

**LATVIJAS UNIVERSITĀTE**  
**Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte**  
**Psiholoģijas nodaļa**

Psiholoģijas bakalaura studiju programmas  
Studentes **Natālijas Daubergas**  
Stud. Apl. Nr. Psih010131

**Maģistra darbs**

**Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņas no alkohola  
atkarīgajiem Minesotas 12 soļu programmas ietvaros.**

Darba vadītājs:  
Dr. Psych. **Sandra Beatrice Sebre**

**Rīga 2008**

## Saturs

Rezumējums.....	3
Abstract.....	4
Teorētiskā daļa.....	5
Alkohola atkarība un tās terapija.....	5
Ķīmisku vielu lietošanas izraisītie traucējumi.....	5
Ķīmisku vielu atkarības terapijas iespējas.....	7
Terapijas efektivitāte.....	8
Pašefektivitāte un tās saistība ar atkarību.....	9
Pašefektivitātes koncepcija.....	9
Pašefektivitātes saistība ar atturību no atkarību izraisošo vielu lietošanas.....	10
Stress un tā saistība ar atkarību no ķīmiskām vielām.....	11
Stresa koncepcija.....	11
Stresa pārvarēšanas teorētiskie modeļi.....	13
Hobfola stresa modelis.....	16
Stresa pārvarēšanas stratēģiju ietekme uz pēcterapijas lietošanas atturību.....	16
Rezumējums.....	16
Metode.....	18
Pētījuma dalībnieki.....	18
Instrumentārijs.....	18
Procedūra.....	20
Rezultāti.....	20
Iztirzājums.....	25
Izmantotās literatūras saraksts.....	28
Bibliogrāfija.....	29
Pielikumi.....	30

## Rezumējums

Šī pētījuma mērķis bija noskaidrot, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības alkohola atkarīgo pašefektivitātes līmenī un stresa pārvarēšanas stratēģijās, ārstējoties Minesotas 12 soļu programmā. Tika pētītas atšķirības starp divām pētāmajām grupām, pacientiem, kuri šajā ārstniecības programmā pieteikušies ārstēties paši (n=10) un pacientiem, kas uz šo programmu nosūtīti ārstēties no Valsts Probācijas Dienesta (n=12).

Pētījumā tika izmantotas 2 metodes – Alkohola atturības pašefektivitātes skala (Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale - AASES) un Stresa pārvarēšanas stratēģisko pieeju skala (Strategic Approach to Coping Scale – SACS).

Ar 2 faktoru dispersiju analīzi pārbaudot datus tika secināts, ka pašefektivitāte ir statistiski nozīmīgi palielinājusies kopējai izlasei un pacientu grupai, kas terapiju Minesotas 12 soļu programmā izvēlējušies paši. Ir statistiski nozīmīgi palielinājušies rezultāti sociālas pievienošanās rīcības skalā pacientu grupā, kas terapiju Minesotas 12 soļu programmā izvēlējušies paši. VPD nosūtīto pacientu grupai bija statistiski nozīmīgi mazākas pašefektivitātes līmeņa izmaiņas salīdzinot ar otru grupu. Ir statistiski nozīmīgas atšķirības sociālas pievienošanās rīcības skalā starp abām pētāmajām grupām, turklāt VPD nosūtīto pacientu grupai vidējais rādītājs šajā skalā ir samazinājies, bet otrai pētāmajai grupai palielinājies.

*Atslēgas vārdi:* atkarība, 12 soļu terapija, pašefektivitāte, stress, stresa pārvarēšanas stratēģijas, probācija.

## Abstract

The goal of this study was to clarify, are there statistically significant differences between alcoholics coping strategies and alcohol abstinence self-efficacy during Minnesota 12 step program. The differences between two groups were investigated, patients, who have chosen this therapy by themselves (n=10) and patients, who have been assigned to this therapy by Probation Service (n=12).

Two methods were used in this research - Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – AASES and Strategic Approach to Coping Scale – SACS.

Examining results with 2 factors variance analysis, was concluded that alcohol abstinence self-efficacy statistically significantly increased during Minnesota 12 step program in total sample and patients group, who have chosen this therapy by themselves. Statistically significant increase was found in this groups results in social concurance strategy. In Probation Services' assigned patients group there were significantly less increase in alcohol abstinence self-efficacy comparing with other group during treatment. There was statistically significant difference between change in social concurance strategy. Probation Services' assigned patient groups social concurances strategy level was decreased, other groups' – increased.

*Key words:* addiction, 12 step therapy, self-efficacy, stress, coping strategies, probation service.

## Teorētiskā daļa

Mūsdienu sabiedrībā viena no aktuālajām problēmām ir alkohola atkarība, kas nes sev līdzīgu lielu apjomu negatīvo seku gan indivīdam, gan sabiedrībai kopumā. Šī problēma ir aktuāla visā pasaulē, taču droši var teikt, ka ķīmisko vielu terapijas jomā attīstītās valstis sasniegušas daudz augstāku attīstības līmeni nekā Latvija kā izbijusī Padomju Savienības valsts. Diemžēl Latvijas sabiedrībā vēl joprojām ir saglabājusies neskaidra izpratne par atkarības terapijas iespējām. Trūkst informētības par to, kā darbojas atkarības terapijas tehnoloģijas, ko tās maina cilvēkā.

Latvijā jau vairāk kā 15 gadus, kopš 1990.gada oktobra, darbojas Minesotas 12 soļu programma, kura ir pārņemta no ASV, kur šī programma darbojas vairāk nekā 35 gadus un ir pierādījusi sevi kā vienu no vadošajām alkoholisma un narkotiku atkarības terapijas jomā (Elliot, Orr, Watson & Jackson, 2005). Šis pētījums būs nozīmīgs, jo Latvijā Minesotas 12 soļu programmas ietekme uz pacientu vēl līdz šim nav pētīta. Otrs būtisks šī pētījuma aspekts ir noskaidrot, kā šīs programma ietekmē mainās indivīda alkohola atkarības pašefektivitātes izjūta, kas ir būtisks atkarību no alkohola ietekmējošs faktors (Levin, Ilgen & Moos, 2007). Turpmāk tekstā ar jēdzienu „pašefektivitāte” apzīmēta specifiski ar alkohola atkarību saistītā pašefektivitāte.

### Alkohola atkarība un tās terapija

Darba teorētiskās daļas sākumā tiks iztirzāta ķīmisku vielu lietošanas ietekme uz indivīdu, atkarības radītie traucējumi, kā arī atkarības terapijas iespējas Latvijā salīdzinājumā ar ārzemēm. Šīs daļas noslēgumā tiks identificēti lietošanas recidīvu noteicošie faktori, kā arī līdzšinējos pētījumos atklātie pēcterapijas atkarību no atkarības vielas lietošanas noteicošie faktori.

#### *Ķīmisku vielu lietošanas izraisītie traucējumi*

Ķīmisku vielu, tas ir, alkohola, narkotiku, medikamentu un citu vielu, kas ietekmē centrālo nervu sistēmu lietošana var izraisīt fizisku un/vai psiholoģisku atkarību no lietotās vielas. Atkarība no ķīmiskām vielām var būt gan fiziska, gan psiholoģiska. Fiziskā atkarība netiks tālāk apspriesta, jo šī pētījuma objekts ir indivīda psiholoģiskā atkarība no ķīmiskām vielām, konkrēti, no alkohola. Literatūrā ir atrodams psiholoģiskās atkarības skaidrojums, kurš vēstī, ka cilvēka psihe izmainās jau pēc pirmās narkotiku lietošanas reizes, jo jau šajā

brīdī izveidojas psiholoģiskā atkarība, kas izraisa cilvēkā vēlmi atkal un atkal lietot atkarības vielu (Ismukov, 2001).

Cita definīcija raksturo atkarību ar šādu aprakstu: ja jebkādu ķīmisku, atkarību izraisošu vielu lietošanas rezultātā indivīda dzīvē sāk rasties problēmas (fiziskas, prāta, emociju, garīgas (vērtību), sociālas (ģimenē, darbā, ar likumu, finansiālas u.c.)) un šīs problēmas turpinās, vēršoties pret indivīda paša interesēm, tad šīs problēmu atkārtotāšanās sindroms saistībā ar ķīmisku vielu lietošanu tiek identificēts kā ķīmiskas atkarības slimība, traucējums, disfunkcija, arī saukta par alkoholismu vai narkomāniju.” (Crossen, 1988).

Pēc DSM – IV atkarību no ķīmiskām vielām raksturo vairāki faktori – tolerances pieaugums, abstinences simptomu (fiziski un psihi smags stāvoklis, kas rodas pārtraucot lietot alkoholu, saukts arī par „pagīrām”) parādīšanās, viela tiek lietota ilgāk un lielākās devās nekā bija plānots, ir neveiksmīgi mēģinājumi mazināt devu vai kontrolēt lietošanu, tiek patērēts daudz laika cenšoties iegūt vielu, lietojot šo vielu vai arī lai atgrieztos normālā stāvoklī pēc lietošanas. Indivīds atsakās no nozīmīgām sociālām, profesionālām un brīvā laika aktivitātēm vai arī ierobežo šīs aktivitātes attiecīgo vielu lietošanas rezultātā. Notiek pastāvīga ļaunprātīga vielu lietošana, apzinoties sociālās, psiholoģiskās un fiziskās problēmas, kas rodas vai pastiprinās lietošanas rezultātā, šīs problēmas turpina pieaugt un uzkrāties (American Psychiatric Association, 1994).

Cilvēka predispozīciju uz atkarības izveidi nosaka iedzimtība, personības un ārējie vides faktori. Ienākot šajā pasaulē, pirmajos dzīves gados veidojas cilvēka personība. Personība var izveidoties gan veselīga, gan neveselīga. Kombinējoties dažādiem apstākļiem, tā var izveidoties kā tendēta uz atkarību. Ja šādas personības dzīvē parādās ķīmisko vielu lietošanas uzsākšanas riska faktori, kā arī nav aizsargājošo faktoru, tad cilvēks kļūs atkarīgs no šīm vielām un izveidosies atkarības slimība (Volkerts, 1999).

Viens no autoriem, kurš pievērsies atkarīga cilvēka psiholoģisko struktūru izpētei, secinājis, ka šādu cilvēku izmainīto personību raksturo šādas iezīmes: “perverss Ego ideāls”; “zems pašnovērtējums”; “nepieciešamība pēc aprūpes”; “labilitāte”; “ierobežojumu trūkums”; “pašnosedījums” (Volkerts, 1999).

Šādus secinājumus apstiprina arī 2002. gadā Stokholmā veiktais pētījums, kura mērķis bija identificēt un novērtēt psihopatoģiju izplatību to narkomānu starpā, kas pazīstami dažādām Stokholmas ārstniecības iestādēm. Tika izveidota speciāla anketa, kuras psiholoģiskā daļa bija balstīta uz Ego līdzsvara vērtēšanu. Tika aptaujātas 3405 personas, kuras bija lietojušas narkotikas pēdējā gada laikā. Puse no cilvēkiem bija pastāvīgie narkotiku lietotāji, proti, tādi, kas lieto narkotikas ikdienā un intravenozi.

Aptuveni 60% no narkomāniem bija atrastas psihopatoģiskas iezīmes, aptuveni 50% no respondentu personība robežojās ar psihotisku personības struktūru un 10% no respondentiem bija izteikta psihotiska personības struktūra (Bertling, 2002).

Atkarība no ķīmiskām vielām cilvēkā rada vienaldzīgu attieksmi pret dzīvi, pilnīgu iepriekšējā dzīves posmā aktuālu interešu trūkumu; mainās attieksme pret līdzcilvēkiem, mazinās saskarsme ar tiem; zūd koncentrēšanās un darba spējas; mainās intereses (Adamaite, Stirna & Vārpa, 2000). No tā var secināt, ka atkarības slimība skar ne tikai indivīda fizisko stāvokli un psiholoģiskos personības komponentus, bet arī sociālos, proti, spēju iekļauties sociālajā vidē, sadarbības veidus ar apkārtējiem cilvēkiem u.c.

### ***Ķīmisku vielu atkarības terapijas iespējas***

Kā redzams no īsā ieskata iepriekšējā nodaļā – atkarība ir komplicēta slimība – tā skar visas atkarīgā cilvēka dzīves sfēras, tai raksturīga gan paša indivīda nespēja kontrolēt savu rīcību, gan lietošanas recidīvi pēc lietošanas pārtraukšanas. Tātad arī šīs slimības terapija ir komplicēta, proti, daudzu gadu gaitā meklēti dažādi palīdzības veidi, kas bijuši neefektīvi. Tikai salīdzinoši nesen ir atklāti efektīvi palīdzības veidi atkarības slimībai.

