

Kaczyńska Marta

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie [marta.kaczynska7@wp.pl]

Poczucie sensu życia osób uzależnionych od narkotyków

*...patrząc na słońce, księżyc, gwiazdy,
przeżywamy tajemnicę naszego życia,
zagadkę istnienia.*

(Twardowski 2010, s. 10)

Abstrakt: W artykule przedstawiono wyniki badań oceny zmian zachodzących w sferze egzystencjonalnej (poczucia sensu życia) osób uzależnionych od narkotyków i poddanych terapii. Badania przeprowadzono w Poradni Profilaktyki i Leczenia Uzależnień MONAR w Lublinie. Przebadano 25 pacjentów Ośrodka w wieku od 17 do 58 lat. Grupą porównawczą w pierwszej części badań, dotyczących poczucia sensu życia, były osoby nieuzależnione. W drugiej części badań, badając różnice w poziomie uzależnienia i poczucia sensu życia u osób uzależnionych z różnych ośrodków terapeutyczno-resocjalizacyjnych, grupę porównawczą tworzyli pacjenci z Ośrodka MONAR z Głoscowa. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem Kwestionariusza testu przesiewowego uzależnienia od narkotyków opartego na kryteriach ICD-10 oraz Skali Sensu Życia (PIL). Na podstawie wyników badań określono poziom poczucia sensu życia osób uzależnionych od narkotyków. Przeprowadzona analiza wyników badań empirycznych wykazała, że osoby silnie uzależnione mają niższy poziom poczucia sensu życia.

Słowa kluczowe: Uzależnienie od narkotyków, poczucie sensu życia, sens życia.

Wprowadzenie

Wielu ludzi zadaje sobie pytanie o sens własnego istnienia i egzystencji w świecie. wydaje się ono jednym z istotniejszych, jakie może zadać sobie człowiek. Osoby spełnione w życiu osobistym, społecznym i zawodowym częściej widzą sens swojej egzystencji, mają swego rodzaju poczucie sprawstwa i kontroli nad własnym losem. Inaczej sens życia postrzegają jednostki dysfunkcyjne, borykające się z problemami w różnych sferach życia – psychicznej, społecznej, ekonomicznej lub zawodowej.

W artykule skupiono się na problemie narkomanii, dlatego też zaburzenia na płaszczyźnie poczucia sensu egzystencjalnego zostały opisane pod kątem problemu uzależnień. Należy jednak pamiętać, iż zagadnienie obniżonego poczucia bytu w świecie dotyczy nie tylko osoby funkcjonujące w sposób autodestrukcyjny, ale również te, których życie i rozwój przebiega w sposób prawidłowy. Pytanie o sens istnienia dotyczy każdego człowieka i wydaje się zupełnie naturalne i normalne jeśli weźmiemy pod uwagę unikatowość rozwojową istoty ludzkiej.

Podjmując rozważania na temat toksykomanii, warto rozpocząć od podania definicji tego niewątpliwie patologicznego zjawiska społecznego. Czesław Cekiera „toksykomanie” rozumie jako nadmierne używanie i nałogowe nadużywanie środków leczniczych, nie w celu leczniczym, oraz zażywanie środków naturalnych lub syntetycznych odurzających i nieodurzających (1985, s. 48–49).

W roku 1950 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała toksykomanie jako wszelkiego rodzaju nałogowe zażywanie środków odurzających, przyjmując, że „jest to stan okresowej lub przewlekłej intoksykacji, przynoszący szkodę jednostce i społeczeństwu, wywołany powtarzającym się zażywaniem środka odurzającego lub pobudzającego (naturalnego lub syntetycznego)”. Wymieniono również charakteryzujące stan toksykomanii objawy, którymi były kolejno: przymus zażycia danej substancji lub środka, pozyskanie go wszelakimi możliwymi metodami, przymus stopniowego zwiększania dawki oraz psychiczne jak również fizyczne uzależnienie od danego środka lub substancji (Cekiera 1985).

Zjawisko narkotyzowania jest przedmiotem zainteresowań badaczy zarówno z zakresu pedagogiki, jak również medycyny i psychologii. Każda z wymienionych dziedzin przyjmuje własne nazewnictwo tegoż zjawiska, jednakże Komisja Ekspertów WHO opowiedziała się za nazwą „toksykomanii”, jako najbardziej ogólną, trafną i najlepiej charakteryzującą cechy zespołu uzależnienia.

Najpopularniejszym terminem używanym w polskiej praktyce wychowawczo-oświatowej jest jednak „narkomania”, która odnosi się do wszelkiego rodzaju toksykomanii. Narkomania w tym ujęciu oznacza „świadome wprowadzanie do organizmu substancji odurzających w celu uzyskania stanu narkotycznego” (Raport MOiW, 1986).

Czym są narkotyki i dlaczego są tak niebezpieczne? Pierre de Parcevaux mianem narkotyku określa substancję wpływającą na funkcjonowanie mózgu odczuwaną przez jednostkę jako przyjemność lub pobudzenie. Narkotykiem może być zarówno substancja pochodzenia naturalnego jak i syntetycznego, oddziałująca na organizm i prowadząca do zmian zachowania oraz subiektywizacji odczuć. Niekontrolowane zażywanie danego środka w celu niemedycznym, poprzez działanie wywołujące stan dobrego samopoczucia, może prowadzić do uzależnienia (Parcevaux 1995, s. 72).

