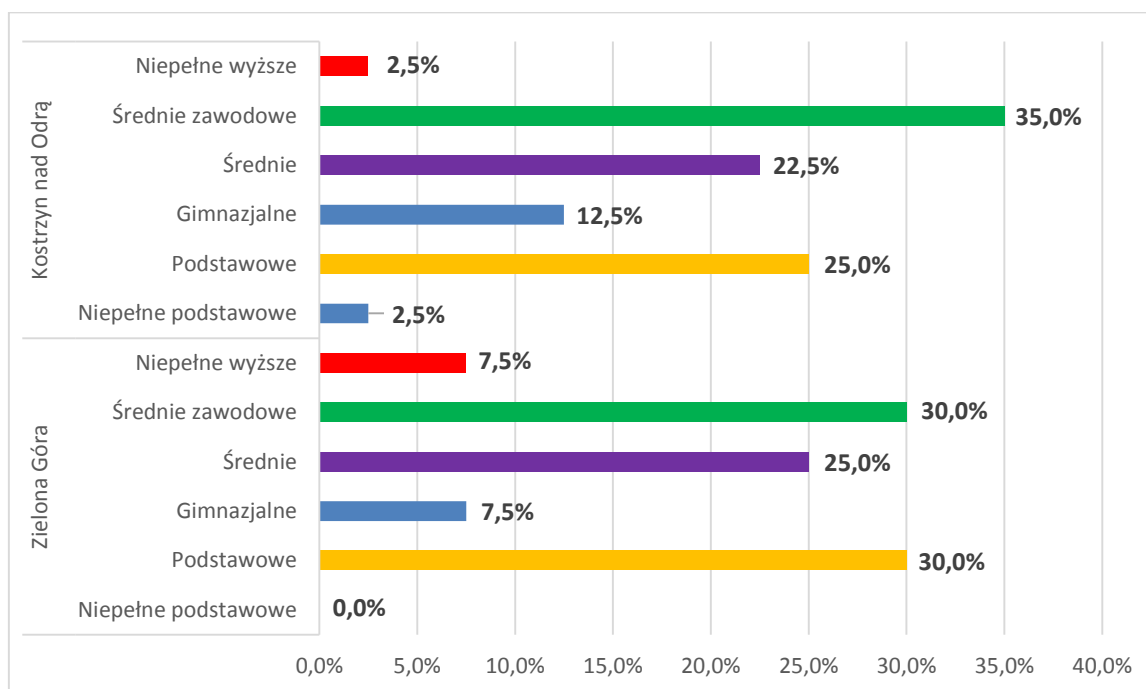
Wykres 7. Rodzaj wykonywanych przez pacjentów poszczególnych programów zajęć

Źródło utrzymania pacjentów w obu programach przedstawia wykres 8.



Wykres 8. Źródło utrzymania pacjentów w poszczególnych programach

Wykształcenie pacjentów w obu programach pozwala porównać wykres 9.

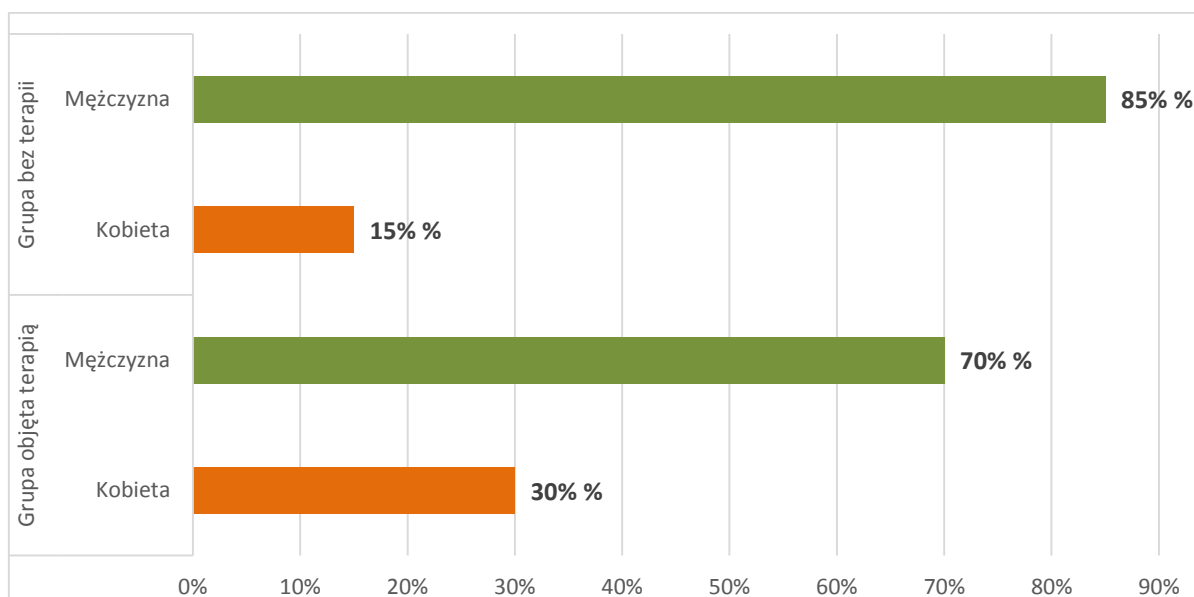


Wykres 9. Wykształcenie pacjentów w poszczególnych programach

Porównanie charakterystyk demograficznych badanych ze względu na warunki badawczy (zastosowanie metod psychospołecznych vs brak takich oddziaływań).

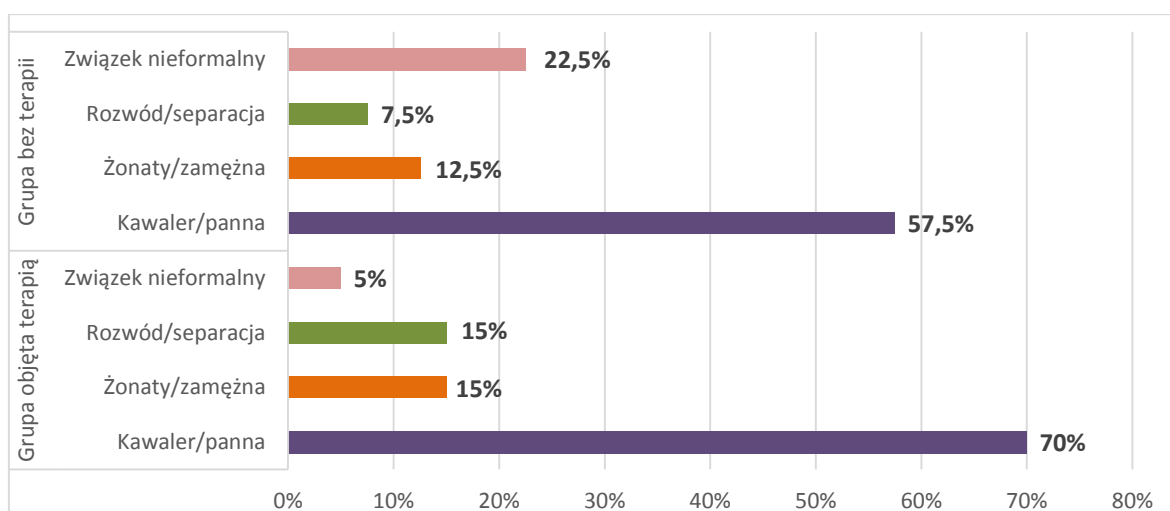
Wylosowani do 2 grup badawczych pacjenci nie różnią się w zakresie wieku. Analiza za pomocą testu t Studenta nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy omawianymi grupami, $t(78) = -0,39$; ni. Średnia wieku dla grupy w stosunku, do której stosuje się metody psychospołeczne wynosi $M = 32,3$ ($SD = 6,21$), zaś dla grupy pozbawionej wymienionych oddziaływań $M = 32,85$ ($SD = 6,37$).

Ponadto do grupy objętej metodami psychospołecznymi wylosowano więcej kobiet niż w przypadku grupy gdzie takich metod nie zastosowano. Kobiety stanowią 30 % pierwszej omawianej kategorii badanych, zaś tylko 15 % drugiej. Ilustruje to wykres 10.



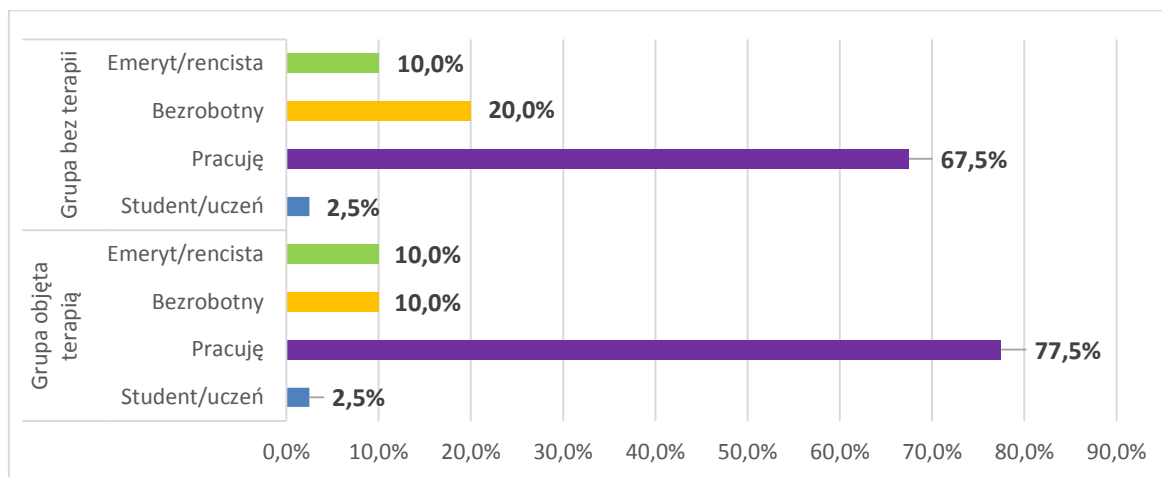
Wykres 10. Płeć pacjentów w poszczególnych warunkach badawczych

Większa część pacjentów objętych terapią w chwili przeprowadzenia badania deklaruwała bycie kawalerem lub panną (70 %). Natomiast w grupie osób w stosunku, do których nie stosuje się metod psychospołecznych można odnotować dosyć spory odsetek (22,5 %) osób będących w związku nieformalnym. Stan cywilny pacjentów w poszczególnych grupach ilustruje wykres 11.