Latvijā atkarības terapija ir savas attīstības pašā sākumā. LR Labklājības ministrijas Veselības departamenta 21/08/2001 rīkojums Nr.5 apstiprina šādas atkarības terapijas: suģestīvā terapija – iedvesma nomodā, autogēnais treniņš, hipnoterapija; psihoterapija ģimenē. LR Labklājības ministrijas Veselības departamenta 02/02/2004 rīkojums Nr.28 apstiprina atkarības slimību ārstniecību un medicīnisko rehabilitāciju pēc Minesotas 12 soļu programmas ([www.narko.lv](http://www.narko.lv)).

No minētajām atkarības terapijas metodēm, kā viena no efektīvākajām pasaulē sevi pierādījusi Minesotas 12 soļu programma. 15 gadus tā tiek pielietota arī Latvijā. Kā rāda pētījumi, tad farmakoloģiskas metodes pašas par sevi atkarības terapijā ir neefektīvas, tās ir jākombinē ar psihosociālām terapijas metodēm (McCaul & Petry, 2003), kas arī ir Minesotas 12 soļu programmas būtība.

Minesotas programma ilgst 35 dienas. Šajā pacients saņem medikamentozu terapiju, ar mērķi mazināt trauksmi un mazināt tieksmi pēc atkarības vielas, paralēli norisinās psihoterapeitiskais process, kurš balstīts uz 12 soļu filozofiju un Anonīmo Alkoholiķu kustību. Svarīgs programmas mērķis ir arī pacienta sociālā rehabilitācija, proti, viņa attiecību uzlabošana ar apkārt esošajiem cilvēkiem, kas tiek panākts ar ģimenes terapijas palīdzību.

Šī programma ir unikāla ar to, ka gandrīz visi jauno laiku un tradicionālie terapijas modeļi, kas veicina atkarīga cilvēka atveseļošanu ar atbalsta sniegšanas starpniecību, ir aktīvi komponenti 12 soļu programmā (Crossen, 1988).

Ārstējoties šajā programmā pacientam ir izvēle – ārstēties ambulatori vai stacionāri. Kā rāda iepriekš veiktie pētījumi, tad nav statistiski nozīmīgu atšķirību atturības no alkohola rādītājos atkarībā no tā vai atkarīgais ir stacionārs vai ambulators pacients (Weithmann & Hoffmann, 2005), tātad ambulatora terapija ir efektīva alternatīva no alkohola atkarīgajiem (Bottlender & Soyka, 2005).

Bīķernieku slimnīcas Minesotas 12 soļu programmā ārstējošies pacienti nonāk programmā divos dažādos veidos, proti, vieni, kas dodas ārstēties pēc paša iniciatīvas un otri, kuriem ārstēšana tiek piedāvāta caur Valsts Probācijas Dienestu. Šī dienesta uzdevums ir rehabilitēt sociālajā dzīvē personas, kas bijušas krimināli tiesātās un/vai atradušās ieslodzījumā. Nav atrodami publicēti pētījumi par to, vai alkohola terapijas programmas dažādi ietekmē šādu divu grupu pacientus. Taču ir atrasts pētījums, kas skar līdzīgu jautājumu, proti, vai alkohola terapija dažādi ietekmē pacientus, kas paši izvēlas savu terapijas virzienu, vai viņiem tas tiek norādīts? Adamsona (Adamson) un kolēģu veiktais pētījums rāda, ka atturības no alkohola rādītājus neietekmē tas, vai pacients ārstējas savā izvēlētajā terapijas veidā vai arī norādītā terapijas veidā (Adamson, Sellman & Dore, 2005). Tomēr darba autores personīgā darba pieredze Minesotas 12 soļu programmā rosina pārbaudīt šo atklājumu, pētot atšķirības starp Valsts Probācijas Dienesta nosūtītajiem pacientiem un pārējiem pacientiem, kuriem bijusi iespēja izvēlēties sev tīkamo terapijas veidu.

### ***Terapijas efektivitāte.***

Programmas efektivitāti apstiprina iepriekš veiktie pētījumi citās valstīs, ka aptuveni 66% no dažādu narkotiku atkarīgiem pacientiem nelieto 9 mēnešus pēc programmas beigšanas, turpretī kontrolgrupā nelietojošo skaits ir tikai 20% (Elliott, Orr, Watson & Jackson, 2005). Šī programma ir vienlīdz efektīva gan narkotiku, gan alkohola atkarīgiem pacientiem (Fiorentine, 1999). Apmeklēto nodarbību skaits un iesaistīšanās nodarbības aktivitātēs līdzīgi saistās ar atturības rezultātiem gan alkohola atkarīgajiem, gan narkotiku atkarīgajiem, gan arī tiem, kam ir abas šīs atkarības (Witbrodt & Kaskutas, 2005).

Tomēr, lai cik efektīva ir atkarības terapija, tā nekad nerasniedz 100% efektivitāti, proti, vienmēr paliek kāds procents atkarīgo, kas atsāk lietot vielu, no kuras ir atkarīgi. To sauc par lietošanas recidīvu, t.i., process, kurā atkarīgais atgriežas atpakaļ vecajos ieradumos, attieksmēs, jūtās un uzvedībā. Atkarības vielas lietošana ir recidīva procesa noslēgums, proti, recidīva procesa rezultātā, atkarīgais atsāk lietot vielu, no kuras ir atkarīgs (Volkerts, 1999).

Runājot par lietošanas recidīvu, rodas jautājums, kādēļ kādam pēc terapijas ir lietošanas recidīvs, bet kādam, nē? Iespēja identificēt efektīvos un neefektīvos atkarības terapijas veidus, nedod mums pilnīgu informāciju, kam ir jāmainās atkarīgajā, lai viņa atturība no atkarības

vielas saglabātos arī pēc terapijas? Uz šiem jautājumiem atbildes tiks meklētas darba nākamajās nodaļās.

### **Pašefektivitāte un tās saistība ar atkarību**

2001.gadā Spānijā tika veikts pētījums, lai noskaidrotu, kā dažādi kognitīvie un biheiviorālie faktori prognozē atturību no alkohola pēc atkarības terapijas. Izpētes mērķis bija pārbaudīt, vai pēc iepriekšējo alkohola atturības periodu piedēvētajiem cēloņiem, pašefektivitātes, kontroles lokusa un stresa pārvarēšanas stratēģijām var noteikt, vai atkarīgais atturēsies no alkohola lietošanas pēc terapijas pabeigšanas? Rezultāti apstiprināja tikai vienu no pētītajiem mainīgajiem, kas bija nozīmīgs alkohola atturības prognozētājs, proti, pašefektivitāte (Vielva & Iraurgi, 2001).

#### ***Pašefektivitātes koncepcija***

Pašefektivitāte ir viena no cilvēka pašvērtējuma daļām. Bandura (Bandura) pašefektivitāti definē kā indivīda pārliecību par savām spējām organizēt un izpildīt konkrētu darbību ķēdi, lai sasniegt uzstādīto mērķi. Taču pašefektivitāte nav tikai iekšējs savu spēju novērtējums, tās nozīme ir dziļāka, kā atklāj Bandura. Tas, kā indivīds uztver savas operatīvās spējas, nosaka to, kāda būs viņa rīcība. Pašefektivitātes novērtējums, vienalga vai tas ir patiens vai nepatiens, ietekmē aktivitāšu un to norises apstākļu izvēli. Cilvēki izvairīsies no aktivitātēm, ar kurām viņi domā, ka netiks galā, un izvēlēsies tās aktivitātes, kuras, pēc viņu domām, viņiem ir pa spēkam (Bandura, 1982).

Pašefektivitātes vērtējums norāda arī uz to, cik daudz pūļu un laika cilvēks ir gatavs ieguldīt, lai sasniegtu mērķi. Turklāt augsta neatlaidība biežāk saistās ar augstu darbības sniegumu. Augsts pašefektivitātes līmenis var dažādi ietekmēt sagatavošanos uzdevuma veikšanai, proti, šaubas par savas darbības izdošanos veicina mācīšanos, bet traucē vajadzīgo spēju izpildes izveicību. Ja cilvēks paļaujas uz esošajām prasmēm, stipra pašefektivitāte padara spēcīgāku piepūli vajadzīgajam iznākumam, ko ir grūti paveikt, ja cilvēku nomāc šaubas par savas darbības efektivitāti (Bandura, 1982).

Pašefektivitāte ietekmē arī indivīda domas un emocionālās reakcijas – gan iedomātās, gan reālās mijiedarbības laikā ar apkārtējo vidi. Tādējādi bažas par savas rīcības neizdošanos rada stresu un pasliktina rezultātu, jo indivīds ir novērsis savu uzmanību no tā, kā labāk progresēt, koncentrējoties uz potenciālajām neveiksmēm. Turpretim, ja indivīds ir pārliecināts par savām spējām, tad viņš savas pūles un uzmanību vērš uzdevuma veikšanas prasībām, kā rezultātā apstākļi prasa lielākas pūles no indivīda (Bandura, 1982).

### *Pašefektivitātes saistība ar atturību no atkarību izraisīto vielu lietošanas*

Kā tika noskaidrots iepriekš, tad pašefektivitātes līmenis prognozē, kāds rezultāts būs izvirzītā mērķa sasniegšanā – efektīvs vai neefektīvs. Ārstējoties no atkarības, atkarīgā mērķis ir sasniegt un saglabāt skaidrību un atturību no atkarības vielas lietošanas. Tātad, atkarīgā pašefektivitāte atkarības vielas lietošanas sfērā ir saistīta ar to, vai viņš pēc terapijas saglabās skaidrību un atturēsies no atkarības vielas lietošanas, kā tas jau iepriekš tika minēts.

Viens no autoriem, kurš pievērsies tieši pašefektivitātes pētniecībai alkohola atturības saistībā, ir DiClemente (DiClemente). Viņš ar kolēģiem ir izstrādājis speciālu aptauju, kas nosaka tieši alkohola atturības pašefektivitātes līmeni (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994), kuru darba autore izmantos šī pētījuma ietvaros.

Kā teorētisko pamatu šīs aptaujas izstrādei DiClemente izmantoja Marlata un Gordona (Marlatt & Gordon, 1985) izstrādāto recidīva kognitīvi biheiviorālo modeli, kurā identificētas recidīva riska noteicošās kategorijas – gan personības iekšējās, gan starppersonu. DiClementes un kolēģu izstrādātā pašefektivitātes skalai ir stabila apakšskalu struktūra un augsti ticamības un validitātes rādītāji abu dzimumu respondentiem (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994). Instrumenta apakšskalas ietver sevī visas Marlata un Gordona izstrādātā recidīva kognitīvi biheiviorālā modeļa dimensijas. Pirmā dimensija ir situācijas, kurās rodas negatīvas emocijas – šis ir visspēcīgākais un ticamākais atturības efektivitātes un recidīva norādītājs. Otrā dimensija ir sociālais spiediens, sociālās norādes un pozitīvas dzīves situācijas. Trešā dimensija ir abstinences sindroms, tieksme un paškontroles pārbaude (Marlatt & Gordon, 1985, kā minēts DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

Pašefektivitātes skala nozīmīga ar to, ka riska situācijas, kuras tajā apskatītas ir saistītas ar alkohola atkarīgās personas mērķi atturēties no alkohola lietošanas. Atturību no alkohola būtu neefektīvi prognozēt ar instrumentu, kurš mēra indivīda pašefektivitāti situācijās, kuras nav saistītas ar atturēšanos no alkohola lietošanas (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

Kā savos pētījumos atklājis Bandura, tad pašefektivitāte ir dinamiska, proti, tās līmeni ir iespējams mainīt ārējās iedarbības rezultātā (Bandura, 1982), tātad arī atkarības terapija var iedarboties uz indivīda pašefektivitātes līmeni.

## **Stress un tā saistība ar atkarību no ķīmiskām vielām.**

Pašefektivitātes līmeņa un atturības no lietošanas saistību ietekmē izvairīga stresa pārvarēšanas stratēģija. Kāda pētījuma rezultāti atklāja, ka ja atkarīgajam ir izvairīga stresa pārvarēšanas stratēģija un zema pašefektivitāte, tad atturība no alkohola nebūs noturīga. Pie augstākiem pašefektivitātes rādītājiem izvairīgā stresa pārvarēšanas stratēģija vairs neietekmē atturības noturību (Levin, Ilgen & Moos, 2007). No iepriekš minētā var secināt, ka pašefektivitāte un stresa pārvarēšanas stratēģijas ir būtiski faktori, kas ietekmē atkarīgā atturību no atkarības vielas lietošanas. Tādēļ darba autore uzskata, ka ir būtiski pētīt, kā attiecīgā atkarības terapija ietekmē abus iepriekš minētos faktoros.