Problematyka uzależnień dotyczy również Polskę. Według Krajowego Raportu Przeciwdziałania Narkomanii z roku 2013, ze względu na rosnącą liczbę osób szukających pomocy w Ośrodkach Leczenia Uzależnień z powodu chronicznego zażywania przetworów konopi, zaleca się rozwijanie i popularyzowanie oferty leczniczej współmiernej do potrzeb tej grupy pacjentów (np. program „Candis”).

W 2012 roku, w badania przeprowadzone z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych dotyczące tematyki uzależnień behawioralnych, włączono również wiele pytań odnoszących się do zażywania substancji psychoaktywnych. Badanie przeprowadzono w kwietniu 2012 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej na reprezentatywnej, ogólnopolskiej próbie respondentów w wieku powyżej lat 15. Zasadniczym celem projektu było zbadanie zakresu zjawiska o charakterze patologicznym jakim jest zażywanie nielegalnych substancji toksycznych. Podjęto również próbę identyfikacji stopnia konsumpcji tych substancji.

Wyniki wykazały, że ze środkami toksycznymi zetknęło się 13,7% badanych, a najbardziej powszechnym zażywany środek są przetwory konopi indyjskich (12,2%). Czterokrotnie niższe wyniki zarejestrowano u badanych deklarujących zażywanie amfetaminy (2,9%). Do kontaktu z ecstasą przyznało się niewiele ponad 1% respondentów. Zbliżone wyniki uzyskano w przypadku środków halucynogennych (zarówno grzybów halucynogennych – 1,0%, jak i LSD – 0,8%). Ponadto udowodniono, że mężczyźni częściej niż kobiety sięgają po substancje psychoaktywne i trend ten notuje się zarówno w przypadku eksperymentowania i pierwszych inicjacji narkotycznych, jak i zażycia w ciągu ostatniego roku do momentu badania. 17,9% mężczyzn zadeklarowało zażywanie marihuany lub haszyszu, wśród kobiet odsetek ten wyniósł 7,8%. Sytuacja wygląda podobnie w kwestii zażywania amfetaminy – mężczyźni (4,5%) sięgają po nią trzykrotnie częściej niż kobiety (1,4%). Wyższe wskaźniki zażywania wśród mężczyzn zarejestrowano również w przypadku środków halucynogennych, kokainy oraz sterydów anabolicznych. Analizując wiek badanych, największy odsetek odnotowano wśród eksperymentujących z grupy 25–34 lata (Raport „POLAND” 2013, s. 5–11). Nie są to wyniki wysokie, jednak niepokojący wydaje się sam fakt obecności środków narkotycznych w życiu publicznym i problem ten wymaga podjęcia stanowczych działań naprawczych.

Narkomania jest zjawiskiem niebezpiecznym, wpływającym na całe życie człowieka. W ciągu ostatnich lat monitoruje się narastające zainteresowanie zjawiskiem uzależnienia od narkotyków, co związane jest z przyrostem liczby osób

uzależnionych. Rozpatrując tematykę narkomanii należy skupić się na kwestiach takich, jak: poczucie wolności i sensu istnienia, utrzymanie abstynencji, konsekwencjach zażywania środków toksycznych obejmujących deficyty w sferze funkcjonowania psychospołecznego oraz zaburzeniach osobowościowych.

Narkotyzowanie może wpływać negatywnie na samopoczucie, ogólny nastrój człowieka i poczucie sensu jego egzystencji. Sens życia jest zjawiskiem trudnym do zdefiniowania, ze względu na zróżnicowanie w jego odczuwaniu. Dla Kazimierza Obuchowskiego sens życia jest potrzebą „cechującą dorosłego człowieka – bez jej zaspokojenia nie może on funkcjonować normalnie, nie może zmobilizować wszystkich swoich zdolności w maksymalnym stopniu; zaspokojenie to zaś polega na uzasadnieniu sobie w jakiś sposób sensu swojego bytu, wytyczającym jasny, praktyczny i możliwy do zaaprobowania przez siebie kierunek działania” (Obuchowski 1983, s. 203).

Osoby borykające się z problemem uzależniania mogą wykazywać nieprawidłowości w tym obszarze funkcjonowania, czego dowiedzieć chciano przeprowadzając niniejsze badania.

Zrozumienie i zaaprobowanie sensu własnego istnienia jest bardzo trudne. Na uświadomienie sobie ogromu trudu jaki musi ponieść człowiek w uzmysłowieniu sobie sensu swojej egzystencji rzutuje fakt, że poczucie sensu życia nie towarzyszy człowiekowi od momentu jego narodzin, ale jest osobliwą formą samoświadomości, której należy poszukiwać, a którą odnaleźć można wraz z upływem lat oraz osobistych doświadczeń. Odkrywanie sensu egzystencji nieraz wiąże się z przeżywaniem chwil zwątpienia, bezsilności i niepokoju.

