

Značaj obiteljske i grupne tretmanske podrške u oporavku osoba ovisnih o alkoholu u Bosni i Hercegovini

Huremović, Vesna

Doctoral thesis / Disertacija

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:850983>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-10**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)





University of Zagreb

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Vesna Huremović

**ZNAČAJ OBITELJSKE I GRUPNE
TRETMANJSKE PODRŠKE U OPORAVKU
OSOBA OVISNIH O ALKOHOLU U BOSNI I
HERCEGOVINI**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2023



University of Zagreb

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Vesna Huremović

**ZNAČAJ OBITELJSKE I GRUPNE
TRETMANJSKE PODRŠKE U OPORAVKU
OSOBA OVISNIH O ALKOHOLU U BOSNI I
HERCEGOVINI**

DOKTORSKI RAD

Mentorica:

Izv.prof.dr.sc Ana Opačić

Zagreb, 2023



University of Zagreb

Faculty of Law

Social Work Study Centre

Vesna Huremović

**The importance of family and group
treatment support in the recovery of
alcohol addicts in Bosnia and
Herzegovina**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor:

Assoc. Prof. Ana Opačić, PhD

Zagreb, 2023

O MENTORICI

Ana Opačić zaposlena je na radnom mjestu izvanrednog profesora na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Dana 09.07.2013. godine stekla je akademski naziv Sveučilišni specijalist psihosocijalnog pristupa u socijalnom radu. Doktorski studij socijalnog rada i socijalne politike na Pravnom fakultetu u Zagrebu završila je 10.06.2015. godine.

Ana Opačić je do danas objavila 20 znanstvenih radova, 13 znanstvenih poglavlja u knjigama, jednu autorsku znanstvenu monografiju koja ima status sveučilišnog udžbenika te je urednica dvije znanstvene monografije. Sudjelovala je na 15 međunarodnih znanstvenih konferencija sa ukupno 18 prezentiranih radova. Ana Opačić do sada je sudjelovala na 14 znanstveno-istraživačkih projekata (od čega 5 međunarodnih), financiranih sredstvima Europske komisije, Europskog socijalnog fonda i drugim međunarodnim i domaćim sredstvima. Trenutno je uključena na 3 znanstveno-istraživačka projekta. Članica je uredništva znanstvenog časopisa Ljetopis socijalnog rada od 2020. godine, koji je indeksiran u bazama Web of Science i Scopus. Ana Opačić je 2013. godine nagrađena Godišnjom nagradom Društva sveučilišnih nastavnika i drugih znanstvenika u Zagrebu mladim znanstvenicima i umjetnicima.

Od 2009. godine do danas Ana Opačić je kontinuirano uključena u planiranje, organiziranje i izvođenje različitih oblika nastave i terenske prakse u okviru Katedre za teoriju i metode socijalnog rada na Studijskom centru socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu. Trenutno je nositeljica i izvoditeljica nastave na kolegijima Socijalni rad u organiziranju zajednice, Terenska praksa iz Socijalnog rada u organiziranju zajednice, Suvremeni pristupi i integraciji znanosti i prakse socijalnog rada (prijediplomski studij socijalnog rada), Međunarodni socijalni rad, Seminar iz teorije i metodologije diplomskog rada (diplomski studij socijalnog rada), Suvremeni teorijski modeli u socijalnom radu (doktorski poslijediplomski studij socijalnog rada i socijalne politike) te Psihosocijalni pristup u socijalnom radu (poslijediplomski specijalistički studij Psihosocijalni pristup u socijalnom radu).

Bila je gostujući predavač na Koblenz University of Applied Sciences (Hochschule Koblenz) te na University of Barcelona, Faculty of pedagogy, Department for social work and social services.

Ana Opačić aktivna je u brojnim stručnim aktivnostima u strukovnim udrugama te u tijelima državne uprave i regionalne samouprave. Sudjelovala je na 3 stručna projekta te bila evaluator na njih 6. Od 2008 – 2013 radila je kao stručni voditelj grupnog rada u Klubu liječenih alkoholičara Dar i Klubu liječenih alkoholičara Podsused.