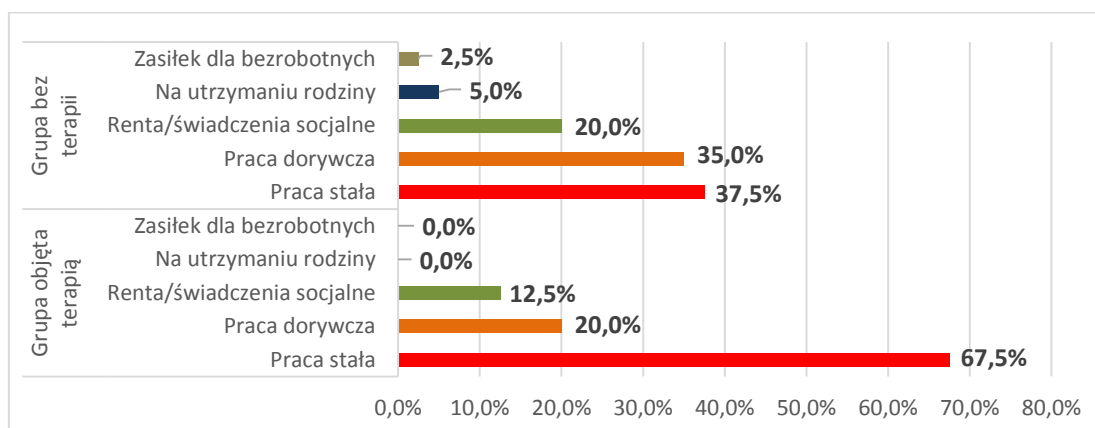
Wykres 11. Stan cywilny pacjentów w poszczególnych warunkach badawczych

Do grupy badanych pozbawionych oddziaływań psychospołecznych wylosowano większy odsetek osób bezrobotnych. Jest to 20 % tej kategorii badanych, natomiast w grupie osób objętych terapią wskaźnik ten wynosi 10 %. Rodzaj wykonywanych zajęć ilustruje wykres 12.



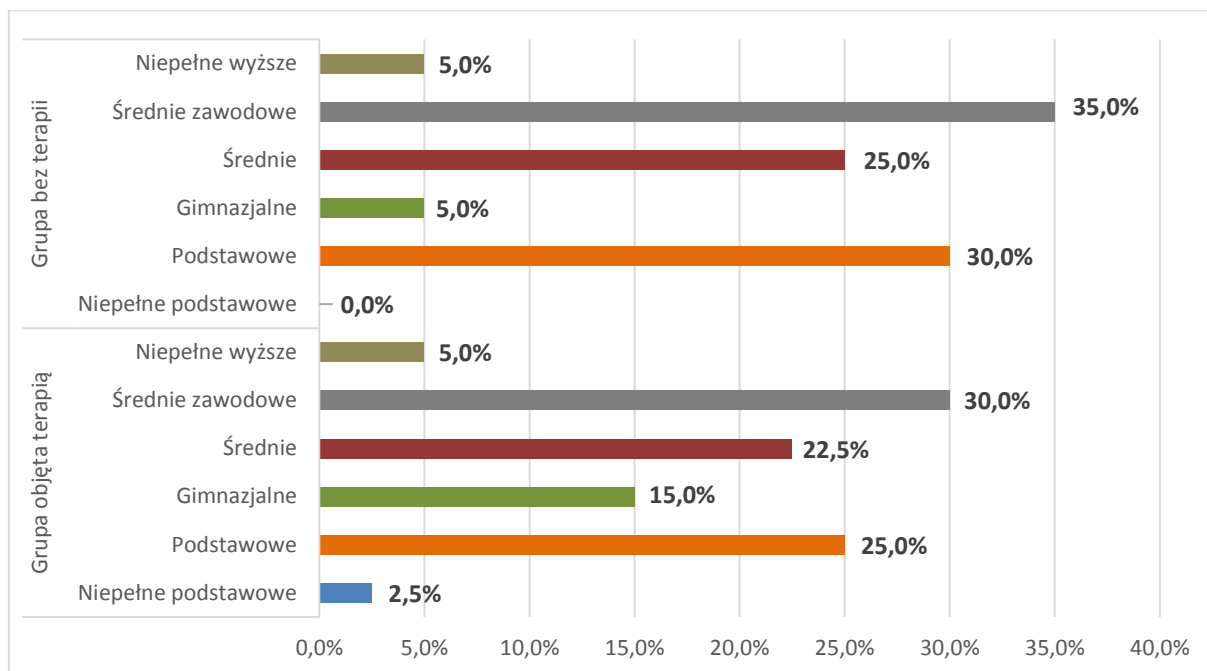
Wykres 12. Rodzaj zajęć pacjentów w poszczególnych warunkach badawczych

Ponadto grupa objęta poznawczo – behawioralną terapią charakteryzuje się zdecydowanie wyższym odsetkiem osób (67,5 %), których źródłem utrzymania jest praca o charakterze stałym. W grupie pozbawionej tych oddziaływań można odnotować więcej osób utrzymujących się z renty lub innych świadczeń socjalnych (20 %).



Wykres 13. Źródło utrzymania pacjentów w poszczególnych warunkach badawczych

Natomiast w zbliżony sposób, przeprowadzone losowanie podzieliło pacjentów ze względu na wykształcenie. Jedynie w grupie osób objętych terapią można odnotować wyższy odsetek badanych z wykształceniem gimnazjalnym (15%), natomiast w przypadku pozostałych kategorii wykształcenia liczebności są dosyć zbliżone. Ilustruje to wykres 14.

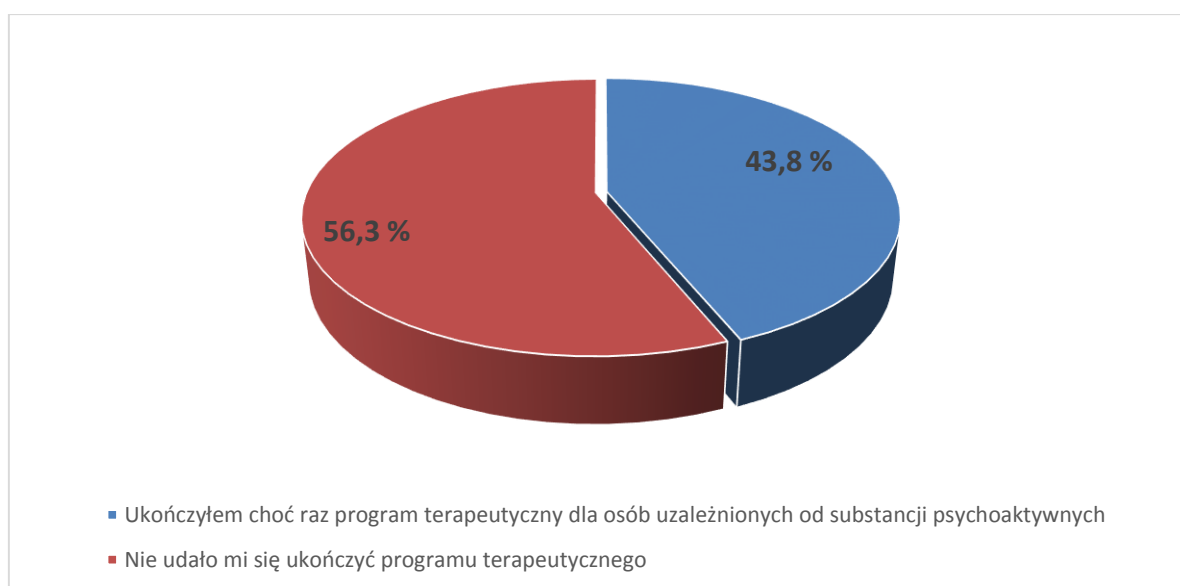


Wykres 14. Wykształcenie pacjentów w poszczególnych warunkach badawczych

Charakterystyka badanych pod względem wybranych parametrów dotyczących używania substancji oraz przebiegu leczenia.

Wylosowane osoby badane różnią się w zakresie różnych parametrów dotyczących historii używania substancji oraz przebiegu leczenia. Przeciętny pacjent programów leczenia substytucyjnego z badanej próby używał w swoim życiu narkotyków (zakładamy, że były to głównie opioidy) przez ok 12 lat ($M = 11,98$; $SD = 7,03$). W przypadku osoby, która używała narkotyków najkrócej z omawianej grupy okres ten wynosił 1,5 roku, zaś najdłuższy czas brania wynosił aż 39 lat.

Badani w tym okresie stosunkowo często podejmowali różne próby leczenia, korzystając zarówno z programów farmakologicznych (pobyt na oddziale detoksykacyjnym), jak i opartych na oddziaływaniach psychospołecznych (programu ambulatoryjne lub stacjonarne, krótkoterminowe lub długoterminowe). Średnia ilość podjętych prób leczenia dla omawianej próby wynosi $M = 6,36$ ($SD = 9,71$). Rekordzista deklaruje aż 47 podjętych prób. Różny był także skutek takich prób. Niespełna 46,8 % badanych deklaruje, że choć raz w swoim życiu w pełni ukończyło podjęte leczenie.



Wykres 15. Fakt ukończenia programu terapeutycznego w historii życiowej

Średnia długość uczestnictwa badanych w programie leczenia substytucyjnego wynosi nieco ponad 20 miesięcy ($M = 20,13$; $SD = 15,55$). Najkrótszy okres to 1 miesiąc, zaś najdłuższym czasem uczestnictwa w programie leczenia substytucyjnego legitymowały się osoby, które korzystają z tej formy terapii już 72 miesiące.

Dosyć duże zróżnicowanie można odnotować w przypadku dobowej dawki używanego preparatu substytucyjnego (wszyscy wylosowani do badania pacjenci używali wyłącznie metadonu). Średnia dawka wynosi $M = 59,52$ ($SD = 25,24$). Najmniejsza

zaobserwowana ilość przyjmowanego preparatu to 4 ml na dobę, zaś największa wynosi 115 ml.

Warto odnotować, że istnieje umiarkowany dodatni związek pomiędzy długością używania narkotyków a ilością podjętych prób leczenia $r = 0,36$; $p = 0,001$.

Porównanie wybranych charakterystyk dotyczących używania substancji oraz przebiegu leczenia ze względu na miejsce odbywania terapii substytucyjnej. Pacjenci losowo dobrani do 2 wydzielonych grup badawczych różnią się w zakresie analizowanych parametrów dotyczących używania substancji oraz przebiegu leczenia. Różnice pokazuje tabela 1.