Pojęcie „sens życia” jest terminem trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. Spory o trafność terminologii tego zjawiska sięgają już czasów starożytnych. Człowiek jest istotą niepowtarzalną, niepowtarzalne są też jego postanowienia dotyczące drogi życiowej. Sens życia poznajemy w momencie odkrycia po co i dla czego żyjemy, kim chcemy być, jakie są nasze dążenia, jakie działania winniśmy podjąć, aby uczynić nasze życie satysfakcjonującym, sprawiedliwym i radosnym. Sens życia zdaniem Alfreda Adlera „to nie indywidualna koncepcja nadająca jednostce ludzkiej poczucie sensowności własnego wysiłku. Jest to prawo życia, obowiązek działania na rzecz innych”. Zdaniem autora naczelnym celem działania jednostki powinno być dążenie do perfekcyjności, doskonałości nierealnej i nieosiągalnej. Do celu tego możemy zmierzać tylko w obrębie społeczeństwa, w którym przyszło nam funkcjonować przyczyniając się tym samym do udoskonalania tej społeczności (Adler 1986, s. 10).

Problematyka w ustaleniu jednoznacznej terminologii koncepcji sensu ludzkiego życia związana jest z mnogością odczuć, doświadczeń, indywidualnością przeżyć oraz różnorodnością osobowościową charakteryzującą każdego człowieka. Ludzie, jako istoty wyjątkowe, cechują się złożonością i oryginalnością, dlatego też tak trudno sformułować definicję sensu życia, odzwierciedlającą każdą indywidualną jednostkę.

Metodologia badań własnych

W badaniach własnych zastosowano model badań ilościowych z procedurą sondażu diagnostycznego. W nauce procedurę sondażu diagnostycznego definiuje się jako: „sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasileniu się i kierunku rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie niezlokalizowanych w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje” (Pilch, Bauman 2001, s. 80).

Celem głównym badań własnych była próba oceny zmian zachodzących w sferze egzystencjonalnej (poczucia sensu życia) u osób uzależnionych od narkotyków i poddanych terapii. Z tak postawionego celu wynika następujący główny problem badawczy: czy, a jeżeli tak, to, jaka jest zależność pomiędzy poczuciem sensu życia (osób uzależnionych od narkotyków) a uzależnieniem od narkotyków?

W odpowiedzi na główny problem badawczy sformułowano następującą hipotezę roboczą; pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi występuje zależność ujemna, która wskazuje, że im wyższy poziom uzależnienia od narkotyków, tym niższe poczucie sensu życia badanych osób.

Ponadto postawiono następujące szczegółowe pytania badawcze;

1. Czy i jakie są różnice w poziomie poczucia sensu życia pacjentów na tle grupy porównawczej?
2. Czy i jakie są różnice w poziomie uzależniania od narkotyków pacjentów z różnych ośrodków resocjalizacyjno-terapeutycznych MONAR-u?
3. Czy i jaka jest zależność pomiędzy poczuciem sensu życia a symptomami uzależnienia badanych pacjentów?

Hipotezę roboczą sformułowano do głównego problemu badawczego, gdyż w pytaniu zestawiono zależność pomiędzy zmiennymi. Pozostałe pytania miały charakter diagnostyczno-opisowy. Do tego rodzaju pytań nie stawiamy hipotez szczegółowych.

W badaniach zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- a) Kwestionariusz testu przesiewowego uzależnienia od narkotyków oparty na kryteriach ICD-10;
- b) Skalę Sensu Życia (PIL) J.C. Crumbaugh'a i L.T. Maholick w adaptacji Prężyny.

Grupa badawcza i teren badań

Na podstawie informacji uzyskanych od pacjentów dokonano charakterystyki badanych osób uzależnionych z uwzględnieniem podstawowych kategorii socjope-

dagogicznych. Badania zostały przeprowadzone na 25-osobowej grupie pacjentów Poradni Leczenia Uzależnień MONAR. Mężczyźni stanowili 80% badanych, odsetek kobiet wyniósł 20%. Najwięcej badanych osób mieści się w przedziale wiekowym 25–35 lat (40%), najmniej w przedziale 36 i więcej lat (24%). Zdecydowana większość pacjentów pochodzi z miasta (88%), natomiast zaledwie 12% jako miejsce pochodzenia podało wieś. Najwięcej osób zadeklarowało wykształcenie zawodowe (36%), wykształcenie podstawowe i średnie 28%, natomiast tylko pojedyncze osoby legitymowały się wykształceniem wyższym (zaledwie 8% badanych). Zdecydowana większość badanych osób nie ma własnej rodziny (76%). Ponad połowa jest po rozwodzie lub separacji (56%), tymczasem pełną rodzinę ma 20% badanych pacjentów. Większość badanych osób pochodzi z rodziny niepełnej (60%). Warunki materialne rodziny własnej znaczna część osób określiła jako przeciętne – 28%, niewystarczające – 20%, jako dobre z kolei tylko 12%. W badanej grupie osób uzależnionych od narkotyków ponad połowa nie była poddawana leczeniu w ośrodku stacjonarnym (60%), takie doświadczenia miało za sobą 40% badanych.