Viens no autoriem, kurš pēta ķīmisku vielu atkarības un stresa saistību ir Gēders (Goeders). Viņš raksta, ka saistību starp stresu un ķīmisku vielu atkarību var skaidrot dažādi. Galvenokārt, tam pamatā ir pašārstēšanās hipotēze, saskaņā ar kuru indivīds sāk lietot apreibinošas vielas, lai tiktu galā ar sasprindzinājumu, kuru izraisa stressors, lai novērstu trauksmes simptomus un depresiju, kurus izraisījis kāds traumējošs notikums (Goeders, 2004).

### ***Stresa koncepcija***

Zinātniskajā literatūrā stresa jēdzienam ir atrodami dažādi skaidrojumi. Šefers (Schafer) stresu definē kā ķermeņa un prāta uzbudinājumu, kas radies kā atbildes reakcija prasībām, kas izvirzītas ķermenim un prātam (Schafer, 2000). Šī definīcija uzsver to, ka stress ir pastāvīga, vispārēja dzīves pazīme. Uzbudinājums ir nenovēršama dzīves sastāvdaļa. Cilvēks rīkojoties, domājot un jūtot visu laiku atrodas noteiktā uzbudinājuma stāvoklī. No tā izriet, ka stresu nevar un nevajag noraidīt. Drīzāk, to ir jāsavaldā, jāvada un jākontrolē. Nākamā būtiskā lieta šajā definīcijā ir tā, ka tajā tiek atspoguļota stresa daudzpusējā būtība. Šefers uzskata, ka stress var būt gan pozitīvs, gan negatīvs (Schafer, 2000)..

Seljē (Selje) definē stresu kā nespecifisku ķermeņa reakciju uz jebkuru prasību, kas tam izvirzīta. Šī definīcija fokusējas tikai uz prasībām, kas izvirzītas ķermenim, taču Šefera definīcija par tik pat būtiskām uzskata arī prasības, kas izvirzītas prātam (Schafer, 2000)..

Lazaruss un Folkmens stresu definē kā specifiskas attiecības starp personu un vidi, kuras persona saprot kā viņa resursu izsīkumu un viņa labklājības apdraudējumu. Šīs definīcijas mīnuss ir tas, ka tā fokusējas tikai uz stresa negatīvo pusi un nepievēršas stresa pozitīvajam aspektam. Pozitīvie aspekti šajā definīcijā ir vairāki, proti, svarīgi tas, ka tiek uzsvērtas indivīda un vides attiecības. Stress tiek atspoguļots kā dinamisks process (Schafer, 2000).

Šefers izdala trīs stresa veidus – neitrālais stress, distress un pozitīvais stress. Neitrālais stress ir, kad indivīds neitrāli reaģē uz viņam izvirzītajām iekšējām un ārējām prasībām. Šāds

stress tiek klasificēts kā neitrāls, jo tas indivīdam nav nedz traumējošs, nedz arī lietderīgs (Schafer, 2000).

Distress ir situācijā, kad uzbudinājums ir pārāk augsts vai pārāk zems. Katram indivīdam ir jānosaka sava zona, kurā stress ir pozitīvs un jāveido tāds dzīves ritms, kurš palīdz uzturēties šajā zonā.

Distresa simptomi ir zemas koncentrēšanās spējas, zema savaldība, roku drebēšana, vēdera kurkstēšana, saspringti pleci, sāpes muguras apakšdaļā, nemiers, depresija, paātrināta runa u.c. Šie simptomi ziņo, ka kaut kas nav kārtībā.

Distress parasti izraisa divu veidu traucējumus – fiziskos un psiholoģiskos. Distress var izraisīt fizisku slimību. Psiholoģiskā aspektā distress var izraisīt depresiju, dezorientētu domāšanu, paranoju, motivācijas trūkumu veikt ikdienišķās darbības u.c.

Kā distresa sekas var būt produktivitātes pazemināšanās darbā un skolā, sava svarīguma izjūtas zudums, prieka zudums, fiziska slimība, pazemināta enerģija, izniekots potenciāls, pazemināta apmierinātība ar darbu, dzīvi un attiecībām, zems pašvērtējums, intereses zudums par seksu u.c. Darba autore uzskata, ka distress var sekmēt arī narkotiku lietošanas uzsākšanu, jo daudzi no iepriekš minētajiem faktoriem sasaucas ar narkotiku lietošanas uzsākšanas faktoriem.

Distress gandrīz vienmēr ir kā zīme kaut kāda veida disharmonijai starp atšķirīgām vēlmēm un vajadzībām personā vai arī starp personas iekšējām vajadzībām un vēlmēm un ārējiem apstākļiem.

Kā pēdējo Šefers apskata pozitīvo stresu. No vienas puses, pārmērīgs hronisks uzbudinājums var nopietni apdraudēt veselību, produktivitāti, apmierinātību un attiecības. No otras puses, pēkšņu saspringumu pārvarēšana var palīdzēt sagatavot indivīdu sarežģītām konferencēm, sapulcēm u.c. Tādā veidā, ja indivīda stresa daudzums ir mērens, tad stress var, būt arī pozitīvs, iemācot indivīdu rīkoties un neapjukt jaunā situācijā, palielinot indivīda pieredzi.

No augstāk minētās informācijas var secināt, stress un tā rašanās cēloņi ir tie paši riska faktori, par kuriem tika runāts darba iepriekšējās daļās saistībā ar atkarīgā cilvēka lietošanas recidīvu vai lietošanas atturību noteicošajiem faktoriem. Ar šo apstiprinās arī darba sākumā atspoguļotā izvairīgas stresa pārvarēšanas saistība ar atturību no atkarības vielas lietošanas pēc terapijas (Levin, Ilgen & Moos, 2007). Tātad indivīda stresa pārvarēšanas stratēģijas var ietekmēt atturību no lietošanas.

### ***Stresa pārvarēšanas teorētiskie modeļi***

Gotlība darbā stresa pārvarēšanas modeļu klasifikācija ir sekojoša: psihodinamiskais modelis; pārvarēšanas stilu un pārvarēšanas procesa modelis. Psihodinamiskās pieejas pamatā ir fokuss uz aizsardzības mehānismiem, kuri ir neapzināti. Pie psihodinamiskā modeļa pieder Vailanta un Haana izstrādātie aizsardzības hierarhiju modeļi (Gottlieb, 1997).

Valianta modelī aizsardzības mehānismi tiek iedalīti četrās grupās atkarībā no tā, cik lielā mērā tie izkropļo realitāti. Šīs grupas ir sekojošas: psihotiskie; nenobriedušie; neirostiskie un nobriedušie. Vailanta modelī aizsardzības mehānismi netiek uzskatīti kā iedzimti patoloģiski. Viņa modelis ir nepilnīgs, jo tas uzsver emocionālo regulāciju un nepievēršas uz problēmu fokusētām stratēģijām problēmsituācijas risināšanas nolūkos (Gottlieb, 1997)..

Hāna izstrādāja hierarhisko modeli, kurā pārvarēšana tika iedalīta trīs veidos: pārvarēšana; aizsardzība un fragmentēšana. Pārvarēšana sastāv no apzināta, elastīga un mērķtiecīga mēģinājuma regulēt gan emocijas, gan vidi. Aizsardzības mehānismi ir neapzināti, neelastīgi un pamatā vērsti uz emocijām. Fragmentēšanas procesi ir nelokāmi, automātiski, rituālistiski un veido psihotisku novēršanos no realitātes. Pēc Hānas modeļa var secināt, ka cilvēki parasti pārvar, kad viņi to spēj, aizsargājas, kad tas ir nepieciešams un fragmentē pie neciešama spiediena (Gottlieb, 1997).

Pārvarēšanas stilu modelis pieņem, ka cilvēkus var raksturot pēc noturīga pārvarēšanas parauga, kurš balstās uz uztveres stiliem un/vai personības īpatnībām. Pamatā var uzskatīt, ka cilvēkus var raksturot pēc veida, kādā viņi meklē vai izvairās/noraida informāciju. Nav noteikts, ka viena no abām pieejām būtu tā labākā, jo tas ir atkarīgs no situācijas, proti, kad izdevīgi ir informāciju pieņemt, vai kad noraidīt (Gottlieb, 1997)..

Gan psihodinamiskā, gan pārvarēšanas stilu modeļu negatīvais aspekts ir tas, ka tajos netiek pievērsta uzmanība apkārtējās vides nozīmei stresa situācijas risināšanā. Pārvarēšanas procesa modelis uzsver, ka pārvarēšana ir elastīga, plānota un reaģējoša gan uz apkārtējās vides prasībām, gan arī uz personīgām vajadzībām. Tiek pieņemts, ka pārvarēšana izriet no tā, kā cilvēks uztver stresoru. Stresa pārvarēšanas stratēģijas izriet no vides prasībām un resursiem un no indivīda personīgajiem resursiem, proti, pārvarēšanas spējas, vērtības u.c. (Gottlieb, 1997).

### ***Hobfola stresa modelis***

Hobfola (Hobfoll) izstrādātais stresa modelis tiks apskatīts sīkāk, jo šī pētījuma ietvaros tiks izmantota Stresa pārvarēšanas stratēģisko pieeju skala, kuru izstrādājis Hobfols. Darba autore izvēlējās izmantot pētījumā šo metodiku, jo pēc savas būtības tā sasaucas ar metodikām, kuras tiek izmantotas līdzīgos pētījumos par atkarības problemātiku (Levin, Ilgen & Moose, 2007), ārzemēs. Šis modelis tiek saukts arī par Resursu saglabāšanas modeli.

Hobfola modeļa pamatā ir doma, ka cilvēki cenšas saglabāt, aizsargāt un vairo savus resursus. Resursu zaudējumi tiek uztverti kā draudi cilvēka (Hobfoll, 1998).

Situācijas, kad tiek zaudēti resursi, izraisa cilvēkā stresu. Resursi var būt šādi: materiālas lietas, kas cilvēkam ir svarīgas; esošie apstākļi un sasniegumi; enerģija, ar kuras palīdzību cilvēks iegūst sev nepieciešamas lietas un personības īpatnības. Ja cilvēkam trūkst personiskie un sociālie resursi, tad viņš stresa pārvarēšanas procesā neizmanto mērķtiecīgus paņēmienus, kā rezultātā tiek pielietota pasīva stresa pārvarēšanas stratēģija un problēmas risinājums nav veiksmīgs (Hobfoll, 1998).

Hobfols stresa pārvarēšanas procesā lielu uzmanību fokusē uz sociālo vidi. Tas tiek pamatots, pirmkārt, ar to, ka liela daļa stresoru ir sociāli. Otrkārt, individuālo stratēģiju pielietošana atstāj ietekmi uz sociālo vidi. Treškārt, stresa pārvarēšanas process ir cieši saistīts ar starppersonu mijiedarbību (Hobfoll, 1998).

Hobfola stresa pārvarēšanas modelim ir trīs dimensijas: prosociālā – antisociālā; aktivitātes – pasivitātes un tiešā – netiešā dimensija, kura šim modelim tika pievienota tikai vēlāk, skat.1.attēlu. Prosociālā jeb uz sadarbību vērsta – antisociālā dimensija atspoguļo indivīda virzību uz sadarbību vai sevis konfrontāciju ar apkārtējiem stresa pārvarēšanas laikā. Uz sadarbību vērsta stresa pārvarēšana ietver sevī pozitīvu sociālo mijiedarbību. Pret sabiedrību vērsta stresa pārvarēšana atspoguļo indivīda darbības, kuras tiek vērstas pret apkārtējo interesēm un vajadzībām stresa situācijās (Hobfoll, 1998).