Tabela 1

Parametry dotyczące używania substancji oraz przebiegu leczenia w badanych Programach Leczenia Substytucyjnego – porównanie średnich

Program Leczenia Substytucyjnego	Parametry dotyczące używania substancji oraz przebiegu leczenia											
	Długość używania narkotyków (ilość lat)				Długość uczestnictwa w programie (ilość miesięcy)				Aktualna dobowa dawka metadonu			
	M	SD	<i>t</i>	p	M	SD	<i>t</i>	p	M	SD	<i>t</i>	p
Zielona Góra	13,75	8,33	2,31	0,02	23,96	19,38	2,05	0,04	55,97	25,68	-	<i>ni</i>
Kostrzyn nad Odrą	10,21	4,93			16,9	9,86			63,07	24,61	1,26	

Analiza testem *t* Studenta wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie długości używania przez badanych narkotyków oraz długości uczestnictwa w programie. Pacjenci leczący się w Programie Leczenia Substytucyjnego w Zielonej Górze charakteryzują się dłuższym okresem używania narkotyków ($M = 13,75$ lat) niż badani z programu w Kostrzynie nad Odrą ($M = 10,21$). Podobną właściwość można zaobserwować przyglądając się długości

uczestnictwa w programie. Osoby z Zielonej Góry dłużej uczestniczą w tej formie leczenia ($M = 23,96$ miesięcy) niż badani z Kostrzyna ($M = 16,9$ miesięcy). W przypadku dobowej dawki przyjmowanego preparatu substytucyjnego analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic.

By porównać różnice w zakresie ilości podejmowanych prób leczenia przez pacjentów w obu programach konieczne było skorzystanie z testu nieparametrycznego (złamane założenie o normalności rozkładu oraz różnorodności wariancji). Analiza testem *U* Manna-Whitney'a wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie ilości podejmowanych prób leczenia między pacjentami z programu w Zielonej Górze (średnia ranga $M = 50,1$) oraz Kostrzynie (średnia ranga $M = 30,9$) – $U = 416$; $p < 0,001$.

Natężenie dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji oraz ryzyko wystąpienia nawrotu. Przeprowadzono porównanie w zakresie natężenia irracjonalnych, typowych dla używania substancji psychoaktywnych przekonań oraz ryzyka wystąpienia nawrotu (wyrażonego w dwóch wymiarach: siły głodu oraz prawdopodobieństwa konsumpcji substancji w sytuacji narażenia na bodźce wyzwajające) między wylosowanymi do eksperymentu pacjentami z programów w Zielonej Górze oraz Kostrzynie nad Odrą.

Analiza testem *t* Studenta nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie średnich wyników uzyskanych w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji oraz jednego z wymiarów RPS – siły głodu między obiema analizowanymi grupami. Istotne statystycznie różnice można odnotować jedynie w przypadku drugiego z wymiarów RPS – prawdopodobieństwa konsumpcji. Porównanie ilustruje tabela 2

Tabela 2

Średnie wyniki uzyskane w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji oraz Skali Przewidywania Nawrotów – porównanie badanych z dwóch programów

Parametry dotyczące używania substancji psychoaktywnych												
Program Leczenia Substytucyjnego	Przekonania dotyczące używania substancji				Ryzyko wystąpienia nawrotu							
					Siła głodu				Prawdopodobieństwo konsumpcji			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	M	SD	t	p
Zielona Góra	51,3	23	- 0,14	ni	45,5	34,4	1,78	0,08	42,5	35,3	2,01	0,05
Kostrzyn nad Odrą	52,1	21,7			58,9	32,8			58,7	36,6		

Porównanie wybranych charakterystyk dotyczących używania substancji oraz przebiegu leczenia ze względu na fakt zastosowania lub braku metod psychospołecznych.

Tabela 3

Parametry dotyczące używania substancji oraz przebiegu leczenia w grupach pacjentów objętych terapią oraz bez terapii – porównanie średnich

Parametry dotyczące używania substancji oraz przebiegu leczenia												
Warunek badawczy	Długość używania narkotyków (ilość lat)				Długość uczestnictwa w programie (ilość miesięcy)				Aktualna dobowa dawka metadonu			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	M	SD	t	p
Grupa objęta terapią	12,3	6,96	0,4	ni	23,36	16,4	1,7	ni	58,82	22,1	-	ni
Grupa bez terapii	11,66	7,17			17,5	14,56			60,22	28,31	0,24	

Dokonano porównania wybranych charakterystyk dotyczących używania substancji psychoaktywnych oraz przebiegu leczenia pacjentów w obu wyodrębnionych w eksperymencie grupach badawczych. Analiza testem *t* Studenta nie wykazała żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie długości używania narkotyków, długości uczestnictwa w programie oraz dawki preparatu substytucyjnego (patrz tabela 4).

W celu porównania różnic w zakresie ilości podejmowanych prób leczenia w obu wymienionych grupach użyto testu nieparametrycznego. Analiza testem *U* Manna-Whitney'a, także nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie omawianej właściwości między grupą objętą terapią (średnia ranga $M = 40,3$) a grupą bez oddziaływań psychospołecznych (średnia ranga $M = 40,71$) – $U = 808,5$; *ni*.

Natężenie dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji oraz ryzyko wystąpienia nawrotu.

Tabela 4

Średnie wyniki uzyskane w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji oraz Skali Przewidywania Nawrotów – porównanie dwóch wyróżnionych warunków badawczych

Warunek badawczy	Parametry dotyczące używania substancji psychoaktywnych											
	Przekonania dotyczące używania substancji				Ryzyko wystąpienia nawrotu							
					Siła głodu				Prawdopodobieństwo konsumpcji			
	M	SD	<i>t</i>	p	M	SD	<i>t</i>	p	M	SD	<i>t</i>	p
Grupa objęta terapią	47,6	17,2	- 1,64	<i>ni</i>	48,8	30,5	0,9	<i>ni</i>	46	34,4	1,12	<i>ni</i>
Grupa bez terapii	55,8	25,9			55,5	37,4			55,2	38,6		

Charakterystyka badanych ze względu na poziom kompetencji społecznych oraz style radzenia sobie ze stresem.

Style radzenia sobie ze stresem. Badana grupa osiągała różne wyniki w zakresie poszczególnych podskal CISS służącego do określenia dominującego stylu radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Średnie wyniki uzyskiwane przez wszystkie objęte badaniem osoby w zakresie Skali Stylu skoncentrowanego na zadaniu (SSZ) wynoszą $M = 54,51$ ($SD = 8,2$). Najniższy wynik to 39, zaś najwyższy wynosi 75. Niższe wyniki badane osoby osiągały na Skali Stylu skoncentrowanego na emocjach (SSE) – $M = 47,1$ ($SD = 11,46$). W tej skali najniższy wynik wyniósł 23, natomiast najwyższy 76. Jednak najniższe osiągnięte wyniki można odnotować w Skali Stylu skoncentrowanego na unikaniu – $M = 45,7$ ($SD = 9,32$). W tym przypadku najniższe i najwyższe osiągnięte wyniki są podobne do tych uzyskiwanych w Skali SSE – $MIN = 24$, $MAX = 71$.

Porównanie wyników uzyskiwanych w CISS między grupami pacjentów leczących się dwóch objętych badaniem programach.

Tabela 5

Średnie wyniki uzyskane przez badanych we wszystkich podskalach CISS – porównanie dwóch objętych badaniem Programów Leczenia Substytucyjnego

Program Leczenia Substytucyjnego	Podskale CISS											
	SSZ				SSE				SSU			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	M	SD	t	p
Zielona Góra	55,2	7,7	-0,78	ni	45,8	11,7	0,9	ni	45	9,3	0,64	ni
Kostrzyn nad Odrą	53,7	8,7			48,4	11,2			46,4	9,4		

Porównano średnie wyniki uzyskane przez pacjentów w różnych objętych badaniem programach leczenia substytucyjnego. Analiza testem *t* Studenta nie wykazała żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie wyników uzyskanych w poszczególnych podskalach CISS między pacjentami z programu w Zielonej Górze oraz Kostrzynie nad Odrą. Porównanie przedstawia tabela 5.

Porównanie wyników uzyskiwanych w CISS między grupami pacjentów wylosowanych do dwóch wydzielonych grup badawczych. Dokonano porównania między dwoma losowo wyodrębnionymi do badania grupami w zakresie średnich wyników uzyskiwanych we wszystkich podskalach CISS. Analiza testem *t* Studenta nie wykazała żadnych istotnych statystycznie różnic w wynikach uzyskanych w skalach SSZ, SSE oraz SSU między dwoma omawianymi grupami. Średnie wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6

Średnie wyniki uzyskane przez badanych we wszystkich podskalach CISS – porównanie pacjentów w dwóch wylosowanych do badania grupach

Warunek badawczy	Podskale CISS											
	SSZ				SSE				SSU			
	M	SD	<i>t</i>	p	M	SD	<i>t</i>	p	M	SD	<i>t</i>	p
Grupa objęta terapią	53,7	7,2			46,8	10,3			44,7	9,1		
Grupa bez terapii	55,3	9,1	- 0,8	<i>ni</i>	47,4	12,8	0,2	<i>ni</i>	46,9	9,5	1,04	<i>ni</i>

Kompetencje społeczne. Badani pacjenci leczący się w dwóch programach leczenia substytucyjnego na ziemi lubuskiej osiągnęli różne wyniki w zakresie posiadanych kompetencji społecznych mierzonych za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych. Średni wynik łączny KKS dla badanej próby wynosi $M = 130,39$ ($SD = 24,48$). Najmniejszy

odnotowany wynik to 82 punkty, zaś największy 199 punktów. Zróżnicowane są także wyniki w poszczególnych podskalach testu:

- Skala I – M = 32,89 (SD = 6,66); MIN = 17, MAX = 51
- Skala ES – M = 40,78 (SD = 9,49); MIN = 19, MAX = 64
- Skala A – M = 37,06 (SD = 7,04); MIN = 22, MAX = 54

Porównanie wyników uzyskanych w KKS między grupami pacjentów leczących się w dwóch objętych badaniem programach. Dokonano porównania w zakresie średnich wyników uzyskiwanych przez badanych w KKS między pacjentami z programu leczenia substytucyjnego w Zielonej Górze i Kostrzynie nad Odrą. Analiza testem *t* Studenta wykazała istotne statystycznie różnice tylko w zakresie wyników uzyskanych w Skali A KKS. W tym przypadku wylosowani do eksperymentu pacjenci leczący się w programie zielonogórskim uzyskali wyższe wyniki (M = 38,6; SD = 6,2) niż pacjenci z Kostrzyna (M = 35,6; SD = 7,6). Porównanie przedstawia tabela 7.

Tabela 7

Średnie wyniki uzyskane w KKS przez badanych leczących się w dwóch różnych programach

Program Leczenia Substytucyjnego	KKS											
	Wynik łączny			Skala I			Skala ES			Skala A		
	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>
Zielona Góra	134,1	23,4		33,7	6,3		41,9	9,5		38,6	6,2	
Kostrzyn nad Odrą	127	25,2		32,1	6,9		39,7	9,5		35,6	7,6	
			1,3			1,1			1			2*

* p = 0,05

Porównanie wyników uzyskanych w KKS między pacjentami wylosowanymi do dwóch wydzielonych grup badawczych. Z przeprowadzonych analiz wynika, że średnie uzyskiwane przez badanych wyniki w KKS nie różnią się między pacjentami wylosowanymi

do poszczególnych grup badawczych. Średnie wyniki dla każdej ze skal KKS przedstawia tabela 8.