Badania przeprowadzono w Poradni Profilaktyki i Leczenia Uzależnień MONAR w Lublinie. Badaniom poddano 25 osób w wieku od 17 do 58 lat. Osoby badane to pacjenci uzależnieni od narkotyków, na różnym etapie terapii.

Dobór osób badanych do grupy był celowo losowy. W sposób celowy wybrano konkretną placówkę, w której przebywają osoby uzależnione od narkotyków.

Interpretacja uzyskanych wyników

1. Poziom i cechy poczucia sensu życia badanych pacjentów

Do oceny wybranych cech poczucia sensu życia badanych pacjentów zastosowano kwestionariusz PIL. Pozwala on na ocenę następujących syndromów: cele życia, sens życia, afirmacja życia, ocena siebie, ocena własnego życia, wolność i odpowiedzialność oraz stosunek do śmierci. Badani zaznaczali na 7-stopniowej skali najbliższe swoim przekonaniom stwierdzenia. Z uwagi na zróżnicowaną liczbę pytań w poszczególnych cechach, średnie arytmetyczne podzielono przez ich liczbę i wynik wpisano w nawiasie w kolumnach M_1 i M_2 . Wyniki w nawiasach w kolumnach M_1 , M_2 informują o poziomie badanych cech. Grupę porównawczą stanowiły osoby dorosłe, nieobciążone uzależnieniem. Uzyskane w ten sposób informacje zestawiono w tabeli 1.

Badani oceniali twierdzenia na 7-stopniowej skali. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom ocenianych cech. Zgromadzone w tabeli dane ukazują, że w badanych grupach występuje duża różnica między średnimi wynikami.

Osoby uzależnione od narkotyków najbardziej zaburzone były pod względem akceptacji siebie ($M_1 = 3,69$) i świadomości celu ($M_2 = 3,88$). W sferze akceptacji siebie różnica między wynikami pacjentów a osobami z grupy kontrolnej wyniosła 1,44, natomiast w sferze afirmacji życia 1,45.

Tabela 1. Poziom poczucia sensu życia pacjentów na tle osób bez problemu narkotykowego

Cechy	Pacjenci		Grupa porównawcza		$M_1 - M_1$
	M_1	SD_1	M_2	SD_2	
Afirmacji życia	31,36 (3,92)	8,80	40,24 (5,03)	9,23	-8,88 **
Sfera akceptacji siebie	11,08 (3,69)	4,44	15,40 (5,13)	3,03	-4,32**
Sfera świadomości celu	11,64 (3,88)	4,26	16,00 (5,33)	2,83	-4,36**
Sfera poczucia wolności	9,20 (4,6)	2,71	9,68 (4,84)	3,98	-0,48**
Sfera oceny przyszłości	8,72 (4,36)	2,61	11,12 (5,56)	2,47	-2,40**
Sfera postawy do śmierci	8,68 (4,34)	2,23	10,20 (5,10)	1,94	-1,52**

Objaśnienia: M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; $M_1 - M_2$ – różnica średnich arytmetycznych; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Źródło: badania własne.

Takie wyniki świadczą o tym, że pacjenci MONAR-u akceptują siebie w mniejszym stopniu niż osoby nieuzależnione, podobnie jak w przypadku poczucia świadomości celu, gdzie wyniki osób uzależnionych wyniosły ($M_1 = 3,88$), a w przypadku osób z grupy porównawczej ($M_2 = 5,33$).

Jeśli chodzi o sferę oceny przyszłości badani uzależnieni uzyskali wynik wyższy niż przeciętny ($M_1 = 4,36$), podobnie jak badani z grupy kontrolnej ($M_2 = 5,56$). Można więc stwierdzić, że uzależnienie nie ma wpływu na poziom oceny przyszłości w ogólnym rozrachunku poczucia sensu życia. Różnica między średnimi arytmetycznymi w niniejszej sferze wyniosła 1,20.

Pacjenci wypadli poniżej przeciętej w przypadku analizy poziomu afirmacji życia ($M_1 = 3,92$), natomiast badani z grupy kontrolnej uzyskali wynik przeciętny ($M_2 = 5,03$). Różnica średnich arytmetycznych w tej sferze wyniosła 1,11.

Oznacza to, że pacjenci ośrodka podchodzą do życia nieco bardziej pesymistycznie niż osoby bez problemów narkotykowych.

W pozostałych sferach – poczucia wolności oraz postawy wobec śmierci – różnice średnich arytmetycznych nie są tak duże jak w omówionych powyżej. Spośród wymienionych sfer najwyższa różnica średnich występowała w sferze świadomości celu ($M_1 - M_2 = 1,45$), nieco niższa w sferze akceptacji siebie ($M_1 - M_2 = 1,44$) oraz w sferze oceny przyszłości ($M_1 - M_2 = 1,20$).

Dokonano również oceny wartości odchyłeń standardowych. Największe zróżnicowanie wyników w grupie pacjentów wystąpiło przy ocenie afirmacji życia

($SD_1 = 8,80$), najniższe w sferze postawy wobec śmierci ($SD_1 = 2,23$).