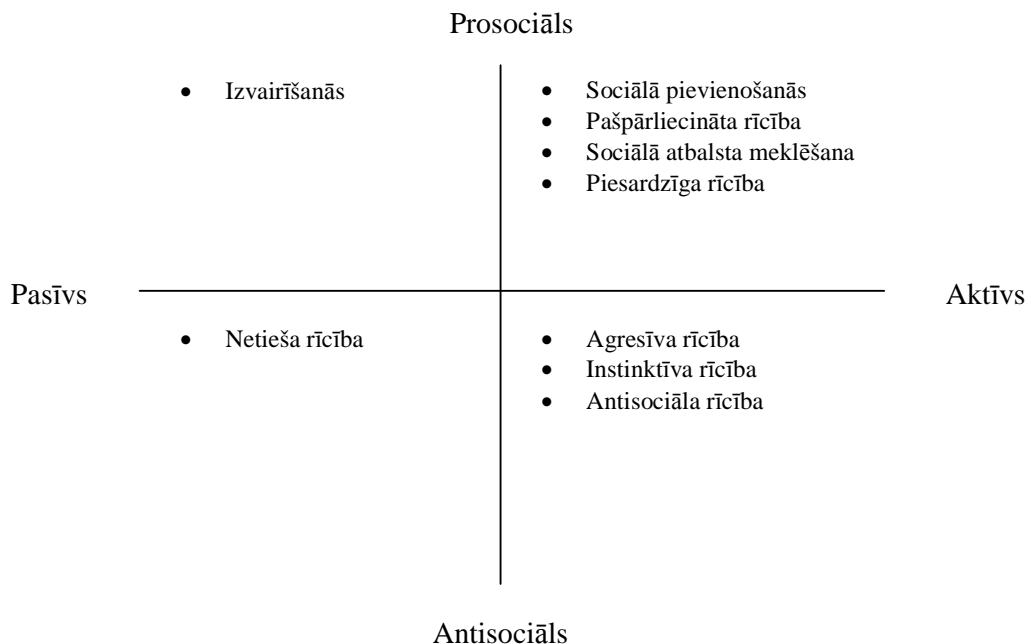
Aktivitātes – pasivitātes dimensija atspoguļo, cik lielā mērā indivīds ir aktīvs pret stresoru. Šī ass atspoguļo, kā indivīds novērtē potenciālo stresoru un kādā veidā viņš varētu reaģēt uz to. Aktīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas tiek uzskatītas par pozitīvākām nekā pasīvās (Hobfoll, 1998).

Tiešā – netiešā dimensija atspoguļo indivīda tieksmi izvēlēties tādu rīcības veidu stresa pārvarēšanai, kurš ļautu atklāti un tieši apmierināt savas vajadzības vai arī tādu rīcības veidu, kurš ļautu saglabāt ierasto mieru un pastarpināti apmierināt savas vajadzības (Hobfoll, 1998).

Izvairīšanās un netieša rīcība ir pasīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas. Kopumā pasīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju var raksturot kā izvairīšanos, kura var realizēties gan pakļaujoties citiem, gan arī pasīvi agresīvas uzvedības veidā (Hobfoll, 1998)..

Izvairīšanās izpaužas kā indivīda izvairīšanās no nepatīkamās situācijas, tādā veidā cenšoties pievērst savu uzmanību kaut kam citam, paļaujoties, ka problēma izzudīs pati no sevis. Netieša rīcība izpaužas indivīda manipulācijā ar apkārtējiem cilvēkiem. Apkārtējie domā, ka viņi rīkojas paši, bet patiesībā viņi tiek kontrolēti no manipulētāja puses (Hobfoll, 1998)..

## 1.attēls. Hobfola stresa pārvarēšanas modelis.



Prosociāla – aktīva stresa pārvarēšana ir balstīta uz rūpīgu un detalizētu apkārtējās vides nosacījumu izpēti pirms rīcības uzsākšanas. Individīds cenšas atrast tādu rīcības modeli, kurš būtu vispiemērotākais konkrētajai situācijai. Apkārtējās vides nosacījumu analizē ietilpst arī apkārtējo cilvēku interese, kuras arī tiek ņemtas vērā, izstrādājot rīcības modeli. Šī stratēģija tiek uzskatīta par visefektīvāko stresa pārvarēšanas stratēģiju (Hobfoll, 1998)..

Pie prosociāli – aktīvās stresa pārvarēšanas tiek izdalītas četras konkrētas stratēģijas: sociālā pievienošanās – indivīds apvienojas un sadarbojas ar apkārtējiem, ņem vērā apkārtējo intereses un vēlmes, risinot problēmu; pašpārliecināta rīcība – problēma tik aktīvi risināta ar pilnu atdevi, indivīds ir pārliecināts par sevi; sociālā atbalsta meklēšana – risinot problēmu, indivīds konsultējas ar apkārtējiem cilvēkiem, meklē palīdzību un emocionālu atbalstu; piesardzīga rīcība – pirms rīcības viss tiek rūpīgi izvērtēts, tiek izstrādāti iespējamie rīcības plāni, tiek sasniegts emocionāls miers pirms rīcības (Hobfoll, 1998).

Antisociāla – aktīva stresa pārvarēšana ir savu vajadzību un vēlmju apmierināšana, nerēķinoties ar apkārtējiem cilvēkiem. Šāda rīcība var izvērsties agresijā, neprognozējamā rīcībā, ātrā reakcijā un impulsivitātē (Hobfoll, 1998).

Pie antisociāla – aktīva stresa pārvarēšanas tiek izdalītas trīs stratēģijas: agresīva rīcība – problēma tiek risināta nekavējoties, indivīds ir agresīvs un nelokāms savā nostājā; instinktīva rīcība – indivīds, risinot problēmu, paļaujas uz sevi, saviem impulsiem, jūtām, neņemot vērā prātu un loģiku; antisociāla rīcība – problēmas risināšanas gaitā netiek ņemtas vērā apkārtējo

intereses un vajadzības, tiek izmantotas apkārtējo vājības, lai sasniegtu savu mērķi, savas intereses tiek vērtētas augstāk par apkārtējo interesēm (Hobfoll, 1998).

***Stresa pārvarēšanas stratēģiju ietekme uz pēcterapijas lietošanas atturību.***

Diklemente savā pētījumā min, ka indivīda spēja tikt galā ar paaugstināta riska situācijām paaugstina viņa stresa pārvarēšanas pašefektivitāti, tādā veidā pazeminot recidīva risku (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

Kādā citā Mūsa (Moos) pētījumā teikts, ka aktīvai – prosociālai stresa pārvarēšanas stratēģijai ir liela nozīme lietošanas atturības kontekstā. Šī stratēģijas izmantošana saistīta ar stabilāku atturību no lietošanas pēc atkarības terapijas (Moos, Moos & Timko, 2006). Te rodas jautājums, vai stresa pārvarēšanas stratēģijām iespējams mainīties terapijas laikā?

Frankens (Franken) ar kolēģiem veicis pētījumu par stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņām narkotiku atkarīgajiem terapijas laikā. Tika atklāts, ka šiem cilvēkiem ārstēšanās laikā mainās izmantotās stresa pārvarēšanas stratēģijas. Paaugstinājās rādītāji sociāla atbalsta meklēšanas skalā un mazinājās rezultāti tajās skalās, kas atspoguļo pasīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju. (Franken, Hendriks, Haffmans & Van der Meer, 2001). Tātad stresa pārvarēšanas stratēģijas izmaiņas atkarības terapijas laikā ir iespējamās. Darba autore uzskata, ka ir būtiski pētīt stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņas Minesotas programmas laikā, jo tādā veidā tiktu pētīta programmas ietekme uz atkarīgo. Kā tika minēts darba sākumā, tad Minesotas 12 soļu programma balstās uz 12 soļu filozofiju, kas ir pamatā AA kustībai. Viens no 12 soļu tiešajiem mērķiem ir veicināt atkarīgo prasīt un pieņemt palīdzību, kā aktīvi risināt savas problēmas. Ar iepriekš minēto pētījuma jautājumu būs iespēja noskaidrot, kā šis mērķis tiek sasniegts realitātē.

Čanga (Chung) un kolēģu veikts pētījums atklāj, ka 12 mēnešu laikā no terapijas sākuma alkohola atkarīgajiem pazeminājusies izvairīgas stresa pārvarēšanas stratēģijas izmantošana un paaugstinājusies aktīva stresa pārvarēšanas stratēģijas izmantošana. Turklāt tie, kam paaugstinājusies aktīva stresa pārvarēšanas stratēģijas izmantošana, ir stabilāki atturības no alkohola lietošanas rādītāji (Chung, Langenbucher, Labouvie, Pandina & Moos, 2001).

***Rezumējums***

Šī pētījuma mērķis ir noskaidrot, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības pašefektivitātes līmenī un stresa pārvarēšanas stratēģijās Minesotas 12 soļu programmas laikā, kā arī vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības iepriekš minētajos rādītājos starp 2 pētāmajām grupām – pacientiem, kas šajā ārstniecības programmā izvēlējušies ārstēties paši un pacientiem, kas nosūtīti ārstēties no Valsts Probācijas Dienesta.

Apkopojot darba teorētisko daļu, var secināt, ka Latvijā ir būtiski pētīt, kā terapijas ietekmē abas iepriekš minētās pacientu grupas, jo Latvijā līdz šim nav atrodami pētījumi, kas

atklātu Minesotas 12 soļu programmas ietekmi uz pacientu. Darba autore nav atradusi ārzemēs veiktus pētījumus, kuri apstiprinātu terapijas ietekmes atšķirības uz iepriekš minētajām pacientu grupām. Tomēr ir atrodams līdzīgs pētījums, kas atklāj, ka terapija vienlīdzīgi ietekmē gan pacientus, kas paši izvēlējušies savu terapijas veidu, gan pacientus, kam terapijas veids ir norādīts (Adamson, Sellman & Dore, 2005). Darba autores personiskā darba pieredze Minesotas 12 soļu programmā rosina izpētīt, kā tas ir Latvijā?

Nākamā atziņa no darba teorētiskās daļas ir, ka pašefektivitāte ir būtisks atturību no alkohola lietošanas prognozējošais rādītājs. Jo augstāks pašefektivitātes līmenis, jo noturīgāka alkohola atturība pēc terapijas. Pašefektivitāte ir dinamisks rādītājs, to iespējams mainīt, ietekmējot individu. No šī izriet, ka terapijai būtu jākoncentrējas uz alkohola atturības pašefektivitātes līmeņa paaugstināšanu atkarīgajiem. Darba autore nav atradusi iepriekš veiktus pētījumus (arī Latvijā), kas atspoguļotu, kā Minesotas 12 soļu programma ietekmē pašefektivitāti. Tādēļ ir būtiski noskaidrot, kā Latvijā darbojošās Minesotas 12 soļu programma ietekmē pacientu pašefektivitāti?

Līdzšinējie pētījumi rāda, ka pašefektivitāti būtiski ietekmē izvairīga stresa pārvarēšanas stratēģija. Ja atkarīgajam ir izvairīga stresa pārvarēšanas stratēģija un zema pašefektivitāte, tad atturība no alkohola nebūs noturīga. Pie augstākiem pašefektivitātes rādītājiem izvairīgā stresa pārvarēšanas stratēģija vairs neietekmē atturības noturību (Levin, Ilgen & Moos, 2007). No teorētiskās daļas var secināt, ka lietošanas recidīvu ļoti lielā mērā ietekmē tas, kā atkarīgais tiek galā ar stresu. Arī stresa pārvarēšanas stratēģijas ir dinamiskas, proti, tās var mainīties dzīves gaitā, kā arī terapijas iespaidā. Arī šī problēma Latvijā nav pētīta, līdz ar to nav zināms, kā Latvijas Minesotas 12 soļu programma ietekmē pacientu stresa pārvarēšanas stratēģijas.

Noslēdzot darba teorētisko daļu, darba autore izvirza šī pētījuma hipotēzes:

H1: Pašefektivitātes novērtējuma līmenis būs augstāks Minesotas 12 soļu programmas noslēgumā nekā programmu uzsākot gan izlasei kopumā, gan abām pētāmajām grupām atsevišķi.

H2: Aktīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas rādītāji būs augstāki Minesotas 12 soļu programmas noslēgumā nekā programmu uzsākot gan izlasei kopumā, gan abām pētāmajām grupām atsevišķi.

H3: Būs statistiski nozīmīgas atšķirības pašefektivitātes izmaiņās starp abām pētāmajām grupām, VPD nosūtīto pacientu grupā šīs izmaiņas būs mazākas.

H4: Būs statistiski nozīmīgas atšķirības stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņās starp abām pētāmajām grupām, VPD nosūtīto pacientu grupā šīs izmaiņas būs mazākas.