Tabela 8

Średnie wyniki uzyskane w KKS przez badanych w dwóch wydzielonych grupach badawczych

Warunek badawczy	KKS											
	Wynik łączny			Skala I			Skala ES			Skala A		
	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>
Grupa objęta terapią	132,9	25,1	0,9	33,1	6,2	0,25	41,6	10,2	0,8	38,1	7,4	1,3
Grupa bez terapii	127,8	23,8		32,7	7,1		39,9	8,7		36	6,6	

Zmienne i sposoby ich pomiaru

Zmienne niezależne i metody ich pomiaru. W badaniu przyjęto następujące zmienne niezależne:

1. Fakt zastosowania metod psychospołecznych. Połowa badanej grupy, tj. 40 osób (po 20 z każdego programu) została objęta oddziaływaniami psychospołecznymi w postaci cotygodniowej, indywidualnej, poznawczo – behawioralnej terapii, natomiast w przypadku pozostałej części osób wymienione oddziaływania nie zostały zastosowane i ich uczestnictwo polega jedynie na pobieraniu preparatu substytucyjnego.

Wymieniona zmienna przyjmuje dwa poziomy - objęcie terapią vs brak oddziaływań terapeutycznych.

Zmienne zależne i metody ich pomiaru. W badaniu przyjęto następujące zmienne zależne:

1. Nasilenie dysfunkcyjnych, typowych dla uzależnienia przekonań dotyczących używania substancji psychoaktywnych. Do pomiaru wymienionej zmiennej użyto Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji (*Beliefs about Substance Use*) autorstwa F. Wrighta'a. Jest to narzędzie samoopisowe, składające się z 20 itemów, co, do których osoby badane ustosunkowują się za pomocą 7 stwierdzeń – od 1 (całkowicie nie zgadzam się) do 7 (całkowicie zgadzam się).
2. Ryzyko wystąpienia nawrotu. Ta zmienna jest mierzona za pomocą Skali Przewidywania Nawrotów (*Relapse Prediction Scale*) autorstwa F. Wrighta'a. Jest to także skala samoopisowa składająca się z 50 stwierdzeń opisujących sytuacje, które mogą być silnym bodźcem wyzwalamym głód substancji. Wszystkie sytuacje analizowane są w odniesieniu do 2 wymiarów: siły głodu oraz prawdopodobieństwa konsumpcji środków. Badany dokonuje oceny w skali od 0 do 5 (0 – brak, 5 bardzo silny).
3. Style radzenia sobie ze stresem. Zmienna mierzona jest za pomocą CISS - Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych Endler i Parker. CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ - styl skoncentrowany na zadaniu; SSE - styl skoncentrowany na emocjach; SSU - styl skoncentrowany na unikaniu
4. Poziom kompetencji społecznych. Do pomiaru zastosowano KKS - Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Anny Matczak. Narzędzie służy do oceny kompetencji społecznych rozumianych, jako nabyte umiejętności

warunkujące efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach społecznych. Składa się z 90 pozycji, stanowiących bezkolicznikowe określenia różnych czynności. Badany ocenia na skali czterostopniowej efektywność, z jaką je wykonuje.

5. Częstotliwość używania niedozwolonych w programie leczenia substytucyjnego substancji psychoaktywnych. Ta zmienna jest mierzona za pomocą dostępnych testów na obecność metabolitów narkotyków w moczu. Kontrola abstynencji obejmuje najczęściej stosowane obecnie przez pacjentów programów leczenia substytucyjnego środki, tj. opioidy, amfetaminę, przetwory konopi indyjskich oraz leki z grupy benzodiazepin. Badanie przeprowadzono 2 razy w każdym miesiącu trwania eksperymentu bez uprzedniego zapowiadania.

Procedura badań

Dobór badanej próby i procedura. Realizacja projektu badawczego przebiegała w kilku etapach. W drugiej połowie października zostali przeszkoleni realizatorzy badań w Lubuskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Osób Uzależnionych i Współuzależnionych „LOPiT” w Zielonej Górze – terapeuci uzależnień i psychologowie. Następnie w pierwszej połowie listopada przeszkolono 3 osoby realizujące badania w Poradni Leczenia Uzależnień w Kostrzynie nad Odrą. W analogicznych terminach w Zielonej Górze i Kostrzynie odbyło się losowanie pacjentów do udziału w badaniu. W pierwszej kolejności spośród 55 pacjentów z pierwszego z wymienionych programów oraz 66 pacjentów z drugiego z wymienionych programów wylosowano po 40 osób, które miały zostać objęte badaniem. Zarówno w Zielonej Górze, jak i w Kostrzynie po 2 pacjentów odmówiło udziału, więc w sposób losowy uzupełniono grupy. Następnie spośród grup pacjentów objętych badaniem za pomocą

losowania wyodrębniono 2 podgrupy – pacjentów objętych oddziaływaniami psychospołecznymi oraz badanych w stosunku do których jedyne podejmowane działania będą polegały na dystrybucji preparatu substytucyjnego.

W kolejnym etapie rozpoczęto terapię (wg określonego planu) w odpowiedniej grupie badawczej oraz wykonano pomiar pretestowy. Wszyscy objęci badaniem pacjenci wypełniali zestaw przygotowanych narzędzi badawczych (wcześniej opisanych) oraz krótkiej ankiety. Każdy z badanych wypełniał otrzymany komplet indywidualnie, podczas zaplanowanego spotkania z realizatorem badania. Wcześniej następowała instrukcja dotycząca sposobu wypełniania poszczególnych kwestionariuszy. Ponadto arkusze zawierały dokładne instrukcje pisemne. Etap ten przebiegał w różnych terminach w różnych placówkach – dla Programu Leczenia Substytucyjnego w Zielonej Górze był to okres od 24.11 do 5.12.2014 r., zaś dla Programu Leczenia Substytucyjnego w Kostrzynie nad Odrą był to okres od 9.12 do 16.12.2014 r.

Następnym etapem był ponowny pomiar wartości wymienionych zmiennych zależnych po 3 miesiącach trwania eksperymentu, tj. w marcu 2015 r. Na tym etapie badana próba uszczupliła się o 1 osobę z grupy, wobec której nie zastosowano metod psychospołecznych. Osoba ta z nieznanых przyczyn przerwała leczenie.

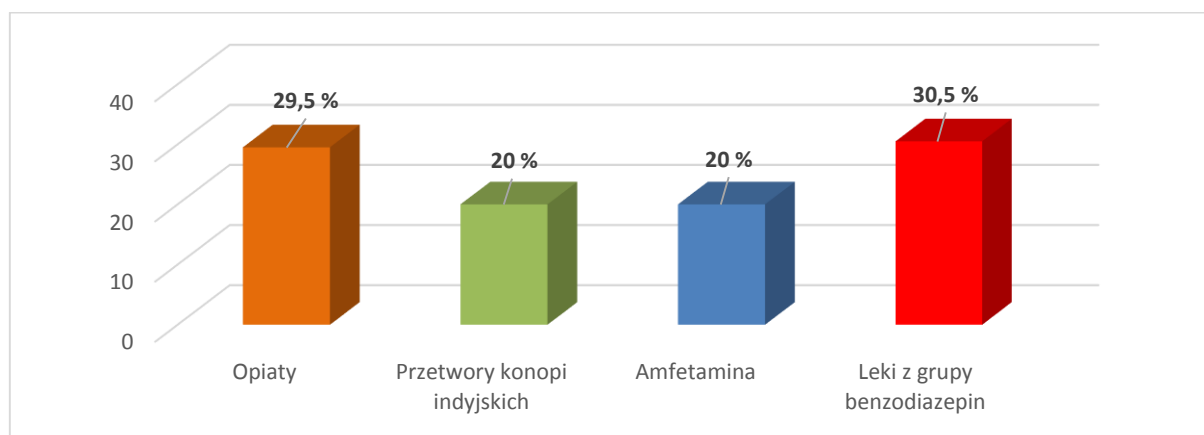
Zgodnie z złożeniami, po kolejnych 3 miesiącach, tj. w czerwcu 2015 r. dokonano ostatniego pomiaru wartości interesujących nas parametrów. Tak jak poprzednio, na tym etapie „wypadły” kolejne dwie osoby – obie z grupy, której leczenie polegało wyłącznie na przyjmowaniu preparatu substytucyjnego. Powodem było osadzenie w areszcie śledczym jednej z nich oraz konieczna hospitalizacja z uwagi na pogorszenie się stanu zdrowia somatycznego drugiej osoby.

WYNIKI

Drugi pomiar

Używanie przez badanych nielegalnych substancji psychoaktywnych w trakcie trwania eksperymentu. Badani byli poddawani testom na obecność metabolitów opioidów, przetworów konopi indyjskich, amfetaminy oraz leków z grupy benzodiazepin w moczu. Ilość pozytywnych wyników testów kontroli abstynencji dla całej badanej próby jest różna. Największą grupę (niepełna 52 %) stanowią osoby, u których w okresie od listopada 2014 r. do marca 2015 r. nie odnotowano ani jednego wyniku pozytywnego w testach na obecność w/w substancji. Ok. połowę mniejsza grupa (26 %) to osoby z jednym pozytywnym wynikiem testów. Dwa pozytywne wyniki odnotowano w przypadku niepełna 12 % badanych, zaś 3 w grupie nieco ponad 9 % pacjentów.

Badani, u których wykonane testy dały pozytywny wynik różnią się także ze względu na rodzaj stosowanych nielegalnych substancji psychoaktywnych. Najczęściej sięgają po leki z grupy benzodiazepin (nieco ponad 30 %) oraz opioidy (niepełna 30 %). Nieco mniejszym zainteresowaniem cieszą się przetwory konopi indyjskich oraz amfetamina (obie substancje stanowią po 20 % pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji). Ilustruje to wykres 16.



Wykres 16. Odsetek pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji w omawianym okresie w podziale na rodzaj wykrytej substancji

Różne są także średnie pozytywnych wyników testów kontroli abstynencji wykonywanych w omawianym okresie w obu warunkach badawczych. W grupie osób objętej oddziaływaniami psychospołecznymi średnia ta wynosi $M = 0,22$ ($SD = 0,58$), a największą część (ponad 82 %) stanowią pacjenci, u których nie odnotowano ani razu pozytywnego wyniku. Natomiast w grupie pacjentów, którym jedynie wydawano preparat substytucyjny, średnia ta wynosi $M = 1,46$ ($SD = 1,07$), gdzie największy odsetek stanowią osoby z jednym (niepełna 38 %) lub dwoma (nieco ponad 24 %) pozytywnymi wynikami. W celu porównania różnic między średnimi pozytywnych wskazań testów na obecność metabolitów wymienionych nielegalnych substancji psychoaktywnych wykonano test U – Manna Whitney’a (złamane założenie o normalności rozkładu zmiennej zależnej). Analiza wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie częstotliwości używania narkotyków między obiema porównywanymi grupami - $U = 1247,4$; $p < 0,001$. Grupa badanych, która uczestniczyła w cotygodniowych sesjach poznawczo – behawioralnej terapii, zdecydowanie rzadziej używała narkotyków (średnia ranga $M = 26,31$) niż pacjenci, których leczenie polegało jedynie na wydawaniu preparatu substytucyjnego (średnia ranga $M = 52,72$).