Z analizy wyników z grupy porównawczej można stwierdzić, że osoby nieuzależnione uzyskujące wysokie wyniki w sferze oceny przyszłości ($M_2 = 5,56$) oraz świadomości celu ($M_2 = 5,33$) bardziej pozytywnie oceniają własną przyszłość, a także charakteryzują się większą świadomością celu życiowego niż osoby uzależnione. Osoby z grupy kontrolnej również w większym stopniu akceptują siebie ($M_2 = 5,13$).

We wszystkich sferach, tj. sferze afirmacji życia, akceptacji siebie, świadomości celu, poczucia wolności, oceny przyszłości oraz postawy wobec śmierci, zarówno grupa pacjentów, jak i grupa porównawcza, są zróżnicowane pod względem wyników. Oznacza to, że grupy nie są jednorodne, homogeniczne i badane osoby mają zróżnicowany poziom opisywanej cechy.

Dokonano również oceny istotności statystycznej różnic pomiędzy średnimi w porównywanych grupach. Okazało się, że różnice są istotne w następujących skalach:

- afirmacji życia ($p < 0,01$);
- akceptacji siebie ($p < 0,01$);
- świadomości celu ($p < 0,01$);
- poczucia wolności ($p < 0,01$);
- oceny przyszłości ($p < 0,01$), oraz
- postawy wobec śmierci ($p < 0,01$).

Z przedstawionych wyliczeń wynika, że badani pacjenci charakteryzują się istotnie niskim poziomem wymienionych cech poczucia sensu życia. W ten sposób można stwierdzić, iż respondenci na tle osób bez problemu uzależnień ujawniają takie cechy, jak: brak akceptacji siebie, związany z niską samooceną i brakiem umiejętności prawidłowego postrzegania siebie, deficyty w zakresie świadomości celów żywicowych, niskie poczucie wolności i samodzielności, braki w sferze prawidłowej oceny przyszłości oraz wysoki poziom tolerancji w postawie wobec śmierci.

2. Poziom oraz symptomy uzależnienia pacjentów

Do pomiaru poziomu oraz symptomów uzależnienia użyto test przesiewowy stworzony na podstawie kryteriów diagnostycznych uzależnienia od substancji ICD-10 – Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń.

Dokonano oceny uzależnienia za pomocą testu przesiewowego ICD-10 w następujących obszarach: głód narkotykowy, utarta kontroli, zespół abstynencyjny, zmiany tolerancji na narkotyki, postępujące zaniedbywanie zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków, zażywanie narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na organizm.

Grupą porównawczą badań byli pacjenci MONAR-u w Głogowie uzależnieni od środków psychoaktywnych. Badani odpowiadali na pytania, zaznaczając odpowiedzi na skali dychotomicznej „tak” lub „nie”. Z uwagi na zróżnicowaną liczbę symptomów uzależnienia w poszczególnych skalach średnie arytmetyczne podzielono przez ich liczbę, a wynik wpisano w nawiasie w kolumnie M_1 i M_2 . Poziom

uzależnienia określamy na podstawie średnich w nawiasie. Zliczone w ten sposób wyniki zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 2. Poziom uzależniania od narkotyków pacjentów z różnych ośrodków resocjalizacyjno-terapeutycznych

Symptomy uzależnienia	Pacjenci		Grupa porównawcza		M1–M2
	M1	SD1	M2	SD2	
I. Głód narkotykowy	4,92 (0,82)	1,15	5,09 (0,85)	1,15	-0,17 ni
II. Utrata kontroli	4,92 (0,82)	1,15	5,28 (0,88)	0,99	-0,36 ni
III. Zespół abstynencyjny	8,04 (0,73)	1,90	7,91 (0,72)	2,66	0,13 ni
IV. Zmiany tolerancji na narkotyki	3,16 (0,79)	0,90	2,50 (0,63)	1,14	0,66*
V. Postępujące zaniedbywanie zachowań i za- interesowań niezwiązanych z braniem narko- tyków	4,88 (0,70)	1,42	4,75 (0,68)	1,87	0,13 ni
VI. Zażywanie narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na Twój organizm	2,60 (0,65)	0,96	2,19 (0,55)	1,26	0,41 ni
Ogólnie	28,52	5,03	27,72	6,63	0,80

Objaśnienia: * $p < 0,05$.

Źródło: badania własne.

Zgodnie z danymi zawartymi w powyższej tabeli w kwestii symptomów uzależnienia średnia w grupie pacjentów była najwyższa w modułach dotyczących głodu narkotykowego ($M_1 = 0,82$), utraty kontroli ($M_1 = 0,82$) oraz „zespołu abstynencyjnego” ($M_1 = 0,73$).

W grupie porównawczej najwyższą średnią odnotowano w module utraty kontroli ($M_2 = 0,88$) i głodu narkotykowego ($M_2 = 0,85$) oraz zespołu abstynencyjnego ($M_2 = 0,72$). Różnica w obszarze głodu narkotykowego między grupą przebadanych pacjentów ($M_1 = 0,82$) a grupą porównawczą ($M_2 = 0,85$) wyniosła – 0,03, w przypadku utraty kontroli ($M_1 - M_2 = -0,06$), z kolei w module zespołu abstynencyjnego ($M_1 - M_2 = 0,01$).