## **Metode.**

### ***Pētījuma dalībnieki***

Pētījuma dalībnieki bija Minesotas 12 soļu programmas pacienti ar alkohola atkarības diagnozi. Respondenti tika dalīti divās pētījuma grupās - vienā 10 cilvēki, otrā 12 cilvēki. Kopējais respondentu skaits - 22 cilvēki. Vienā grupā tika atlasīti pacienti, kas terapijai Minesotas 12 soļu programmā pieteikušies paši izvēloties šo terapiju (n=10). Starp šīs grupas dalībniekiem bija gan pacienti, kas izvēlējušies ārstēties brīvprātīgi, gan tādi, kas devušies ārstēties pēc kāda cita cilvēka gribas. Taču viņiem bijusi brīva izvēle, kādā veidā ārstēt savu atkarību. Otrā grupā tika atlasīti dalībnieki, kuri uz terapiju Minesotas 12 soļu programmā nosūtīti no Valsts Probācijas Dienesta (n=12). VPD nosūtīto pacientu grupā ir dalībnieki, kas tiesāti un/vai atradušies ieslodzījumā par zādzībām, braukšanu alkohola reibumā un agresīvu rīcību. Viņu likumpārkāpumi bijuši izdarīti alkohola reibumā, vai arī viņu personiskajā lietā bijusi informācija par alkohola lietošanas problēmām. Šajā grupā bija gan pacienti, kas brīvprātīgi piekrituši ārstēties, gan arī tādi, kam ārstēšanās bijusi piespriesta ar tiesu. Nevienam no šiem pacientiem nav bijusi izvēles iespēja, kādu terapijas veidu izvēlēties savas atkarības ārstēšanai, jo VPD ir noslēgts sadarbības līgums tieši ar Minesotas 12 soļu programmu, proti, netiek piedāvātas citas alternatīvas.

Respondentu vecums ir no 16 – 53 gadiem. Pētījumā piedalījās 4 sievietes un 18 vīrieši. Visi pētījuma dalībnieki Minesotas 12 soļu programmā ārstējās stacionāri 34 dienas. Šī ir slēgta tipa nodaļa, tāpēc visiem pacientiem bija ierobežota saskarsme ar cilvēkiem un vidi ārpus nodaļas. Pirmajā nedēļā darbs ar pacientu ir orientēts uz viņa atveseļošanās motivācijas veicināšanu, šajā laikā pacientiem nav atļauts arī telefoniski sazināties ar cilvēkiem ārpus ārstniecības iestādes. Ārstēšanās laikā pacientiem notiek individuālas un grupu nodarbības alkohola terapeita vadībā, grupu nodarbībās parasti ir 3-12 cilvēki. Katrā grupas nodarbībā kāds no pacientiem pārrunā savu sagatavoto darbu, kuri ir par dažādām ar pacientu dzīvi un alkohola lietošanu saistītām tēmām. VPD nosūtītie pacienti netiek nodalīti no pārējiem pacientiem. Katru dienu notiek 2-4 grupu nodarbības, katra nodarbība ilgst 1 stundu. Pacientiem tiek lasītas arī izglītojošas lekcijas par atkarības tēmu. Vienlaicīgi nodaļā ir divi alkohola terapeiti, kas grupās strādā pa vienam. Dienas vidū terapeitu pāris mainās.

### ***Instrumentārijs***

Pētījumā tika izmantotas 2 metodes – Alkohola atturības pašefektivitātes skala (Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale - AASES), skat.1.pielikumu, un Stresa pārvarēšanas stratēģisko pieeju skala (Strategic Approach to Coping Scale – SACS), skat.3.pielikumu.

*Alkohola atturības pašefektivitātes skala (AASES)*. Šo skalu ir izstrādājis K. Diklemente (DiClemente), lai mērītu alkohola atturības pašefektivitātes līmeni. Kā teorētisko pamatu šīs aptaujas izstrādei Diklemente izmantoja Marlata un Gordona (Marlatt & Gordon, 1985) izstrādāto recidīva kognitīvi biheiviorālo modeli, kurā identificētas recidīva riska noteicošās kategorijas – gan personības iekšējās, gan starppersonu. Diklementes un kolēģu izstrādātā pašefektivitātes skalai ir stabila apakšskalu struktūra un augsti ticamības un validitātes rādītāji abu dzimumu respondentiem (DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994). Aptaujā ir iekļauti 20 apgalvojumi, kas atspoguļo ikdienas situācijas, kurās cilvēki mēdz lietot alkoholu. Respondentam uz katru apgalvojumu Likerta skalā no 1-5 ir jāatbild, cik pārliecināts viņš ir par sevi, ka spēs nelietot alkoholu šajā konkrētajā situācijā. Tiek saskaitīts kopējais punktu skaits un izdalīts uz 20, kas atspoguļo respondenta pašefektivitātes vidējo līmeni.

Instrumenta apakšskalas ietver sevī visas Marlata un Gordona izstrādātā recidīva kognitīvi biheiviorālā modeļa dimensijas. Pirmā dimensija ir situācijas, kurās rodas negatīvas emocijas – šis ir visspēcīgākais un ticamākais efektivitātes un recidīva norādītājs. Otrā dimensija ir sociālais spiediens, sociālās norādes un pozitīvas dzīves situācijas. Trešā dimensija ir abstinences sindroms, tieksme un paškontroles pārbaude (Marlatt & Gordon, 1985, kā minēts DiClemente, Carbonari, Montgomery & Hughes, 1994).

Pētījuma datiem Kronbaha alfa koeficients ir 0,83 pašefektivitātes sākuma mērījumam un 0,94 atkārtotajam mērījumam, kas uzskatāms par augstu ticamības rādītāju.

*Stresa pārvarēšanas stratēģisko pieeju skala (SACS)*. Šo aptauju izstrādājis Hobfols. Latviski šo metodi adaptējusi Mika (Mika, 2002). Šī metode ir izveidota, balstoties uz vairākas stresa pārvarēšanas modeli, kuru arī izstrādājis Hobfols. Aptaujā ir iekļauti 52 apgalvojumi, kas dalās 9 apakšskalās. Jautājumi raksturo cilvēka iespējamo rīcību stresa situācijā. Katrs apgalvojums respondentam ir jānovērtē 5 ballu sistēmā, kur 1 balle nozīmē, ka respondents tā nerīkojas stresa situācijā, bet 5 balles nozīmē, ka viņš vienmēr tā rīkojas stresa situācijā. Šajā aptaujā ir ietvertas deviņas apakšskalas, kuras atspoguļo deviņas iespējamās stresa pārvarēšanas stratēģijas.

Katrai skalai tika aprēķināts Kronbaha alfa koeficients, lai noteiktu skalu ticamību gan sākotnējam ( $\alpha_1$ ), gan atkārtotajam mērījumam ( $\alpha_2$ ): pašpārliecināta rīcība -  $\alpha_1=0,70$ ,  $\alpha_2=0,51$ ; izvairīšanās -  $\alpha_1=0,76$ ,  $\alpha_2=0,81$ ; sociāla atbalsta meklēšana -  $\alpha_1=0,84$ ,  $\alpha_2=0,83$ ; piesardzīga rīcība -  $\alpha_1=0,62$ ,  $\alpha_2=0,57$ ; sociāla pievienošanās -  $\alpha_1=0,68$ ,  $\alpha_2=0,79$ ; instinktīva rīcība -  $\alpha_1=0,60$ ,  $\alpha_2=0,85$ ; agresīva rīcība -  $\alpha_1=0,82$ ,  $\alpha_2=0,72$ ; antisociāla rīcība -  $\alpha_1=0,80$ ,  $\alpha_2=0,87$ ; netieša rīcība -  $\alpha_1=0,45$ ,  $\alpha_2=0,74$ . Netiešas rīcības skalas mērījumi netiks izmantoti

tālākai datu analīzei, jo šīs skalas sākotnējam mērījumam ir zems ticamības līmenis ( $\alpha < 0,5$ ).

Lai iegūtu testa rezultātu, ir jāsummē katrai skalai atbilstošo apgalvojumu rezultāti, ievērojot to, ka pirmajā skalā ir 4 apgriezti apgalvojumi, kuros balles tiek skaitītas otrādāk, piemēram, ja respondents kādā no šiem apgalvojumiem ir atzīmējis 5 balles, tad tās tiek skaitītas kā 1 balle. Iegūtā summa katrā skalā ir jāizdala ar apgalvojumu skaitu attiecīgajā skalā. Iegūtās relatīvās balles atspoguļo katras skalas nozīmīgumu attiecībā pret pārējām skalām.

Lai noskaidrotu respondentu vecumu, dzimumu un to, kas nosūtījis pacientu ārstēties, tika izmantotas informācija no pacientu slimības vēsturēm.

### ***Procedūra***

Visi pētījuma dalībnieki tika aptaujāti Minesotas 12 soļu programmas nodaļā. Pirmo reizi pacienti aizpildīja pētījuma aptaujas 1.-2. dienā, iestājoties nodaļā. Otro reizi pacienti aizpildīja aptaujas izrakstoties no nodaļas, t.i., pēc 34 – 35 dienām. Laiks aptauju aizpildei netika ierobežots.

## **Rezultāti**

Šajā maģistra darba nodaļā tiks apkopoti un skaidroti pētāmo grupu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji, kas aprēķināti pēc pētījumā iegūtajiem sākotnējiem datiem.

Vispirms par abu pētāmo grupu aprakstošās un secinošās statistikas rādītājiem (skat.1.tabulu).

Kā redzams 1.tabulā, tad sākotnējais kopējās izlases pašefektivitātes līmenis ir 2,76, kas ir nedaudz virs vidējā iespējamā pašefektivitātes līmeņa (augstākais iespējamais alkohola pašefektivitātes līmenis ir 5 punkti).

Kopējās izlases pašefektivitātes līmenis, ārstēšanās programmu nobeidzot, ir 3,64 (skat.1.tabulu), kas ir tuvu maksimālajam iespējamajam pašefektivitātes līmenim un ir augstāks nekā programmu uzsākot..

Ar 2 faktoru dispersijas analīzi (faktori – laiks, kad izdarīts mērījums un pētījuma grupa) salīdzinot izlases pētījuma mainīgo vidējos rādītājus Minesotas 12 soļu programmas sākumā un beigās, var secināt, ka statistiski nozīmīgas atšķirības ir tikai alkohola atturības pašefektivitātes vidējos rādītājos ( $F(18,00)=34,55, p<0,01$ ).

Starp stresa pārvarēšanas stratēģiju vidējiem rādītājiem ārstēšanās programmas laikā kopējai izlasei nav statistiski nozīmīgu atšķirību (skat.1.tabulu).

1.tabula. Alkohola atkarīgo izlases pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji (n = 22).

	Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju vidējie rādītāji		F
	Sākotnējais mērījums	Atkārtotais mērījums	
	M (SD)		
Pašefektivitāte	2,76 (0,61)	3,64 (0,74)	34,55**
Uzstājīga, pašpārliecināta rīcība	3,19 (0,76)	3,27 (0,55)	0,30
Izvairīga rīcība	2,48 (0,97)	2,23 (0,85)	2,14
Sociāla atbalsta meklēšana	2,53 (0,97)	2,64 (0,90)	0,54
Piesardzīga rīcība	2,09 (0,69)	2,24 (0,61)	2,05
Sociāla pievienošanās	2,80 (0,90)	2,71 (0,88)	0,04
Instinktīva rīcība	3,06 (0,72)	3,04 (0,98)	0,03
Agresīva rīcība	2,86 (1,10)	2,48 (0,88)	3,43 <sup>a</sup>
Antisociāla rīcība	2,37 (1,05)	2,45 (1,04)	0,16

\*\* p<0,01, a<0,09

Taču agresīvas rīcības skalā atšķirības ir tuvu statistiski nozīmīgām (F(19,00)=3,43, a<0,09), rezultāti šajā skalā ārstēšanās laikā ir samazinājušies, skat.1.tabulu.

Tālāk tiks analizēti atsevišķi abu pētījuma grupu aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji.

2.tabula. Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji VPD nosūtīto pacientu grupai (n =12).

	Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju vidējie rādītāji		F
	Sākotnējais mērījums	Atkārtotais mērījums	
	M (SD)		
Pašefektivitāte	2,98 (0,57)	3,32 (0,75)	4,34 <sup>a</sup>
Uzstājīga, pašpārliecināta rīcība	2,91 (0,67)	3,13 (0,54)	1,15
Izvairīga rīcība	2,74 (0,86)	2,38 (0,68)	2,41
Sociāla atbalsta meklēšana	2,46 (1,03)	2,35 (0,50)	0,16
Piesardzīga rīcība	1,88 (0,49)	1,94 (0,42)	0,24
Sociāla pievienošanās	2,69 (0,76)	2,27 (0,43)	2,24
Instinktīva rīcība	3,02 (0,78)	3,06 (0,98)	0,09
Agresīva rīcība	2,98 (1,17)	2,53 (0,87)	2,37
Antisociāla rīcība	2,53 (1,01)	2,63 (0,97)	0,20

a<0,08

Kā redzams 2.tabulā, tad sākotnējais VPD nosūtīto pacientu grupas alkohola atturības pašefektivitātes līmenis ir 2,98, kas ir nedaudz virs vidējā iespējamā alkohola atturības pašefektivitātes līmeņa.