Przekonania dotyczące używania substancji. Średnia wyników uzyskiwanych przez badanych w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji w drugim pomiarze wynosi $M = 44,03$ ($SD = 20,34$). Najniższy wynik to 20, zaś najwyższy wynosi 101. W grupie wobec której zastosowano metody psychospołeczne średni wynik wynosi $M = 39,15$ ($SD = 17,86$) i jest niższy od średniej wyników uzyskiwanych w grupie osób nie objętych w/w oddziaływaniami – $M = 49,3$ ($SD = 21,75$). Analiza testem t Studenta wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie wyników uzyskanych w skali mierzącej natężenie dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji między obiema badanymi grupami, $t(75) = -2,24$; $p < 0,05$. Porównanie przedstawia tabela 9.

Tabela 9

Średnie wyniki uzyskane w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji oraz Skali Przewidywania Nawrotów przez badanych leczących się w dwóch porównywanych grupach

Warunek badawczy	Parametry dotyczące używania substancji psychoaktywnych											
	Przekonania dotyczące używania substancji				Ryzyko wystąpienia nawrotu							
					Siła głodu				Prawdopodobieństwo konsumpcji			
	M	SD	<i>t</i>	<i>p</i> <	M	SD	<i>t</i>	<i>p</i> <	M	SD	<i>t</i>	<i>p</i> <
Grupa objęta terapią	39,1	17,9	- 2,24	0,05	37,1	29,6	- 3,4	0,01	38,2	32	- 3,0	0,01
Grupa bez terapii	49,3	21,7			65,2	41			64,8	45		

Ryzyko wystąpienia nawrotu. W badanej próbie można odnotować zróżnicowanie w zakresie ryzyka wystąpienia nawrotu mierzonego Skalą Przewidywania Nawrotów. Średnie wyniki uzyskiwane przez wszystkich badanych pacjentów wynoszą $M = 50,67$ ($SD = 38,1$) dla siły głodu oraz $M = 50,1$ ($SD = 40,75$) dla prawdopodobieństwa konsumpcji w sytuacji narażenia na bodźce wyzwalające $M = 50,1$ ($SD = 40,75$). W celu porównania średnich uzyskiwanych przez badanych w obu grupach badawczych wykonano test *t* Studenta. Analiza wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie obu wymiarów ryzyka wystąpienia nawrotu między omawianymi grupami. Pacjenci wobec których zastawano metody psychospołeczne charakteryzują się znacznie mniejszym ($M = 37,15$; $SD = 29,65$) natężeniem siły głodu substancji w sytuacji ekspozycji na bodźce wyzwalające niż osoby pobierające jedynie preparat substytucyjny ($M = 65,27$; $SD = 41,09$) - $t(65,1) = - 3,42$; $p < 0,01$. Podobną różnicę można zaobserwować w przypadku drugiego z wymiarów Skali Przewidywania Nawrotów – prawdopodobieństwa konsumpcji. Badani poddani terapii osiągają znacznie mniejsze wyniki

($M = 38,18$; $SD = 32$) w tej podskali niż grupa nie objęta terapią ($M = 64,84$; $SD = 44,91$) – $t(75) = -3,02$; $p < 0,01$. Porównanie przedstawia tabela 9.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że oba wymiary ryzyka wystąpienia nawrotu, umiarkowanie lub silnie korelują dodatnio z natężeniem dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji oraz częstotliwością używania nielegalnych substancji psychoaktywnych przez badanych w czasie trwania eksperymentu. Korelacje czterech wymienionych parametrów przedstawia tabela 10.

Tabela 10

Korelacje pomiędzy natężeniem przekonań dotyczących używania substancji, ryzykiem wystąpienia nawrotu oraz częstotliwością używania narkotyków

	Przekonania dotyczące używania substancji	Ryzyko wystąpienia nawrotu – siła głodu	Ryzyko wystąpienia nawrotu – prawdopodobieństwo konsumpcji	Ilość pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji
Przekonania dotyczące używania substancji	X	0,57**	0,66**	0,32*
Ryzyko wystąpienia nawrotu – siła głodu	0,57**	X	0,89**	0,41**
Ryzyko wystąpienia nawrotu – prawdopodobieństwo konsumpcji	0,66**	0,89**	X	0,43**
Ilość pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji	0,32*	0,41**	0,43**	X

* $p < 0,01$

** $p < 0,001$

Style radzenia sobie ze stresem. Badani pacjenci osiągnęli różne wyniki w zakresie poszczególnych podskal kwestionariusza CISS służącego do określenia dominującego stylu radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Najwyższe wyniki badani osiągnęli dla stylu Skoncentrowanego na Zadaniu (SSZ) – $M = 54,24$ ($SD = 9,44$), niższe dla stylu Skoncentrowanego na Emocjach (SSE) – $M = 46,51$ ($SD = 11,45$), natomiast najniższe dla stylu Skoncentrowanego na Unikaniu (SSU) – $M = 45,23$ ($SD = 9,35$). O wiele mniejsze zróżnicowanie średnich wyników wymienionych podskal można zauważyć, przyglądając się dwóm wyodrębnionym losowo grupom badanych. Pacjenci, wobec których zastosowano oddziaływania psychospołeczne osiągnęli następujące średnie: $M = 53,85$ ($SD = 9,2$) dla SSZ, $M = 45,88$ ($SD = 11,47$) dla SSE oraz $M = 44,5$ ($SD = 9,63$) dla SSU. Natomiast badani, wobec których nie zastosowano takich oddziaływań uzyskiwali bardzo zbliżone wyniki: $M = 54,65$ ($SD = 9,8$) dla SSZ, $M = 47,2$ ($SD = 11,55$) dla SSE oraz $M = 46,03$ ($SD = 9,1$) dla SSU. Analiza testem t Studenta nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych między obiema grupami po 3 miesiącach trwania eksperymentu. Porównanie ilustruje tabela 11.

Tabela 11

Różnice w wynikach osiągniętych w CISS przez pacjentów w obu warunkach badawczych

Warunek badawczy	Podskale CISS											
	SSZ				SSE				SSU			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	M	SD	t	p
Grupa objęta terapią	53,8	9,2	- 0,4	<i>ni</i>	45,8	11,5	- 0,5	<i>ni</i>	44,5	9,6	- 0,7	<i>ni</i>
Grupa bez terapii	54,6	9,8			47,2	11,5			46	9,1		

W celu określenia dominującego stylu radzenia sobie w sytuacjach stresowych przez badanych w grupie, wobec której zastosowano metody psychospołeczne oraz grupie, której leczenie polegało jedynie na dystrybucji preparatu substytucyjnego po 3 miesiącach trwania eksperymentu, wykonano analizę wariancji. W pierwszej z wymienionych grup dominującym stylem jest Styl Skoncentrowany na Zadaniu – $F(2,78) = 12,52$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,24$. Przeprowadzona analiza *post hoc* wykazała, że osoby z tej grupy uzyskiwały istotnie statystycznie wyższe wyniki w skali SSZ niż w SSE ($p < 0,01$) oraz SSU ($p < 0,001$). Podobnie jest w przypadku osób, wobec których nie zastosowano oddziaływań terapeutycznych – $F(2,72) = 10,22$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,22$. Styl Skoncentrowany na Zadaniu jest stylem dominującym także dla tej grupy – wyniki uzyskiwane przez badanych w tej podskali CISS są istotnie statystycznie wyższe od wyników dla SSE ($p < 0,05$) oraz SSU ($p < 0,001$).

Kompetencje społeczne. Ostatnią mierzoną w okresie 3 miesięcy po rozpoczęciu eksperymentu charakterystyką jest poziom kompetencji społecznych. Średni łączny wynik uzyskiwany w kwestionariuszu KKS dla badanej próby wynosi $M = 128,31$ ($SD = 26,61$). Średnie wyniki dla poszczególnych podskal to: $M = 32,12$ ($SD = 7,03$) dla skali warunkującej efektywność zachowań w sytuacjach intymnych, tj. skali I; $M = 39,88$ ($SD = 10,45$) dla skali warunkującej efektywność zachowań w sytuacjach ekspozycji społecznej, tj. skali ES oraz $M = 36,36$ ($SD = 7,77$) dla skali warunkującej efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności, tj. skali A.

Poziom kompetencji społecznych pacjentów w grupie uczestniczącej w terapii oraz w grupie wyłącznie pobierającej preparat substytucyjny jest bardzo zbliżony. Dla pierwszej z omawianych grup średni wynik łączny wynosi $M = 128,55$ ($SD = 28,9$), średnie dla poszczególnych podskal to odpowiednio: $M = 31,29$ ($SD = 6,84$) dla skali I, $M = 40,1$ ($SD = 11,24$) dla skali ES oraz $M = 36,6$ ($SD = 8,74$) dla skali A. Dla grupy pozbawionej

oddziaływań psychospołecznych średni uzyskiwany wynik łączny wynosi $M = 128,05$ ($SD = 24,32$) a średnie wyniki dla poszczególnych podskal to odpowiednio: $M = 32,32$ ($SD = 7,31$) dla skali I, $M = 39,65$ ($SD = 9,68$) dla skali ES oraz $M = 36,11$ ($SD = 6,67$) dla skali A. Ilustruje to tabela 12.