Zahvale

Nakon završenog doktorskog rada, zahvaljujem se svima koji su svojim zalaganjem dali doprinos u izradi ove disertacije. Tijekom izrade disertacije, dogodilo se bezbroj izazova, novih prijateljstava, uspona i padova, predivnih i onih malo manje lijepih trenutaka poput pandemije Covida 19.

Zahvaljujem mentorici izv.prof.dr.sc Ana Opačić, koja je pratila proces pisanja završnog rada i koja me je svojim znanjem savjetovala i usmjeravala prema završetku studija. Koja je uložila svoje vrijeme i trud, te mi svojim sugestijama omogućila da doktorski rad bude uspješan i kvalitetan.

Prije svega, želim zahvaliti stručnim suradnicima voditeljima Klubova liječenih alkoholičara, na volji i želji za suradnjom u toku pandemije kada je sve izgledalo nemoguće. Posebno sam zahvalna svim korisnicima KLA koji su sudjelovali u istraživanju, hvala na strpljivom i iscrpnom ispunjavanju upitnika.

Posebnu zahvalnost dugujem djedu Hasanu i neni Zejni koji su mi omogućili bezbrižno školovanje i koji su mi bili podrška tijekom studija, te su vjerovali u mene i moj uspjeh, bez vas ovaj rad nebi imao smisao. Djeci Azri i Emiru, koji su iskusili sve muke mog profesionalnog razvoja ali ujedno rasli uz mamu bogatiji za novo iskustvo. Zahvalnost dugujem i ocu naše divne djece Kenanu.

Zahvalnost iskazujem svojim roditeljima, Jasmini i Huseinu ali i ostaloj obitelji bratu Safetu i snahi Ivani, sestri Đemili i zetu Anelu, koji su mi bili podrška i oslonac u teškim i sretnim trenutcima školovanja.

Zahvaljujem se rukovodstvu Univerzitetsko Kliničkog Centra Tuzla i kolegama Zavoda za psihološku i socijalnu zaštitu, koji su me podržavali u svom nastojanju da uz rad završim studij i bez kojih to ne bi bilo moguće.

Neizmjernu zahvalnost dugujem mojoj Samri, drugarici, kolegici s kojim surađujem mom "saputniku" s doktorskog studija, na svakom zajedničkom momentu u procesu stvaranja novih spoznaja. Hvala za svaki savjet, oproštajne riječi i podršku, za razumijevanje, nadu i vjeru da zajednički rastemo i napredujemo, ali i na nesebičnoj pomoći tijekom anketiranja sudionika istraživanja. Nerminu, zahvaljujem na ljubavi, bezuvjetnoj podršci, podsticanju pri pisanju rada ali i neizmjernoj vjeri u moj uspjeh. Hvala ti što si uvijek tu za podršku i brigu, za činjenicu da sam svojom prisutnošću moj život činiš boljim.

SAŽETAK

Problem ovisnosti o alkoholu pogađa mnogobrojno stanovništvo u današnjem vremenu s obzirom da više ne možemo reći da je ovisnost o alkoholu bolest individue već predstavlja bolest cijele obitelji te je postao predmet interesa društvenih znanosti. Ukupna količina konzumiranog alkohola u Europskoj regiji je 2010. godine iznosila 10.9 litara po osobi (WHO, 2014). Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, ovisnost o alkoholu je socijalno-medicinska bolest koja nastaje zbog dugotrajnog konzumiranja alkoholnih pića (Hudolin i sur, 2005). Liječenje ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini nakon bolničkog liječenja nastavlja se kontinuirano u Klubovima liječenih alkoholičara (KLA). Tretman koji se provodi u KLA, a ima za cilj liječenje ovisnosti o alkoholu prvenstveno se svodi na intervencije terapeuta i znanja u vođenju Kluba liječenih alkoholičara. Istraživanje je provedeno s ciljem dobivanja uvida u osobnu promjenu korisnika koji se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu, a koji su uključeni u aktivnosti KLA, te utvrđivanja čimbenika koji doprinose poboljšanju životnog stila apstinencijom uz osvrt na obiteljsku podršku u procesu apstinencije.

Shodno prvom istraživačkom problemu o percipiranoj samoeфикаsnosti korisnika KLA, dobiveni rezultati ukazuju da većina sudionika istraživanja iskazuje da im je u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu posebno značajan odnos koji ostvaruju sa terapeutom odnosno voditeljem KLA. Na temelju analiziranih podataka i dobivenih rezultata možemo konstatirati da osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, više su uključene u rad grupe i procjenjuju grupnu klimu boljom ujedno iskazuju i veću samoeфикаsnost u apstinenciji.