Najniższą średnią punktacji odnotowano w serii pytań dotyczących zażywania narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na organizm, gdzie w grupie pacjentów średnia odpowiedzi wyniosła ($M_1 = 0,65$), natomiast w grupie porównawczej ($M_2 = 0,55$). Różnica między średnimi wyniosła 0,1 punktu ($M_1 - M_2 = 0,1$).

Druga część testu przesiewowego, której średnia odpowiedzi w grupie pacjentów była najniższa, dotyczyła postępujących zaniedbywań zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków. U pacjentów z grupy pierwszej średnia odpowiedzi wyniosła ($M_1 = 0,70$), u respondentów z grupy porównawczej najniższą średnią uzyskały odpowiedzi na temat zmiany tolerancji na narkotyki ($M_2 = 0,63$).

Z oceny różnic między średnimi wynika, że grupa pacjentów charakteryzuje się wyższym poziomem uzależnienia na tle grupy porównawczej, tak w ogólnym wyniku, jak i w większości modułów testu przesiewowego, wyłączając moduł pierwszy dotyczący głodu narkotykowego, gdzie grupa porównawcza uzyskała wyższe wyniki ($M_1 - M_2 = -0,17$) oraz wyłączwszy moduł drugi odnoszący się do utraty kontroli, w którym różnica średnich wyniosła ($M_1 - M_2 = -0,36$).

Dokonano również oceny wartości odchylenia standardowego dla poszczególnych grup. W obu najwyższą wartość odnotowano dla zespołu abstynencyjny ($Sd_1 = 1,90$ oraz $Sd_2 = 2,66$). Przedstawiona wartość świadczy o jednorodności, homogeniczności wyników w obu grupach.

Po zanalizowaniu statystycznych różnic pomiędzy średnimi w porównywanych grupach nie stwierdzono istotnych zależności między poziomem uzależnienia od narkotyków pacjentów z różnych ośrodków resocjalizacyjno-terapeutycznych MONAR-u, z wyjątkiem modułu czwartego dotyczącego zmiany tolerancji na narkotyki: $p < 0,05$. W ten sposób można stwierdzić, że badani pacjenci na tle osób z ośrodka z Głuskowa uzyskali wyższy wynik, co oznacza, że wykazują wyższy poziom uzależnienia w sferze tolerancji na zażywane środki narkotyczne. Może mieć to związek z różnorodnością oraz typem zażywanych substancji psychoaktywnych mających działanie silnie uzależniające.

3. Poczucie sensu życia pacjentów zróżnicowanych poziomem uzależnienia

W ostatniej części analizy materiału empirycznego dokonano próby weryfikacji hipotezy roboczej, w której założono, że istnieje zależność ujemna pomiędzy poziomem uzależnienia od narkotyków a poczuciem sensu życia pacjentów.

W tym celu podzielono badaną grupę na dwie podgrupy. W pierwszej znalazły się osoby, które charakteryzują się wyższym poziomem uzależnienia w skali ICD-10 oraz niskim poczuciem sensu życia, w drugiej natomiast osoby przejawiające niższy poziom uzależnienia w skali ICD-10 i wyższe poczucie sensu życia.

Z uwagi na zróżnicowaną liczbę symptomów uzależnienia w poszczególnych skalach średnie arytmetyczne podzielono przez ich liczbę, a wynik wpisano w nawiasie w kolumnie M_1 i M_2 . W ten sposób wyliczone informacje zestawiono w tabeli 3.

Zgodnie z danymi z powyższej tabeli, w kwestii poczucia sensu życia pacjentów zróżnicowanych poziomem uzależnienia najwyższe wyniki pacjenci z grupy 1 uzyskali w module II dotyczącym utraty kontroli ($M_1 = 0,95$), w grupie 2 natomiast równolegle w module I – głód narkotykowy oraz II odnoszącym się do utraty kontroli ($M_2 = 0,73$).

Tabela 3. Poczucie sensu życia pacjentów zróżnicowanych poziomem uzależnienia

Cechy uzależnienia	Grupa 1		Grupa 2		M_1-M_2
	M_1	SD_1	M_2	SD_2	
I. Głód narkotykowy	5,40 (0,90)	0,97	4,40 (0,73)	1,18	1ni
II. Utrata kontroli	5,70 (0,95)	0,48	4,40 (0,73)	1,18	1,30**
III. Zespół abstynencyjny	9,50 (0,86)	1,58	7,07 (0,64)	1,44	2,43***
IV. Zmiany tolerancji na narkotyki	3,70 (0,93)	0,48	2,80 (0,70)	0,94	0,90**
V. Postępujące zaniedbywanie zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków	5,70 (0,81)	1,25	4,33 (0,62)	1,29	1,37*
VI. Zazywanie narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na Twój organizm	3,30 (0,83)	0,82	2,13 (0,53)	0,74	1,17***
Ogólnie	33,30 (0,90)	5,50	25,13 (0,68)	6,77	8,17***

Objaśnienia: M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; M_1-M_2 – różnica średnich arytmetycznych; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Źródło: badania własne.