Tabela 12

Średnie wyniki uzyskane w KKS przez pacjentów w obu warunkach badawczych

Warunek badawczy	KKS											
	Wynik łączny			Skala I			Skala ES			Skala A		
	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>	M	SD	<i>t</i>
Grupa objęta terapią	128,5	28,9	0,1	31,3	6,8	-0,2	40,1	11,2	0,2	36,6	8,7	0,3
Grupa bez terapii	128,1	24,3		32,3	7,3		39,6	9,6		36,1	6,6	

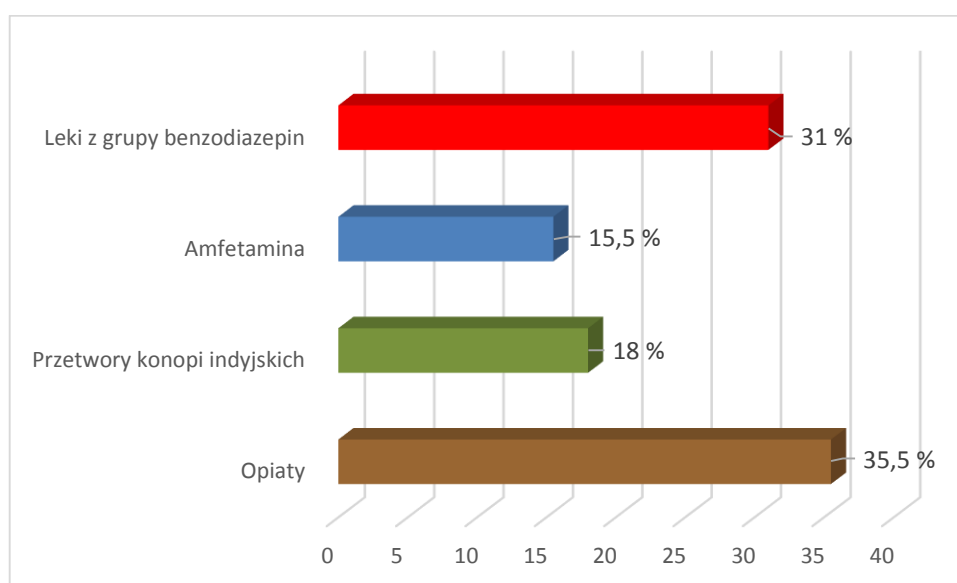
W celu porównania poziomu kompetencji społecznych badanych uczestniczących w terapii z pacjentami pobierającymi jedynie preparat substytucyjny wykonano test *t* Studenta. Analiza nie wykazała żadnych istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami (patrz tabela 12).

Trzeci pomiar

Częstotliwość używania przez badanych substancji psychoaktywnych. Badane osoby w różnym stopniu powstrzymywały się od używania nielegalnych substancji psychoaktywnych w całym okresie trwania eksperymentu, tj. od grudnia 2014 r. do czerwca 2015 r. Największy odsetek osób utrzymujących abstynencję można odnotować w grupie pacjentów objętych terapią – u 55 % przeprowadzane testy nie dały ani jednego pozytywnego wyniku. W grupie osób, których leczenie polegało jedynie na wydawaniu preparatu

substytucyjnego odsetek pacjentów powstrzymujących się od używania nielegalnych substancji psychoaktywnych jest znikomy – wynosi zaledwie 3 %. Tu największą część stanowią osoby, u których przeprowadzone testy dały trzy lub pięć pozytywnych wyników (obie grupy po nieco ponad 24 %).

Najczęściej „dobieranymi” substancjami były opioidy (niepełna 36 %) oraz leki z grupy benzodiazepin (31 %). Nieco rzadziej pacjenci używali przetworów konopi indyjskich (18 %) oraz amfetaminy (niepełna 16 %). Ilustruje to wykres 17.



Wykres 17. Odsetek pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji w trakcie 6 miesięcy trwania badania w podziale na rodzaj wykrytej substancji

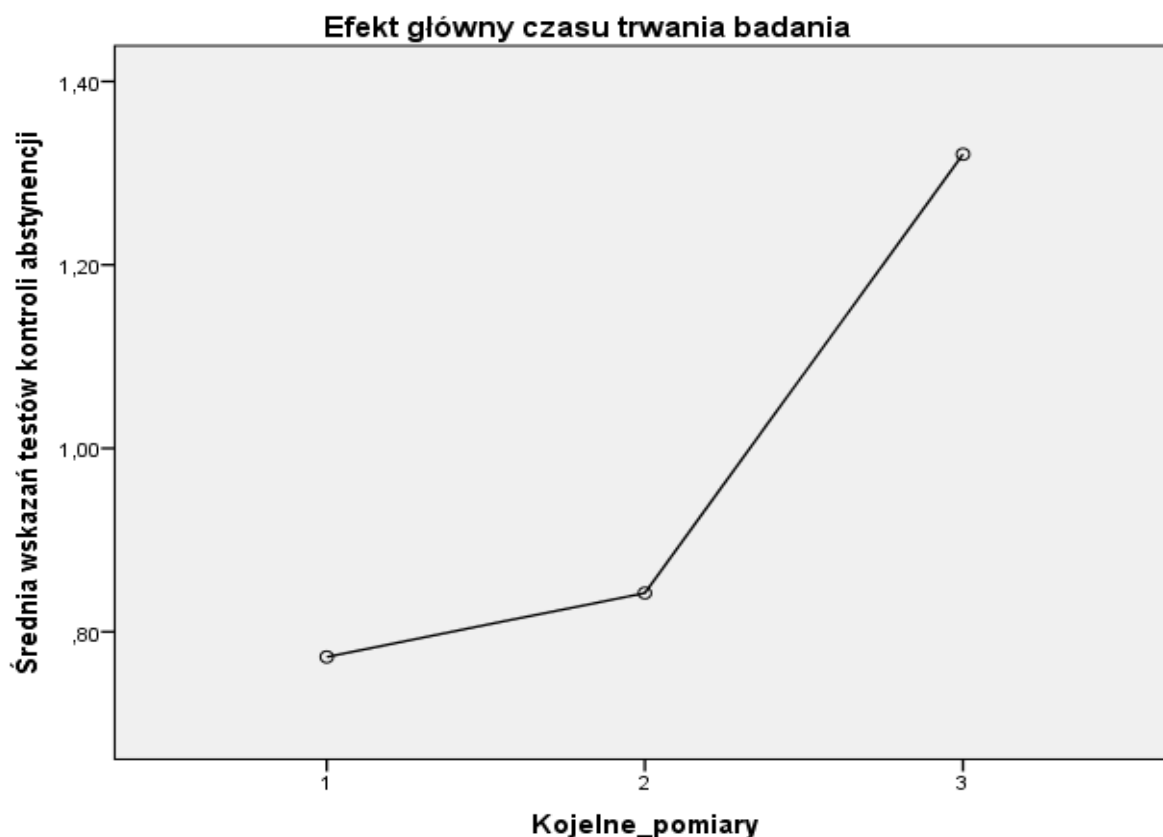
W celu sprawdzenia czy zastosowanie oddziaływań psychospołecznych polegających na cotygodniowych sesjach poznawczo – behawioralnej terapii wobec pacjentów programu leczenia substytucyjnego różnicuje częstotliwość używania przez nich nielegalnych substancji psychoaktywnych, została przeprowadzona dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym. Uzyskano następujące istotne efekty:

- efekt główny czasu trwania badania $F(2,150) = 10,93$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,13$ – czas trwania badania (kolejne przeprowadzone pomiary) kontroluje 13 % zmienności wyników testów kontroli abstynencji. Należy to uznać za silny efekt.
- efekt główny przynależności do grupy badawczej (wydawanie preparatu substytucyjnego oraz zastosowanie metod psychospołecznych vs wyłącznie dystrybucja metadonu) $F(1,75) = 103,59$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,57$ – przynależność do jednej z wymienionych grup kontroluje 57 % zmienności wyników testów kontroli abstynencji. Należy to uznać za silny efekt.
- efekt interakcji zastosowania bądź niezastosowania metod psychospołecznych oraz czasu trwania badania $F(2,150) = 5,12$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,06$ – interakcja przynależności do grupy badawczej oraz czas trwania badania (kolejne pomiary) kontroluje 6 % zmienności wyników testów kontroli abstynencji. Należy to uznać za średnio silny efekt.

Ponieważ efekt główny czasu trwania badania (kolejne pomiary) okazał się istotny, w celu sprawdzenia jak zmieniają się średnie pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji w kolejnych pomiarach, niezależnie od zastosowania oddziaływań psychospołecznych lub ich braku, przeprowadzono analizę *post hoc*. W wyniku tej analizy można stwierdzić, częstotliwość „dobierania” narkotyków przez badanych istotnie statystycznie wzrasta po 6 miesiącach uczestnictwa w programie ($p < 0,001$) oraz między 3 a 6 miesiącem badania ($p < 0,001$). Zmienność tą ilustruje wykres 18.

Analogiczna analiza wyjaśniająca została przeprowadzona w odniesieniu do istotnego efektu głównego zastosowania bądź niezastosowania metod psychospołecznych. Porównanie grup między sobą pokazało istotną statystycznie ($p < 0,001$) różnicę w zakresie częstotliwości używania nielegalnych substancji psychoaktywnych podczas uczestnictwa w programie leczenia substytucyjnego. Średni odsetek pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji

dla grupy uczestniczącej w sesjach poznawczo – behawioralnej terapii był zdecydowanie niższy ($M = 0,31$) niż w grupie, której wyłącznie wydawano preparat substytucyjny ($M = 1,65$).



Wykres 18. Odsetek pozytywnych wskaźników testów kontroli abstynencji w czasie trwania badania.

W przeprowadzonej analizie uzyskano także istotny efekt interakcji czasu trwania leczenia oraz zastosowania metod psychospołecznych. Oznacza to, że badani charakteryzują się różną częstością używania nielegalnych substancji psychoaktywnych (mierzoną po rozpoczęciu eksperymentu, po 3 miesiącach jego trwania oraz po 6 miesiącach) w zależności od tego czy byli poddani terapii czy ich leczenie polegało wyłącznie na dystrybucji preparatu substytucyjnego. W celu wyjaśnienia została przeprowadzona analiza prostych efektów głównych czasu trwania badania (kolejne pomiary) oddzielnie dla dwóch wymienionych grup (dystrybucja preparatu substytucyjnego połączona z oddziaływaniami psychospołecznymi vs

wyłącznie wydawanie metadonu). Uzyskano następujące rezultaty (ilustruje to tabela 13 oraz wykres 19):

- w grupie objętej terapią nie odnotowano istotnie statystycznych różnic w zakresie częstotliwości „dobierania” narkotyków (mierzonej ilości pozytywnych wyników testów na obecność metabolitów wymienionych substancji) w poszczególnych pomiarach
- w grupie, wobec której poza wydawaniem metadonu nie zastosowano żadnych dodatkowych oddziaływań zaobserwowano największy wzrost wskazań pozytywnych wyników w testach kontroli abstynencji między początkowym (M = 1,27) a końcowym pomiarem (M = 2,22) – $p < 0,001$ oraz nieco mniejszy między drugim (M = 1,46) a ostatnim pomiarem – $p < 0,01$.