VPD nosūtīto pacientu grupas alkohola atturības pašefektivitātes līmenis, ārstēšanās programmu nobeidzot, ir 3,32 (skat.2.tabulu), kas ir tuvāk maksimālajam iespējamajam alkohola atturības pašefektivitātes līmenim un ir augstāks nekā programmu uzsākot.

Ar 2 faktoru dispersijas analīzi (faktori – mērījuma laiks un pētījuma grupa) salīdzinot grupas pētījuma mainīgo vidējos rādītājus Minesotas 12 soļu programmas sākumā un beigās, var secināt, ka nav statistiski nozīmīgu atšķirību nevienā no mainīgajiem lielumiem ārstniecības programmas sākumā un beigās (skat.2.tabulu). Taču pašefektivitātes izmaiņas programmas laikā ir tuvu statistiski nozīmīgām ( $F(9,00)=4,34$ ,  $\alpha < 0,08$ ), proti, pašefektivitātes līmenis ir palielinājies programmas beigās, skat.2.tabulu.

Kā redzams 3.tabulā, tad sākotnējais pētījuma dalībnieku grupas, kas paši izvēlējušies terapiju Minesotas 12 soļu programmā, pašefektivitātes līmenis ir 2,55, kas ir uzskatāms par vidēju alkohola atturības pašefektivitātes līmeni.

3.tabula. Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji pacientu grupai, kas paši izvēlējušies terapiju Minesotas 12 soļu programmā (n = 10).

	Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju vidējie rādītāji		F
	Sākotnējais mērījums	Atkārtotais mērījums	
	M (SD)		
Pašefektivitāte	2,55 (0,61)	3,97 (0,60)	32,00**
Uzstājīga, pašpārliecināta rīcība	3,49 (0,78)	3,42 (0,55)	0,19
Izvairīga rīcība	2,18 (1,04)	2,07 (1,02)	0,29
Sociāla atbalsta meklēšana	2,62 (0,95)	2,98 (1,17)	2,40
Piesardzīga rīcība	2,32 (0,82)	2,57 (0,63)	1,87
Sociāla pievienošana	2,95 (1,10)	3,30 (1,02)	5,81*
Instinktīva rīcība	3,13 (0,68)	3,02 (1,06)	0,08
Agresīva rīcība	2,69 (1,05)	2,40 (0,94)	1,41
Antisociāla rīcība	2,09 (1,14)	2,14 (1,17)	0,03

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

Šīs pacientu grupas pašefektivitātes līmenis, ārstēšanās programmu nobeidzot, ir 3,97 (skat.3.tabulu), kas ir tuvu maksimālajam iespējamajam alkohola atturības pašefektivitātes līmenim un ir augstāks nekā programmu uzsākot..

Ar 2 faktoru dispersijas analīzi (faktori – sākotnējais un atkārtotais mērījums) salīdzinot grupas pētījuma mainīgo vidējos rādītājus Minesotas 12 soļu programmas sākumā

un beigās, var secināt, ka ir statistiski nozīmīgas atšķirības pašefektivitātes līmenī programmu uzsākot un nobeidzot ( $F(9,00)=32,00$ ,  $p<0,01$ ), kā arī ir statistiski nozīmīgas atšķirības sociālas pievienošanās rīcības stratēģijas skalas vidējos rādītājos ārstniecības programmas sākumā un beigās ( $F(7,00)=5,81$ ,  $p<0,05$ ), (skat.3.tabulu). Starp pārējo skalu vidējiem rādītājiem programmas sākumā un beigās šai pētījuma grupai nav statistiski nozīmīgu atšķirību.

Tālāk tiks analizēti pētāmo mainīgo izmaiņu rādītāji Minesotas 12 soļu programmas laikā starp abām pētāmajām grupām, izmantojot dispersiju analīzi.

4.tabula. Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņu salīdzinājums abām pētāmajām grupām.

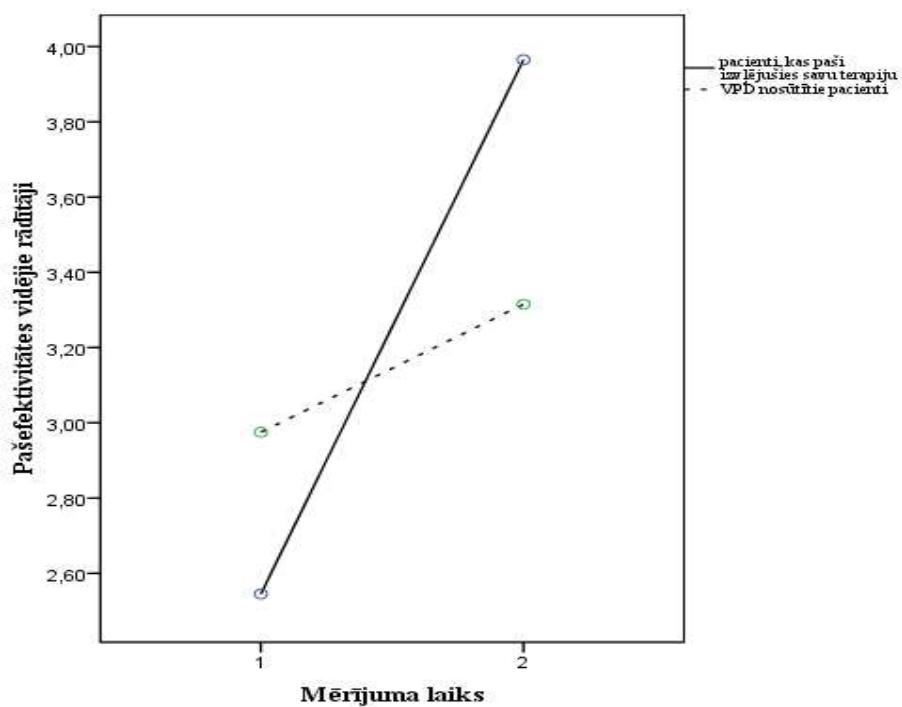
	Pašefektivitātes un stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņu vidējie rādītāji		
	Pacienti, kas paši izvēlējušies terapiju (n = 10)	VPD nosūtītie pacienti (n = 12)	F
	M (SD)		
Pašefektivitātes izmaiņas	1,42 (0,79)	0,34 (0,52)	13,01**
Uztājīgas, pašpārliecinātas rīcības izmaiņas	-0,07 (0,51)	-0,06 (0,65)	1,19
Izvairīgas rīcības izmaiņas	-0,12 (0,69)	-0,36 (0,81)	0,57
Sociāla atbalsta meklēšanas rīcības izmaiņas	0,37 (0,71)	-0,10 (0,86)	1,73
Piesardzīga rīcības izmaiņas	0,25 (0,58)	0,06 (0,41)	0,76
Sociālas pievienošanās rīcības izmaiņas	0,35 (0,41)	-0,42 (0,93)	4,75*
Instinktīvas rīcības izmaiņas	-0,10 (1,04)	-0,05 (0,50)	0,18
Agresīvas rīcības izmaiņas	-0,29 (0,73)	-0,45 (1,01)	0,16
Antisociālas rīcības izmaiņas	0,06 (0,91)	0,10 (0,77)	0,01

\*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

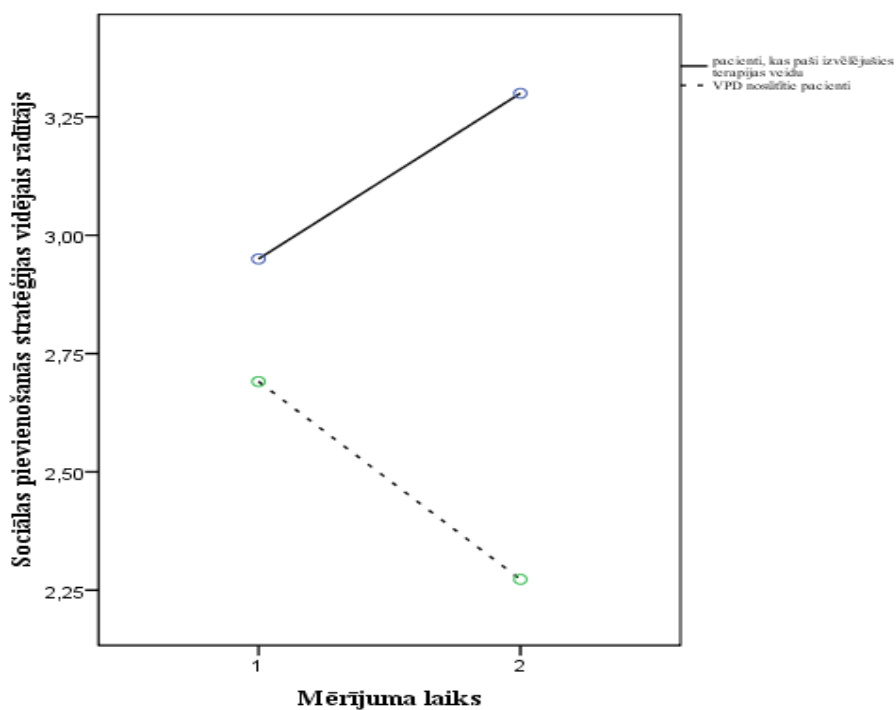
Kā redzams 4.tabulā, tad vienīgās skalas, kuru izmaiņas ārstēšanās programmas laikā ir statistiski nozīmīgi atšķirīgas starp abām pētāmajām grupām ir alkohola atturības pašefektivitātes skala ( $F(19,00)=13,01$ ,  $p<0,01$ ) un sociālas pievienošanās rīcības skala ( $F(18,00)=4,75$ ,  $p<0,05$ ). Alkohola atturības pašefektivitātes līmeņa izmaiņas VPD nosūtīto pacientu grupā ( $M=0,34$ ) ir mazākas nekā otrā pētījuma grupā ( $M=1,42$ ), (skat.2.attēlu).

VPD nosūtīto pacientu grupai ārstēšanās programmas laikā mazinājušies sociālas pievienošanās rīcības izvēles rādītāji stresa situācijās ( $M=-0,42$ ), taču otrai pētījuma grupai izmaiņas šajā skalā ārstēšanās programmas laikā ir bijušas pozitīvas ( $M=0,35$ ), proti, pieaugusi šīs stratēģijas izvēle (skat.3.attēlu). Pārējo stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņās ārstēšanās programmas laikā nav vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības starp abām pētāmajām grupām.

2.attēls. Pētāmo grupu pašefektivitātes līmeņa salīdzinājums programmas laikā.



3.attēls. Pētāmo grupu rādītāju salīdzinājums sociālas pievienošanās stratēģijas skalā programmas laikā.



## Iztirzājums

Pēc pētījumā gūto rezultātu apstrādes ar secinošās statistikas metodēm, var secināt, ka pētījuma pirmā hipotēze – H1: pašefektivitātes novērtējuma līmenis būs augstāks Minesotas 12 soļu programmas noslēgumā nekā programmu uzsākot gan izlasei kopumā, gan abām pētāmajām grupām atsevišķi, tiek daļēji apstiprināta, jo pašefektivitāte ir statistiski nozīmīgi palielinājusies kopējai izlasei (skat.1.tabulu) un pacientu grupai, kas terapiju Minesotas 12 soļu programmā izvēlējušies paši (skat.3.tabulu). Taču VPD nosūtīto pacientu pašefektivitātes līmeņa pieaugums ārstēšanās programmas laikā nebija statistiski nozīmīgs (skt.2.tabulu).

Kā tika minēts pētījuma teorētiskajā daļā, tad pašefektivitāte ir spēcīgs atturību no lietošanas pēc ārstēšanās prognozējošs rādītājs (Vielva & Iraurgi, 2001). Saskaņā ar pētījuma pirmo hipotēzi Minesotas 12 soļu programmas laikā pacientiem ir statistiski nozīmīgi palielinājusies pašefektivitāte, kas norāda uz to, ka ir palielinājušās prognozes atturēties no alkohola lietošanas pēc programmas pabeigšanas, kas apstiprina Minesotas 12 soļu programmas efektivitāti (Elliott, Orr, Watson & Jackson, 2005), par ko tika rakstīts pētījuma teorētiskajā daļā.