Grupa pacjentów o wyższym niż przecięty poziomie uzależnienia i niskim poczuciu sensu życia (grupa 1), najniższy wynik osiągnęła w obszarze postępującego zaniedbywania zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków ($M_1 = 0,81$). W grupie 2, w której wyodrębniono pacjentów przejawiających niższy niż przeciętny poziom uzależnienia i wyższe poczucie sensu życia, najniższą średnią punktacji odnotowano w serii pytań dotyczących zazywania narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na organizm ($M_2 = 0,53$).

Badane grupy najbardziej różniły się w sferze „zespołu abstynencyjnego” ($M_1-M_2 = 2,43$) oraz postępującego zaniedbywania zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków – różnica pomiędzy średnimi wyniosła 1,37 punktu ($M_1-M_2 = 1,37$).

Dokonano również oceny wartości odchylenia standardowego dla badanych grup. W obu grupach najwyższą wartość odnotowano dla syndromu zespół abstynencyjny ($Sd_1 = 1,58$ oraz $Sd_2 = 1,44$).

Dokonano oceny statystycznej różnic pomiędzy średnimi. Różnice istotne stwierdzono przy ocenie następujących wymiarów uzależnienia:

- zespołu abstynencyjnego ($p < 0,001$);
- zazywania narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na organizm ($p < 0,001$);

- utraty kontroli ($p < 0,01$);
- zmiany tolerancji na narkotyki ($p < 0,01$);
- postępującego zaniedbywania zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków ($p < 0,05$).

Grupa z wyższym poczuciem sensu życia charakteryzuje się istotnie niższym poziomem uzależnienia w zakresie:

- zespołu abstynencyjnego;
- zażywania narkotyków pomimo oczywistej wiedzy na temat ich szkodliwego wpływu na organizm;
- utraty kontroli,
- zmiany tolerancji na narkotyki;
- postępującego zaniedbywania zachowań i zainteresowań niezwiązanych z braniem narkotyków.

Okazało się, że pacjenci z grupy 1 (o niskim poczuciu sensu życia) charakteryzują się istotnie wyższym statystycznie poziomem cech uzależnienia na tle pacjentów z wysokim poczuciem sensu życia, a hipoteza badawcza, która brzmiała: „pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi występuje zależność ujemna, która wskazuje, że im wyższy poziom uzależnienia od narkotyków, tym niższe poczucie sensu życia badanych osób” potwierdziła się. Osoby silnie uzależnione posiadają niższy poziom poczucia sensu życia.

Osoby uzależnione poddawane terapii zaczynają postrzegać świat oraz przyszłość w sposób obiektywny, uczą się korzystać ze swej mocy sprawczej, którą odczuwają jako wystarczającą, by stawiać sobie cele i konsekwentnie je realizować. Niestety, silne uzależnienie wpływa negatywnie na poczucie sensu życia jednostki. Większość ludzi po środki psychoaktywne sięga w okresie dorastania (18–22 r.ż), kiedy są szczególnie podatni na kryzys tożsamości. Jest zatem wielce prawdopodobne, że badani pacjenci przed pierwszą inicjacją narkotykową również przejawiali symptomy obniżonego poziomu satysfakcji życiowej, traktując narkotyzowanie się jako formę relaksacji.

Narkotyki obniżają poziom zadowolenia z życia również ze względów psychospołecznych. Uzależnieni utożsamiani z patologią społeczną, zaczynają nienawidzić siebie i umyślnie dążyć do autodestrukcji, nie tylko z powodu wstydu, ale również poczucia winy, poniżenia oraz obrzydzenia do siebie jako jednostki ludzkiej. Zachwianiu ulegają również ich systemy wartości, a życie nie stawia przed nimi żadnych oczekiwań, co doprowadza do występowania stanów apatycznych lub depresyjnych. Brak celu egzystencjalnego zdaje się być jednym z głównych powodów występowania myśli suicydalnych.

Zakończenie i wnioski z badań

Uzależnienie od narkotyków jest problemem dotyczącym olbrzymią rzeszę ludzi, jest działaniem destrukcyjnym doprowadzającym do wyniszczenia nie tylko

w sferze fizycznej, ale również psychicznej i psychosomatycznej. Nałóg narkotykowy dotyka zarówno osoby o silnej i przebojowej osobowości, jak i te wycofane, zamknięte, mające różnorakie problemy psychiczne, osobowościowe, rodzinne. W nałóg toksykomanii mogą wpaść osoby z tak zwanych wyżyn społecznych (wykształcone, o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym), mające rodziny i dzieci, jak i osoby samotne lub wywodzące się ze środowisk dysfunkcyjnych.

Prawdopodobnie większość osób uzależnionych stanowią ludzie z różnorakimi wewnętrznymi deficytami. Przejawiają one trudności w funkcjonowaniu w szeroko pojętej społeczności i w życiu osobistym. Nie potrafią rozwiązywać swoich problemów w sposób samodzielny i efektywny. Ludzie tacy charakteryzują się też niższą samooceną oraz mogą przejawiać dysfunkcyjność w zakresie postrzegania rzeczywistości oraz samych siebie.