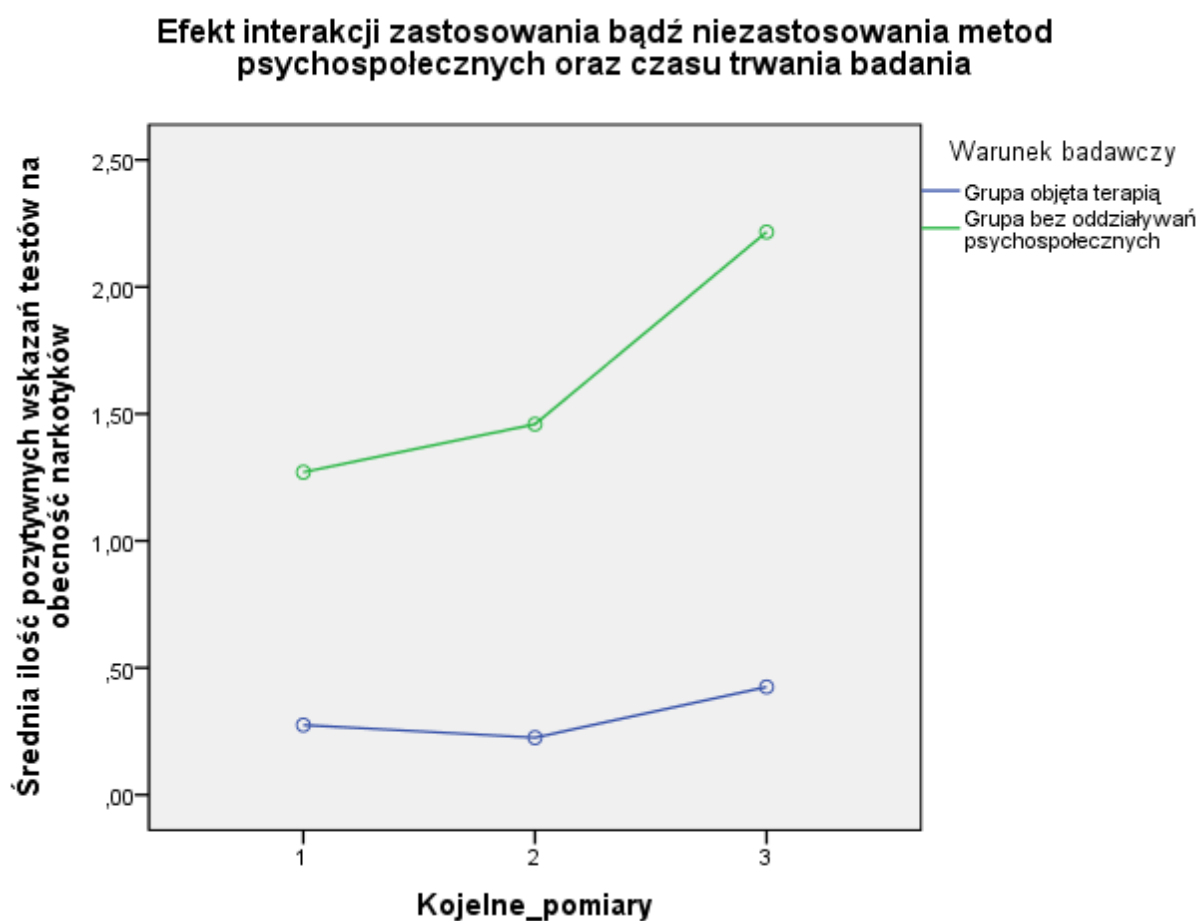
Tabela 13

Średnia ilość pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji w każdym z trzech wykonanych pomiarów dla obu porównywanych grup

Warunek badawczy	Średnia z sumy pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji		
	1 pomiar	2 pomiar	3 pomiar
	M	M	M
Grupa objęta terapią	0,27	0,22	0,42
Grupa bez terapii	1,3	1,46	2,22

Podsumowując można stwierdzić, włączenie metod psychospołecznych wpływa na częstotliwość stosowania narkotyków. Przeprowadzone analizy (w szczególności istotny statystycznie efekt główny przynależności do grupy badawczej) pokazują, że grupa wobec której zastosowano metody psychospołeczne w postaci cotygodniowych sesji

poznawczo – behawioralnej terapii zdecydowanie rzadziej używała nielegalnych substancji psychoaktywnych, niż badani, których leczenie polegało wyłącznie na dystrybucji środka substytucyjnego. Zatem pozwala to na przyjęcie założonej hipotezy badawczej - pacjenci, wśród których zastosowano metody psychospołeczne rzadziej używają innych niż środek substytucyjny nielegalnych substancji psychoaktywnych.



Wykres 19. Efekt interakcji zastosowania bądź niezastosowania metod psychospołecznych oraz czasu trwania badania (kolejne pomiary).

Przekonania dotyczące używania substancji. Wylosowani do badania uczestnicy dwóch programów leczenia substytucyjnego w województwie lubuskim charakteryzują się względnie różnym natężeniem dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji psychoaktywnych zmierzonym po 6 miesiącach uczestnictwa w badaniu. Średni wynik w

Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji dla całej próby wynosi $M = 45,56$ ($SD = 20,33$). Najwyższy otrzymany wynik to $MAX = 100$, a najmniejszy wynosił $MIN = 20$.

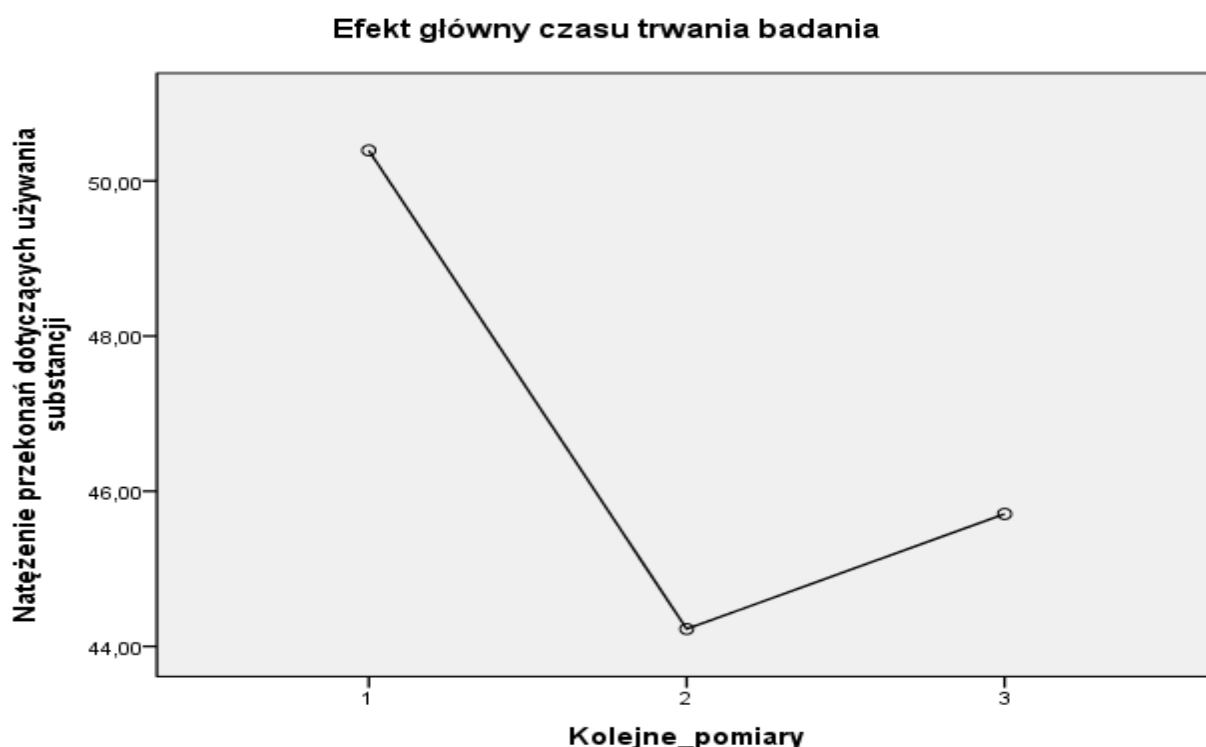
W celu ustalenia czy zastosowanie metod psychospołecznych w terapii substytucyjnej osób uzależnionych od opioidów różnicuje poziom natężenia przejawianych przez nich dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji, została przeprowadzona dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie mieszanym (przeprowadzona w modelu jednozmiennowym). Uzyskano następujące istotne statystycznie efekty:

- efekt główny czasu trwania badania - $F(2,150) = 3,72$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,05$ – czas trwania badania (kolejne przeprowadzone pomiary) kontroluje 5 % zmienności natężenia dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji. Należy to uznać za średnio silny efekt.
- efekt główny przynależności do grupy badawczej (wydawanie preparatu substytucyjnego oraz zastosowanie metod psychospołecznych vs wyłącznie dystrybucja metadonu) $F(1,75) = 5,59$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,07$ – przynależność do jednej z wymienionych grup kontroluje 7 % zmienności natężenia dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji. Należy to uznać za umiarkowany efekt.

W wyniku analizy nie uzyskano istotnie statystycznego efektu interakcji czynników czas trwania badania (kolejne pomiary) oraz przynależności do jednej z dwóch grup badawczych - $F(2,150) = 0,16$; *ni*.

Efekt główny czasu trwania badania (kolejne pomiary) okazał się istotny, więc w celu sprawdzenia zmienności średnich wyników uzyskanych przez badanych w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji w kolejnych pomiarach, niezależnie od uczestnictwa pacjenta w terapii lub nie, przeprowadzono analizę *post hoc*. W wyniku przeprowadzonych

obliczeń możemy stwierdzić, że poziom natężenia dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji w największym stopniu, istotnie statystycznie ($p < 0,01$) maleje po pierwszych 3 miesiącach uczestnictwa w badaniu. Po kolejnych 3 miesiącach poziom omawianej charakterystyki nieco wzrasta ale nie jest to istotna statystycznie różnica. Zmienność ilustruje wykres 20.



Wykres 20. Zmienność natężenia dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji w kolejnych pomiarach

W odniesieniu do istotnego statystycznie efektu głównego przynależności do grupy badawczej także zastosowano analizę *post hoc*. Porównanie grup pokazało, że badani, którzy uczestniczyli w cotygodniowych sesjach poznawczo – behawioralnej terapii ($M = 42,22$) charakteryzowali się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) mniejszym poziomem natężenia dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji niż pacjenci programu leczenia substytucyjnego, którzy takimi oddziaływaniami nie zostali objęci ($M = 51,32$). Ilustruje to tabela 14.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że zastosowanie metod psychospołecznych przynosi efekty w postaci obniżenia poziomu natężenia dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji. Istotny statystycznie efekt główny przynależności do grupy badawczej pozwala na przyjęcie założonej hipotezy badawczej - pacjenci programów leczenia substytucyjnego, w stosunku do których zastosowano metody psychospołeczne przejawiają znacznie mniejsze natężenie występowania dysfunkcyjnych przekonań dotyczących używania substancji niż w przypadku pacjentów pozbawionych w/w oddziaływań.