Šī pētījuma rezultāti parādīja, ka pašefektivitāte statistiski nozīmīgi palielinājusies to pacientu grupā, kas terapiju Minesotas 12 soļu programmā izvēlējušies paši, bet nav statistiski nozīmīgi palielinājusies VPD nosūtīto pacientu grupā. Taču VPD nosūtīto pacientu grupā pašefektivitātes līmeņa paaugstinājums ir tuvu statistiski nozīmīgam (skat.2.tabulu). Šādi rezultāti nesakrīt ar darba teorētiskajā daļā pieminēto pētījumu, kurš bija par līdzīgu pētāmo tēmu un atklāj, ka alkohola atturības rādītājus neietekmē tas, vai pacients ārstējas savā izvēlētajā terapijas veidā vai arī norādītā terapijas veidā (Adamson, Sellman & Dore, 2005). Taču pētījuma rezultāti sakrīt ar darba autores personīgajiem novērojumiem strādājot, šajā ārstniecības programmā, proti, ka VPD nosūtīto pacientu grupas alkohola atturības prognozējošos rādītājus šī programma neietekmē tik pat lielā mērā kā otras pētāmās grupas.

Pētījuma otrā hipotēze - H2: aktīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas rādītāji būs augstāki Minesotas 12 soļu programmas noslēgumā nekā programmu uzsākot gan izlasei kopumā, gan abām pētāmajām grupām atsevišķi, tiek apstiprināta daļēji, proti, ir statistiski nozīmīgi palielinājušies rezultāti sociālas pievienošanās rīcības skalā pacientu grupā, kas terapiju Minesotas 12 soļu programmā izvēlējušies paši (skat.3.tabulu). Agresīvas rīcības skalas rādītāji samazinājums kopējai izlasei ir tuvu statistiski nozīmīgam (skat.1.tabulu).

Sociālā pievienošanās stratēģija ir uzskatāma par aktīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju. Kā tika minēts pētījuma teorētiskajā daļā, sociāla pievienošanās stratēģija nozīmē to, ka indivīds apvienojas un sadarbojas ar apkārtējiem, ņem vērā apkārtējo intereses un vēlmes,

risinot problēmu (Hobfoll, 1998). Saskaņā ar pētījuma teorētisko daļu šai stresa pārvarēšanas stratēģijai ir liela nozīme lietošanas atturības kontekstā. Šī stratēģijas izmantošana saistīta ar stabilāku atturību no lietošanas pēc atkarības terapijas (Moos, Moos & Timko, 2006). Tātad var secināt, ka pacientiem, kas šo ārstēšanās programmu izvēlējušies paši, terapijas laikā nozīmīgi paaugstinās vēl viens ar atturību no alkohola pozitīvi saistīts rādītājs.

Pētījuma trešā hipotēze - H3: būs statistiski nozīmīgas atšķirības pašefektivitātes izmaiņās starp abām pētāmajām grupām, VPD nosūtīto pacientu grupā šīs izmaiņas būs mazākas, tiek apstiprināta (skat.1.attēlu). Kā jau iepriekš tika minēts, šie rezultāti nesakrīt ar iepriekšējos pētījumos iegūtajiem rezultātiem par līdzīgu tēmu (Adamson, Sellman & Dore, 2005), bet saskan ar darba autores personīgajiem novērojumiem. Arī no šīs hipotēzes pārbaudes var secināt, ka augstākas prognozes nelietot alkoholu pēc terapijas ir pacientu grupai, kas terapiju Minesotas 12 soļu programmā izvēlējušies paši.

Pētījuma ceturrtā hipotēze - H4: būs statistiski nozīmīgas atšķirības stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņās starp abām pētāmajām grupām, VPD nosūtīto pacientu grupā šīs izmaiņas būs mazākas, apstiprinās tikai daļēji, proti, ir statistiski nozīmīgas atšķirības sociālas pievienošanās rīcības skalā starp abām pētāmajām grupām, turklāt VPD nosūtīto pacientu grupai vidējais rādītājs šajā skalā ir samazinājies, bet otrai pētāmajai grupai palielinājies (skat.2.attēlu). Pārējo stresa pārvarēšanas stratēģiju izmaiņās nav vērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības starp abām pētāmajām grupām.

No psiholoģijas zinātnes viedokļa šādi pētījumā gūtie rezultāti vērtējami pozitīvi, jo tie daļēji saskan ar teorētiskajā analīzē gūtajām atziņām, proti, arī šis pētījums atklāj, ka Minesotas 12 soļu programma ir efektīva, jo tās laikā paaugstinās alkohola atturību prognozējošie rādītāji. Šis pētījums atklāj, ka programma atšķirīgi ietekmē abu pētāmo grupu alkohola atturību prognozējošos rādītājus. Tas nesaskan ar kolēģu iepriekš veikto pētījumu, kurš atklāja, ka terapija vienlīdz efektīvi ietekmē gan tos pacientus, kam terapijas veids ir norādīts, gan tos, kas terapiju izvēlējušies paši. Tādā veidā tiek atklāti aspekti, kas paplašina informāciju pētāmajā jomā un veicina interesi par jaunu, papildinošu pētījumu veikšanu.

Kā pētījuma stipro pusi var uzskatīt pētījuma hipotēžu daļēju apstiprinājumu, kā arī jaunu izpētes jomu pavēršanos šajā jomā. Priekšrocība ir arī tā, ka pacienti, kas piedalījās pētījumā, starp mērījumu reizēm visu laiku atradās slēgta tipa ārstniecības nodaļā, kas samazina citu faktoru ietekmi uz pētījuma atkarīgajiem mainīgajiem. Pētījumā tika izmantoti tikai rezultāti tajās skalās, kuru ticamības rādītāji bija pietiekami augsti, lai tos varētu izmantot statistikas analīzē.

Kā vājo pusi var minēt nelielo izlases lielumu un abu pētāmo grupu vecuma un dzimuma nevienādīgumu, ko nebija iespējams kontrolēt dēļ ierobežotā ārstēšanās

programmas pacientu skaita. Iespējams, ja būtu lielāka pētāmā izlase un dalībnieki tajā būtu viendabīgāki, tad pētījumā gūtie rezultāti būtu savādāki. Izlases apjoma un nevienādības problēma radās, jo pacientu skaits šajā programmā ir ierobežots, proti, vienlaicīgi nodaļā var ārstēties 15 pacienti, turklāt daļa no viņiem nepabeidz ārstēšanos programmā līdz galam un aiziet no tās priekšlaicīgi, kas apgrūtināja pētāmās izlases veidošanu. No programmā esošajiem pacientiem visi nav ar alkohola atkarības diagnozi, tur ārstējas ar citu ķīmisko vielu atkarīgie un azartspēļu atkarīgie.

Nākotnē šis pētījums tiks turpināts, veidojot lielāku izlases apjomu un veidojot viendabīgāku izlasi un pētāmās grupas. Sakarā ar to, ka šis pētījums atspoguļo alkohola atturības prognozējošo rādītāju izmaiņas Minesotas 12 soļu programmas laikā, tas tikai pastarpināti ļauj spriest par Minesotas 12 soļu programmas efektivitāti uz alkohola atkarīgajiem pacientiem. Būtu ļoti vērtīgi papildināt šo pētījumu ar mērījumiem, kas atklāj pacientu atturību no alkohola lietošanas dažādos laika posmos pēc terapijas pabeigšanas un AA sapulču apmeklējumu. Tā kā šajā pētījumā piedalījās tikai alkohola atkarīgie pacienti, šis pētījums neatklāj citu ķīmisku vielu atkarīgo un azartspēļu atkarīgo atveseļošanās rādītājus, ko arī būtu svarīgi noskaidrot.

Kopumā no pētījumā izvirzīto hipotēžu pārbaudes var secināt, ka Latvijā Minesotas 12 soļu programma nozīmīgi paaugstina alkohola atturības prognozējošos rādītājus tiem pacientiem, kas paši izvēlējušies ārstēties šajā programmā. Diemžēl VPD nosūtīto pacientu alkohola atturības prognozējošo rādītāju palielinājums Minesotas 12 soļu programmas laikā nav statistiski nozīmīgs.

Šī pētījuma rezultāti ir nozīmīgi ar to, ka Latvijā līdz šim nav atrodami publicēti pētījumi par atkarības terapiju efektivitāti. Pētījuma rezultāti paver skatu uz alkohola atturību prognozējošo lielumu izmaiņām vienas no pasaulē efektīvākās atkarības terapijas - Minesotas 12 soļu programmas, laikā. Bija svarīgi arī noskaidrot, vai programma vienlīdzīgi ietekmē abas pacientu grupas, kas tajā ārstējas, lai zinātu, vai atšķirīgu grupu pacientiem vajadzīga atšķirīga pieeja terapijā. Pētījuma rezultāti izvirza iespējamību, ka VPD nosūtīto pacientu grupai terapijā varbūt nepieciešama savādāka pieeja. No praktiskā aspekta, darba autore iesaka ārstēšanās laikā VPD nosūtītajiem pacientu terapijā likt īpašu uzsvaru uz pašvērtējuma un līdz ar to arī pašefektivitātes celšanu. Noteikti būtu nepieciešams papildus pētīt, kādi faktori VPD nosūtīto pacientu grupā ietekmē pašefektivitātes līmeni. Lai veicinātu aktīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas izmantošanu, ārstēšanās laikā visiem pacientiem būtu jāfokussējas arī uz stresa pārvarēšanas stratēģiju koriģēšanu un konfliktu risināšanu.

### Izmantotās literatūras saraksts

- Adamaite, I., Stirna, A., Vārpa, I., (2000). *Atkarības profilakse: ieteikumi skolotājiem*. Rīga: Mācību apgāds.
- Adamson, S.J., Sellman, J.D., Dore, G.M., (2005). Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*. Vol. 24, 209-216
- American Psychiatric Association (Hrsg.), (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: APA Press
- Bandura, A., (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. Vol. 37, 2, 122-147
- Bertling, U. (2002). *Psychopatology, treatment utilization and gender in relation to substance abuse*. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience, Section of Psychotherapy Karolinska Institute.
- Bottlender, M., Soyka, M., (2005). Efficacy of an intensive outpatient Rehabilitation Program in Alcoholism: Predictors of outcome 6 Months after Treatment. *European Addiction Research*. Vol. 11, 132-137
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R.J., Moos, R.H., (2001). Changes in Alcoholic Patients' Coping Responses Predict 12-Month treatment Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 69, No. 1, 92-100
- Crossen, J.L. (1988). *Twelve step therapy*. Npublicēts materiāls.
- DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Montgomery, R.P.G., Hughes, S.O., (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 3, 141-148
- Elliot, L., Orr, L., Watson, L. & Jackson, A. (2005). Secondary Prevention Interventions for Young Drug Users: A Systematic Review of the Evidence. *Adolescence*, Vol. 40, No.157, 1-22
- Fiorentine, R. (1999). After Drug Treatment: Are 12-Step Programs Effective in Maintaining Abstinence? *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, Vol. 25, No. 1, 93-116.
- Franken,I., Hendriks, V. M., Haffmans, J. Van der Meer, C. W. (2001). Coping style of Substance – Abuse Patients: Effects of Anxiety and Mood Disorders on Coping Change. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 57, No. 3, 299 – 306.
- Goeders, N., (2004). Stress, Motivation, and Drug Addiction. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 13, No. 33.
- Gottlieb, B., (1997). *Coping with chronic stress*. London, New York: Plenum Press.

- Hobfoll, S., (1998). *Stress, Culture and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New York: Springer.
- Ismukov, N., (2001). *Bez narkotikov*. Moskva: FAIR – PRESS [Bez narkotikām]
- Levin, C., Ilgen, M. & Moos, R. (2007). Avoidance Coping Strategies Moderate the Relationship Between Self-Efficacy and 5-Year Alcohol Treatment Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors In the Public Domain* . Vol. 21, No. 1, 108-113.
- McCaul, M.E., Petry, N.M., (2003). The Role of Psychosocial Treatments in Pharmacotherapy for Alcoholism. *The American journal on Addictions*. Vol.12, S41-S52
- Moos, R.H., Moos, B.S. & Timko, C. (2006). Gender, treatment and Self-Help in Remission from Alcohol Use Disorders. *Clinical Medicine & Research*, Vol. 4, No. 3, 163-174
- Perre, M., Baumann, U., (2002). *Kliniceskaja psihologija*. Sankt-Peterburg: Piter [Klīniskā psiholoģija]
- Schafer, W., (2000). *Stress management for wellness*. London, New York: Harcourt College Publishers.
- Vielva, I., Iraurgi, I., (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*. Vol. 96, 297-303
- Volkerts, J., (1999). *Narkomānija: Psiholoģija. Terapija*. Rīga: UNDLP
- Weithmann, G., Hoffmann, M., (2005). A Randomised Clinical Trial of In-Patient versus Combined Day Hospital Treatment of Alcoholism: Primary and Secondary Outcome Measures. *European Addiction Research*. Vol. 11, 197-203
- Witbrodt, J., Kaskutas, L.A., (2005). Does Diagnosis matter? Differential Effects of 12-Step Participation and Social Networks on Abstinence. *The American Journal of Drug and alcohol Abuse*. Vol. 31, 685-707
- www.narko.lv (Narkoloģijas Valsts Aģentūra)

### **Bibliogrāfija**

- American Psychiatric Association (Hrsg.), (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: APA Press
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R., (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press

## Pielikumi

### 1.pielikums. Stresa pārvarēšanas stratēģisko pieeju skala.

Lūdzu, iedomājieties sevi ikdienas stresa situācijā. Lasot piedāvātos apgalvojumus, atbildiet, kā visbiežāk jūs rīkojaties stresa situācijā.