Bardzo ważnym determinantem prawidłowego funkcjonowania jest poziom poczucia sensu życia, który u przebadanych pacjentów ze zdiagnozowanym wysokim poziomem uzależnienia okazał się niższy niż u osób z niższym poziomem uzależnienia od środków toksycznych.

Decydując się na przeprowadzenie badań na temat poczucia sensu życia pacjentów ośrodka MONAR, chciano sprawdzić czy pomiędzy stopniem uzależnienia a poczuciem sensu życia istnieją jakiekolwiek zależności.

Badania przeprowadzone zostały w marcu 2014 roku w Poradni Profilaktyki i Leczenia Uzależnień MONAR w Lublinie. Większość badanych stanowili mężczyźni (80%), odsetek kobiet wyniósł 20%. Głównym celem niniejszej pracy była próba oceny poziomu poczucia sensu życia i symptomów uzależnienia pacjentów Ośrodka Terapeutycznego MONAR oraz zależności pomiędzy nimi. Materiał badawczy wnikliwie opracowano, co pozwoliło na udzielenie rzetelnych odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze oraz hipotezy szczegółowe.

Otrzymany materiał badawczy umożliwił uzyskanie informacji o różnych sferach życia osób badanych i pozwolił na komparację postaw i przekonań uzależnionych pacjentów.

Niniejsza analiza badawcza z pewnością nie oddaje wszystkich potencjalnych wyników badań i nie przedstawia wszystkich możliwych do wyciągnięcia konkluzji, chociażby za pomocą analizy kolejnych, indywidualnych wywiadów.

Związek uzależnienia i poczucia sensu życia jest silny. Prawdopodobnie osoby badane przed narkotyzowaniem się i popadnięciem w nałóg również charakteryzowały się niższym poziomem zadowolenia z życia, a przynajmniej miały problemy z pozytywnym jego postrzeganiem. Możliwe, że wówczas jedynym „pozytywnym” aspektem życia były narkotyki i moment samego odurzenia.

Narkotyki prowadzą do kłamstw, degradacji, wyniszczenia, zarówno w kwestii zdrowia fizycznego, jak i strony moralnej i psychicznej człowieka. Osoby uzależnione poddane terapii zaczynają świadomie i adekwatnie postrzegać siebie i środowisko, w którym przebywały. Dostrzegają jak bardzo uzależnili swoje życie, siebie oraz najbliższych od konieczności zażywania narkotyku. Najprawdopodob-

niej poczucie wstydu, świadomość swoistego „upodlenia”, świadomość winy za krzywdę własną i innych powoduje, że osoby silnie uzależnione mają niższe poczucie sensu swojego istnienia.

Hipoteza badawcza: „pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi występuje zależność ujemna, która wskazuje, że im wyższy poziom uzależnienia od narkotyków, tym niższe poczucie sensu życia badanych osób” potwierdziła się w przeprowadzonych badaniach. Osoby silnie uzależnione mają niższy poziom poczucia sensu życia.

Abstract: Sense of Life Meaningfulness in Drug Addicts

The article presents results of studies concerning the assessment of changes taking place in the existential sphere (the sense of life meaningfulness) in persons addicted to drugs and subjected to therapy. The studies were conducted in MONAR – Addictions Prophylaxis and Treatment Center in Lublin. 25 patients of the Center, aged 17 to 58 years, were examined. In the first part, concerning the sense of life meaningfulness the control group consisted of persons without addictions. In the second part of the studies, in examining differences between levels of addiction and the sense of life meaningfulness in addicts from various therapeutic-rehabilitation centers, the control group consisted of patients from MONAR Center in Głuskowo. We used the method of diagnostic sounding with the application of Screening Test Questionnaire concerning drug addiction, based on ICD-10 criteria and Life Meaningfulness Scale (PIL). On the basis of study results the level of the sense of life meaningfulness in persons addicted to drugs was determined. The performed analysis of empirical study results revealed that the persons strongly addicted to drugs demonstrate a lower level of the sense of life meaningfulness.

Key words: drug addiction, sense of life meaningfulness, life meaningfulness.

Bibliografia

- [1] Adler A., 1986, *Sens życia*, PWN, Warszawa.
- [2] Cekiera C., 1985, *Toksykomania*, PWN, Warszawa.
- [3] Obuchowski K., 1983, *Psychologia dążeń ludzkich*, PWN, Warszawa.
- [4] Parcevaux P., 1995, *W obliczu narkomanii. Nowe spojrzenie*, WAM, Kraków.
- [5] Pilch T., Bauman T., 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie jakościowe i ilościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [6] Podgórecki A., 1976, *Zagadnienia patologii społecznej*, PWN, Warszawa.
- [7] Twardowski J., 2000, *Nie tylko o jeżach. Myśli i opowieści o przyrodzie*, PIW, Warszawa.

Raporty

- [8] MOIW, 1986, Informacja Statystyczna dot. rozmiarów niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży w roku 1985; Warszawa.
- [9] „POLAND” 2013, New Development, Trends and in-depth information on selected issues, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Warszawa.