Rezultati istraživanja i analize drugog istraživačkog problema koji se odnosio na osobnu dobrobit korisnika KLA, sugeriraju da bračni status sudionika, ukupan period apstinencije, grupna klima, angažman i percipirana podrška obitelji imaju značajan doprinos u osobnoj dobrobiti tijekom liječenja korisnika KLA te takav model objašnjava ukupno oko 44% varijance.

Rezultati trećeg istraživačkog problema vezanih za objašnjenje procjene oporavka ukazuju sljedeće: sociodemografska obilježja niti za jedan od dimenzija oporavka se nisu pokazala značajnim prediktorom. Iznimka je muški spol koji doprinosi dimenziji Samopouzdanje i pozitivna očekivanja. Obilježja liječenja također uglavnom nemaju značaj za objašnjenje procjene oporavka, osim što se za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja pokazuje

značajnim izostajanje druge psihičke bolesti. Za sve dimenzije oporavka od značaja su obilježja pomažućeg odnosa s terapeutom te razina uključenosti u grupni rad. Za sve dimenzije procjene oporavka od značaja su aspekti obiteljskog funkcioniranja, socijalne podrške. Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu se nije pokazala značajnim prediktorom za objašnjenje dimenzija oporavka.

Provedeno istraživanje je teorijski obogatilo postojeća istraživanja u području liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA, ali i otvorilo nova pitanja za buduća istraživanja, dok implikacije mogu biti korisne u praktičnom radu KLA.

Ključne riječi: ovisnost o alkoholu, klubovi liječenih alkoholičara (KLA), percepcija korisnika KLA, obiteljska podrška, terapeuti/voditelji KLA.

SUMMARY

Introduction and objective: Alcohol addiction is a disease that must be treated and clubs of alcoholics in treatment (CAT) are among the most well-known forms of post-hospital treatment. The goal of the research was to get an insight into the factors that contribute to the personal change of people who are being treated for alcohol addiction, and who are involved in the activities of CAT, and to determine the factors that contribute to improving the lifestyle of abstainers with reference family support in the process of abstinence.

Methodology: The research included a total of N=163 people addicted to alcohol who were registered as members of Clubs of alcoholics in treatment from Bosnia and Herzegovina. Participants aged 20 to 65 took part in the research. The research population of this study consisted of people who regularly come for treatment to the Clubs of alcoholics in treatment of both sexes, who come to the meetings at the CAT based on a personal decision or based on the decision of the Court, and who come to the CAT for at least three months.

The measuring instruments used in the research are:

Questionnaire of sociodemographic and treatment characteristics, constructed for the purposes of this research; Scale of perceived self-efficacy in abstinence (shortened version) (Brief Abstinence Self-Efficacy Measure, BASEM), (Patrick McKiernan et al., 2011); Personal Wellbeing Index scale for adults, (eng. Personal Wellbeing Index–Adult), (Cummins, 2013); The Recovery Assessment Scale, (Giffort et al., 1995); Helping Alliance Questionnaire (HAQ) - Patient version, (Luborsky, 1987); The Group Climate Questionnaire (GCQ), (MacKenzie, 1983); Group engagement measure (GEM), (Macgowan, 2000); ICPS Family Functioning scale (Noler, 1988); The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS, (Zimet et al., 1988); Perceived Stigma of Addiction Scale, PSAS (Luom et al., 2010).

Results: The average length of attendance at CAT meetings was 33 months (M=32.82; SD=34.58), with fairly high standard deviations. In total, the estimates of the helping relationship with therapist are high on both factors, with the fact that there is a slightly higher agreement with the fact that there is trust and understanding with the therapist (M=5.3, SD=0.769) compared to the factor Shared orientation of the user with the therapist on the treatment goals (M=5.00, SD= 0.892). Users highly value user engagement in group work (M=4.49; SD= 0.909). The overall level of involvement in group work is high and amounts to M=4.31 (SD=0.739). Family support was shown to be highly significant in the research during