Izvēlieties vienu no 5 iespējamiem atbilžu variantiem:

- 1 – es tā nerīkojos
- 2 – dažreiz tā rīkojos
- 3 – rīkojos tā diezgan bieži
- 4 – bieži tā rīkojos
- 5 – parasti tā rīkojos

		1 es tā nerīkojos	2 dažreiz tā rīkojos	3 rīkojos tā diezgan bieži	4 bieži tā rīkojos	5 parasti tā rīkojos
1.	Nepadodos, pat ja situācija šķiet bezcerīga, jo bieži vien vēl ir iespējams kaut ko mainīt.	1	2	3	4	5
2.	Sazinās ar draugiem, lai uzzinātu, kā rīkotos viņi.	1	2	3	4	5
3.	Rīkojos ātri – pie problēmu risināšanas labāk ķerties nekavējoties.	1	2	3	4	5
4.	Cenšos kontrolēt situāciju, pārējiem ļaujot domāt, ka situācijas noteicēj ir viņi.	1	2	3	4	5
5.	Paļaujos uz sevi un saviem spēkiem – nav prātīgi paļauties uz citiem.	1	2	3	4	5
6.	Uzticos savām izjūtām, nevis savām prāta spējām.	1	2	3	4	5
7.	Neliekos ne zinīs – šādas problēmas bieži vien atrisinās pašas no sevis.	1	2	3	4	5
8.	Dodos uzbrukumā – jābūt agresīvam.	1	2	3	4	5
9.	Sazinās ar ģimenes locekļiem, lai uzzinātu, kā rīkotos viņi.	1	2	3	4	5
10.	Pievēršos kaut kam citam, jo ir maz cerību, ka šī situācija varētu uzlaboties.	1	2	3	4	5
11.	Paļaujos uz savu iekšējo izjūtu.	1	2	3	4	5
12.	Esmu ļoti piesardzīgs un rūpīgi izvērtēju dažādus rīcības plānus – labāk rīkoties apdomīgi, lai vēlāk nenāktos nožēlot.	1	2	3	4	5
13.	Griezās pēc palīdzības pie citiem.	1	2	3	4	5
14.	Sāku rīkoties, taču, līdz situācijas pilnīgai izpratnei – ar nepilnu atdevi.	1	2	3	4	5
15.	Noeju malā, ieņemu nogaidošu pozīciju, līdz šī problēma vairs nav aktuāla.	1	2	3	4	5
16.	Dodos pretuzbrukumā un cenšos citus pārsteigt nesagatavotus.	1	2	3	4	5

17.	Sadarbojos ar citiem, lai kopīgi risinātu šo problēmu.	1	2	3	4	5
18.	Paļaujos uz sevi, bet tajā pašā laikā arī uz citiem tuviem cilvēkiem.	1	2	3	4	5
19.	Pirmām kārtām domāju par savu labklājību, pat tad, ja nākas sāpināt apkārtējos.	1	2	3	4	5
20.	Lai par šo problēmu nebūtu jādomā, pievērsos kaut kam citam.	1	2	3	4	5
21.	Citiem nereti ir nepieciešams izjust, ka viņi ir noteicēji, tāpēc, lai kaut ko paveiktu, jārikojas aplinkus.	1	2	3	4	5
22.	Paeju malā un nogaidu, kamēr viss norimst.	1	2	3	4	5
23.	Mēģinu palīdzēt citiem, jo pašai izlēdzīga rīcība veicina problēmas atrisināšanu.	1	2	3	4	5
24.	Pirms izšķiros par rīcību, nopietni pārdomāju, kā jūtas citi.	1	2	3	4	5
25.	Droši vien jūtos slikti, bet šādās situācijās neko daudz nevaru pasākt.	1	2	3	4	5
26.	Darbojos centīgi, jo jārikojas ar pilnu atdevi.	1	2	3	4	5
27.	Atturos no līdzdalības, jo, pirms uzsākt rīkoties, labāk ir nogaidīt – iespējams, ka situācija atrisināsies pati no sevis.	1	2	3	4	5
28.	Meklēju kādu, kas man spētu sniegt emocionālu atbalstu.	1	2	3	4	5
29.	Rīkojos ļoti piesardzīgi, jo iespējams, ka pastāv kādi slēpti aspekti.	1	2	3	4	5
30.	Mēģinu izpildīt citu vēlmes, jo tas šo situāciju var atrisināt.	1	2	3	4	5
31.	Rīkojos agresīvi – pārsteidzot citus negaidīti, var gūt priekšrocības.	1	2	3	4	5
32.	Ja situācija nepasliktinās, ieņemu izvairīgu pozīciju.	1	2	3	4	5
33.	Norobežojos no šīs situācijas – ja problēmas sākušās, iespējams, sekos vēl kaut kas sliktāks.	1	2	3	4	5
34.	Citiem ļauju domāt, ka situāciju kontrolē viņi, taču stūri stingri turu savās rokās.	1	2	3	4	5
35.	Vados pēc intuīcijas.	1	2	3	4	5
36.	Ātri vien sevi nostādu vadošajā lomā.	1	2	3	4	5
37.	Nereti vienīgā iespēja – nedaudz manipulēt ar citiem un rīkoties aplinkus.	1	2	3	4	5
38.	Lai mazinātu stresu, sarunājos ar citiem.	1	2	3	4	5
39.	Rīkojos ātri, lai citus nostādītu neizdevīgākā situācijā.	1	2	3	4	5
40.	Sadalu problēmu mazākās un tad tās risinu atsevišķi pa vienai.	1	2	3	4	5
41.	Cenšos palīdzēt citiem situācijā iesaistītajiem.	1	2	3	4	5
42.	Vados pēc pirmā impulsa, jo parasti tas izrādās vispareizākais.	1	2	3	4	5
43.	Pirms ķeros pie problēmas risināšanas, cenšos kaut ko darīt, lai nomierinātos.	1	2	3	4	5
44.	Cenšos saskatīt citu vājības un izmantoju tās savā labā.	1	2	3	4	5
45.	Ķeros vērsim pie ragiem – uzņemos atbildību.	1	2	3	4	5
46.	Vaicāju draugiem vai ģimenes locekļiem, ko par manu rīcības plānu domā viņi.	1	2	3	4	5

47.	Pievēršos kaut kam citam un ļauju, lai problēma atrisinās pati no sevis.	1	2	3	4	5
48.	Uzticos savam viedoklim, jo savas intereses vislabāk spēju pārstāvēt es pats.	1	2	3	4	5
49.	Esmu nesatricināms – vajag noturēt savu pozīciju.	1	2	3	4	5
50.	Esmu pašpārliecināts un sasniedzu to, kas vajadzīgs.	1	2	3	4	5
51.	Esmu stiprs un varošs, taču cenšos nenodarīt pāri citiem.	1	2	3	4	5
52.	Problēmu risinu, nemēģinot no tās izvairīties.	1	2	3	4	5

2. pielikums. Stresa pārvarēšanas stratēģisko  
pieeju skalas atslēga.

Katrai apakšskalai atbilst noteikts apgalvojumu skaits:

- 1) Pašpārliecināta rīcība – 1; -10; -15; -25; 26; -33; 50; 51; 52;
- 2) Izvairīšanās – 7; 20; 22; 27; 32; 47;
- 3) Sociāla atbalsta meklēšana – 2; 9; 13; 18; 28; 38; 46;
- 4) Piesardzīga rīcība – 12; 14; 29; 40; 43;
- 5) Sociāla pievienošanās – 17; 23; 24; 30; 41;
- 6) Instinktīva rīcība – 5; 6; 11; 35; 42; 48;
- 7) Agresīva rīcība – 3; 8; 31; 45; 49;
- 8) Antisociāla rīcība – 16; 19; 36; 39; 44;
- 9) Netieša rīcība – 4; 21; 34; 37.

Lai iegūtu testa rezultātu, ir jāsasummē katrai skalai atbilstošo apgalvojumu rezultāti, ievērojot to, ka pirmajā skalā ir 4 apgriezti apgalvojumi, kuros balles tiek skaitītas otrādāk, piemēram, ja respondents kādā no šiem apgalvojumiem ir atzīmējis 5 balles, tad tās tiek skaitītas kā 1 balle. Iegūtā summa katrā skalā ir jāizdala ar apgalvojumu skaitu attiecīgajā skalā. Iegūtās relatīvās balles atspoguļo katras skalas nozīmīgumu attiecībā pret pārējām skalām.

## 3.pielikums. Alkohola atturības pašefektivitātes skala.

Klients: .....

Datums: .....

Novērtējuma punkti \*: .....

Zemāk ir uzskaitītas vairākas situācijas, kuras noved dažus cilvēkus pie nelegālo narkotiku lietošanas. Mēs vēlamies uzzināt, cik pārliecināts Jūs esat, ka nelietosiet alkoholu katrā no situācijām.

Apvelciet ciparu, kurš vislabāk raksturo Jūsu sajūtu par savu pārliecību nelietot alkoholu katrā no situācijām pēdējās nedēļas laikā pēc sekojošas skalas:

1 = Pilnīgi neesmu pārliecināts

2 = Neesmu īpaši pārliecināts

3 = Vidēji pārliecināts

4 = Ļoti pārliecināts

5 = Pilnīgi pārliecināts

	Situācija	Pārliecinātība nelietot alkoholu				
		Pilnīgi neesmu	Neesmu īpaši	Vidēji	Esmu ļoti	Esmu pilnīgi
1.	Kad mokes, jo esmu beidzis lietot alkoholu vai nolēmis atradināties no alkohola lietošanas.	1	2	3	4	5
2.	Kad man sāp galva.	1	2	3	4	5
3.	Kad jūtos nomākts.	1	2	3	4	5
4.	Kad esmu brīvdienās un vēlos atslābināties.	1	2	3	4	5
5.	Kad esmu nobažījies par kādu.	1	2	3	4	5
6.	Kad raizējos.	1	2	3	4	5
7.	Kad man ir vēlme pamēģināt iedzert tikai vienu glāzīti, lai redzētu, kas notiks.	1	2	3	4	5
8.	Kad man piedāvā iedzert sociālā situācijā.	1	2	3	4	5
9.	Kad sapņoju par iedzeršanu.	1	2	3	4	5
10.	Kad vēlos pārbaudīt savu gribasspēku pār dzeršanu.	1	2	3	4	5
11.	Kad jūtu fizisku vajadzību vai kāri pēc alkohola.	1	2	3	4	5
12.	Kad esmu fiziski noguris.	1	2	3	4	5
13.	Kad man ir kādas fiziskas sāpes vai ievainojums.	1	2	3	4	5
14.	Kad jūtos tā, ka varētu uzsprāgt no neapmierinātības.	1	2	3	4	5
15.	Kad redzu citus dzerot bārā vai viesībās.	1	2	3	4	5
16.	Kad sajūtu, ka viss ir ne tā kā vajag priekš manis.	1	2	3	4	5
17.	Kad cilvēki, ar kuriem kopā mēdzu dzert, iedrošina mani iedzert.	1	2	3	4	5
18.	Kad jūtu iekšējas dusmas.	1	2	3	4	5
19.	Kad piedzīvoju vēlmi vai dziņu iedzert, kas notver mani nesagatavotu.	1	2	3	4	5
20.	Kad esmu pozitīvi satraukts vai svinu kaut ko ar citiem.	1	2	3	4	5

\* Lai aprēķinātu alkohola atturības pašefektivitātes līmeni, jāsaskaita kopā katrā jautājumā iegūtais punktu skaits un jāizdala ar apgalvojumu skaitu, kas ir 20.