Ryzyko wystąpienia nawrotu. Badana grupa osiągała różne wyniki w Skali Przewidywania Nawrotów mierzonej za pomocą dwóch wymiarów: siły głodu oraz prawdopodobieństwa konsumpcji w różnych sytuacjach bodźcowych. Po 6 miesiącach trwania eksperymentu badani osiągnęli następujące średnie wyniki: $M = 49,1$ ($SD = 43$) dla siły głodu oraz $M = 46$ ($SD = 32$) dla prawdopodobieństwa konsumpcji.

W celu porównania ryzyka wystąpienia nawrotu u osób z grupy uczestniczącej w terapii oraz badanych, których leczenie polegało wyłącznie na wydawaniu preparatu substytucyjnego po 6 miesiącach uczestnictwa w programie przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie mieszanym.

Dla siły głodu uzyskano istotny statystycznie efekt główny przynależności do grupy badawczej - $F(1,75) = 7,15$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,09$ – przynależność do jednej z wymienionych grup kontroluje 9 % zmienności natężenia siły głodu w różnych sytuacjach bodźcowych. Należy to uznać za umiarkowany efekt. Analiza natomiast nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego czasu trwania badania (kolejne pomiary) – $F(2,150) = 0,08$; ni ;¹ oraz istotnego statystycznie efektu interakcji czasu trwania badania oraz przynależności

¹ W celu obliczenia poziomu istotności testu F skorzystano z korekty epsilon Greenhouse-Geissera

do grupy – $F(2,150) = 2,73; ni^2$. W celu wyjaśnienia w jaki sposób różnią się omawiane grupy badawcze w zakresie natężenia siły głodu jako jednego z wymiarów ryzyka wystąpienia nawrotu wykonano analizę *post hoc*. Analiza ta wykazała, że badani uczestniczący w cotygodniowych sesjach poznawczo – behawioralnej terapii ($M = 41,1$) charakteryzowali się istotnie statystycznie ($p < 0,01$), znacznie niższym poziomem nasilenia siły głodu po 6 miesiącach trwania leczenia, niż pacjenci, wobec których wymienionych metod nie zastosowano ($M = 59,62$) – patrz tabela 14.

Dla prawdopodobieństwa konsumpcji uzyskano także istotny statystycznie efekt główny przynależności do grupy badawczej - $F(1,75) = 7,2; p < 0,01; \eta^2 = 0,09$ - przynależność do grupy pobierającej metadon oraz uczestniczącej w terapii lub grupy wyłącznie pobierającej preparat substytucyjny kontroluje 9 % zmienności natężenia prawdopodobieństwa konsumpcji w różnych sytuacjach bodźcowych. Podobnie jak w przypadku siły głodu, tak i dla tego wymiaru przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego czasu trwania badania (kolejne pomiary) $F(2,150) = 0,62; ni^3$ oraz istotnego statystycznie efektu interakcji czasu trwania badania oraz przynależności do grupy – $F(2,150) = 2,34; ni^4$.

Analogicznie jak w przypadku siły głodu, w celu wyjaśnienia w jaki sposób omawiane grupy różnią się między sobą przeprowadzono analizę *post hoc*. W jej wyniku możemy stwierdzić, że grupa osób, wobec której zastosowano metody psychospołeczne osiągała istotnie statystyczne ($p < 0,01$), znacznie niższe wyniki ($M = 39,2$) w tym wymiarze skali przewidywania nawrotów niż osoby, wobec których nie zastosowano takich metod ($M = 59$).

² Do odczytania poziomu istotności skorzystano z korekty epsilon Greenhouse-Geissera

³ W celu obliczenia poziomu istotności testu F skorzystano z korekty epsilon Greenhouse-Geissera

⁴ Do odczytania poziomu istotności skorzystano z korekty epsilon Greenhouse-Geissera

Tabela 14

Średnie wyniki uzyskane w Skali Przekonań Dotyczących Używania Substancji oraz Skali Przewidywania Nawrotów przez badanych leczących się w dwóch porównywanych grupach

Warunek badawczy	Parametry dotyczące używania substancji psychoaktywnych											
	Przekonania dotyczące używania substancji				Ryzyko wystąpienia nawrotu							
					Siła głodu				Prawdopodobieństwo konsumpcji			
	M	F	eta ²	p <	M	F	eta ²	p <	M	F	eta ²	p <
Grupa objęta terapią	42,2				41,1				39,2			
		5,59	0,07	0,05		7,15	0,09	0,01		7,2	0,09	0,01
Grupa bez terapii	51,3				59,6				59			

Powyższe analizy pozwalają stwierdzić, że uczestnictwo w terapii badanych pacjentów programu leczenia substytucyjnego obniża ryzyko wystąpienia nawrotu. Pacjenci, których leczenie polegało na wydawaniu metadonu oraz zastosowaniu metod psychospołecznych charakteryzują się istotnie mniejszym ryzykiem wystąpienia nawrotu niż osoby wyłącznie pobierające preparat substytucyjny. Analiza wykazała istotny statystycznie efekt główny przynależności do grupy siły głodu oraz prawdopodobieństwa konsumpcji w sytuacjach bodźcowych jako dwóch wymiarów ryzyka wystąpienia nawrotu. Pozwala to na przyjęcie założonej hipotezy badawczej - wśród pacjentów programów leczenia substytucyjnego, w stosunku do których zastosowano metody psychospołeczne, można odnotować znacznie mniejsze ryzyko wystąpienia nawrotu niż w przypadku pacjentów pozbawionych w/w oddziaływań.

Warto dodać, że omówione parametry dodatnio korelują ze sobą. Współzmiennosc tą przedstawia tabela 15.

Tabela 15

Korelacje pomiędzy natężeniem przekonań dotyczących używania substancji, ryzykiem wystąpienia nawrotu oraz częstotliwością używania narkotyków

	Przekonania dotyczące używania substancji	Ryzyko wystąpienia nawrotu – siła głodu	Ryzyko wystąpienia nawrotu – prawdopodobieństwo konsumpcji	Ilość pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji
Przekonania dotyczące używania substancji	X	0,71**	0,77**	ni
Ryzyko wystąpienia nawrotu – siła głodu	0,71**	X	0,89**	0,29*
Ryzyko wystąpienia nawrotu – prawdopodobieństwo konsumpcji	0,77**	0,89**	X	0,28*
Ilość pozytywnych wskazań testów kontroli abstynencji	ni	0,29*	0,28*	X

* p < 0,01

** p < 0,001

Style radzenia sobie ze stresem. W celu określenia dominującego stylu radzenia sobie w sytuacjach stresowych dla grupy otrzymującej metadon i objętej oddziaływaniami psychospołecznymi oraz grupy wyłącznie pobierającej preparat substytucyjny wykonano dwuczynnikową analizę wariancji. Uzyskano następujące istotne efekty: efekt główny stylu radzenia sobie ze stresem – $F(2,150) = 29,77$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,28$.⁵ Analiza nie wykazała istotnego statystycznie efektu głównego przynależności do grupy ($F(1,75) = 0,83$; ni) oraz efektu interakcji obu wymienionych czynników ($F(2,150) = 0,22$; ni).

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że obie grupy nie różnią się w zakresie dominującego stylu radzenia sobie ze stresem po 6 miesiącach trwania eksperymentu.

⁵ W celu obliczenia poziomu istotności testu F skorzystano z korekty epsilon Greenhouse-Geissera

Wykonana analiza *post hoc* wykazała, że dla obu wymienionych grup dominującym stylem jest styl skoncentrowany na zadaniu – osoby uczestniczące w terapii osiągają istotnie ($p < 0,001$) wyższe wyniki w SSZ ($M = 54,2$) niż w SSE (44,77) oraz SSU (43,22), podobnie jak osoby jedynie pobierające preparat substytucyjny – średnie wyniki w SSZ ($M = 54,46$) są istotnie wyższe ($p < 0,001$) niż w SSE ($M = 46,24$) oraz SSU ($M = 45,35$; $p < 0,01$).

Podsumowując, nie zaobserwowano różnic w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy grupą pacjentów programu leczenia substytucyjnego uczestniczącą w 6 miesięcznej terapii poznawczo – behawioralnej oraz grupą jedynie pobierającą preparat substytucyjny. Dla obu wymienionych grup dominującym stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych okazał się być styl skoncentrowany na zadaniu, który w założeniach ma być najbardziej adaptacyjny dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zatem należy odrzucić przyjętą hipotezę badawczą - pacjenci objęci oddziaływaniami psychospołecznymi przejawiają bardziej adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, tj. będą przejawiać zachowania typowe dla stylu skoncentrowanego na zadaniu. Pacjenci pozbawieni w/w oddziaływań będą przejawiać zachowania typowe dla stylu skoncentrowanego na emocjach bądź stylu skoncentrowanego na unikaniu.

Kompetencje społeczne. W celu sprawdzenia, czy badani pobierający metadon i korzystający z poznawczo – behawioralnej terapii różnią się w zakresie kompetencji społecznych mierzonych za pomocą KKS od pacjentów, których leczenie polega jedynie na dystrybucji preparatu substytucyjnego wykonano dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie mieszanym dla wyniku łącznego KKS oraz każdej z jego podskal. Analiza nie wykazała żadnych istotnych statystycznie efektów:

- skala I: efekt główny czasu trwania badania (kolejne pomiary) – $F(2,150) = 0,64$; *ni*; efekt główny przynależności do grupy badawczej - $F(1,75) = 0,23$; *ni*; efekt interakcji wymienionych czynników - $F(2,150) = 1,56$; *ni*
- skala ES: efekt główny czasu trwania badania (kolejne pomiary) - $F(2,150) = 0,47$; *ni*; efekt główny przynależności do grupy badawczej - $F(1,75) = 0,4$; *ni*; efekt interakcji obu czynników - $F(2,150) = 1,1$; *ni*;
- skala A: efekt główny czasu trwania badania (kolejne pomiary) - $F(2,150) = 0,94$; *ni*; efekt główny przynależności do grupy badawczej - $F(1,75) = 0,77$; *ni*; efekt interakcji obu czynników - $F(2,150) = 0,46$; *ni*;
- wynik łączny KKS – efekt główny czasu trwania badania (kolejne pomiary) - $F(2,150) = 0,25$; *ni*; efekt główny przynależności do grupy badawczej - $F(1,75) = 0,6$; *ni*; efekt interakcji obu czynników - $F(2,150) = 0,95$; *ni*;

Powyższe analizy pozwalają stwierdzić, że obie porównywane grupy pacjentów istotnie nie różnią się w zakresie poziomu kompetencji społecznych. Połączenie metod psychospołecznych w postaci cotygodniowej poznawczo – behawioralnej terapii z dystrybucją preparatu substytucyjnego nie przynosi efektów w postaci podniesienia poziomu kompetencji społecznych badanych. W związku z powyższym konieczne jest odrzucenie założonej hipotezy badawczej - pacjenci, wśród których zastosowano metody psychospołeczne prezentują większy poziom kompetencji społecznych.