the treatment of alcohol addiction, where the factors attachment and support of family members were singled out, for which M is 4.39 while SD is 1.074 and family functionality (M=4.65, SD=1.165). The factor inconsistency of family relationships, which refers to autonomy within the family, shows M=3.46 and SD=1.161, while the factor rigidity among family members in KLA shows M=3.77 and SD=1.183. The overall results of the analysis for perceived family support are M=5.52 and SD=1.319, while for perceived support from friends, M=5.31 and SD=1.487. According to the results of the research, stigma is somewhat present, so the participants agree to the greatest extent that society is ready to accept a person undergoing treatment as a close friend (M=2.86), and to the least extent ready to accept a person undergoing treatment for alcoholism as a teacher of small children in a public school or to do jobs that include childcare (M=2.50 and M=2.48).

Outcomes of alcoholism treatment were measured through three variables: perceived self-efficacy, personal well-being and assessment of recovery. The results we obtained in the part related to the Perceived self-efficacy of KLA users show that M is 4.00 while SD is .870. Within this variable the factor safety of KLA users in non-consumption in case of craving for alcohol stands out as particularly significant, where M is 4.28 and SD is 1.135 where the participants showed a high degree of self-efficacy and confidence in their decision to maintain abstinence.

The results on the personal well-being of the research participants show that M = 7.653, while SD = 1.852 indicating solid average assessments. The respondents tend to have more positive values of the arithmetic mean on all four factors of recovery assessment, on the basis of which it is immediately possible to infer that the clubs of treated alcoholics contribute positively to the assessment of recovery from addiction about alcohol in the tested sample. They rate their recovery the highest in the domain of positive expectations for the future and orientation towards success (M=4,23, SD= 0,681), and the lowest in the domain of overcoming the symptoms of addiction itself (M=4,06, SD=0,839), which indicates more directly recovery in the form of healing. Other observed factors were Recovery management and reliance on other people (M=4.21, SD= 0.67) and Orientation towards success and goals (M=4.27, SD=0.685).

According to the first research problem on the perceived self-efficacy of CAT users, the obtained results indicate that the majority of research participants say that in the process of treating alcohol addiction, the relationship they have with the therapist or leader of CAT is particularly important to them. Based on the analyzed data and obtained results, we can state that people who evaluate the relationship with the therapist as better, are more involved in the work of the group and evaluate the group climate as better, also show greater self-efficacy in

abstinence. The results of the research and analysis of the second research problem, which was related to the personal well-being of users of CAT, suggest that the marital status of the participants, the total period of abstinence, group climate, engagement and perceived family support have a significant contribution to the personal well-being during the treatment of users of CAT, and such a model explains a total of about 44% of the variance. The results of the third research problem related to the explanation of the assessment of recovery indicate the following: sociodemographic characteristics for none of the dimensions of recovery proved to be a significant predictor. The exception is the male gender, which contributes to the Self-confidence and positive expectations dimension. The characteristics of the treatment are also generally not significant for explaining the assessment of recovery, except for the Self-confidence and positive expectation dimension, the absence of another mental illness is significant. For all dimensions of recovery, the features of the helping relationship with the therapist and the level of involvement in group work are important. Aspects of family functioning and social support are important for all dimensions of recovery assessment. The perception of stigma of persons undergoing alcohol addiction treatment did not prove to be a significant predictor for explaining the dimensions of recovery.

Conclusion: Based on the analyzed, interpreted data and obtained results, we can state that people who evaluate the relationship with the therapist as better are more involved in the work of the group and evaluate the group climate as better, and that they also show greater self-efficacy in abstinence. A previous diagnosis of mental illness as well as longer abstinence, i.e. the absence of relapse, contribute to the explanation of the criterion variable. The results show that people who rate their relationship with the therapist as better also report greater personal well-being in the treatment process. People who report a higher level of family functioning and greater social support report greater personal well-being from the alcohol addiction treatment process. Research has shown that people who rate the relationship with the therapist as better report higher assessments of recovery. A higher number of abstinent relapses during treatment for alcohol dependence tends to influence the lower assessment of recovery in some aspects of recovery, such as, for example. overcoming challenges. Based on the interpreted results of the research, we can conclude that people who report a higher level of family functioning, i.e. higher perceived social support, also show higher assessments of recovery. The scientific contribution of this research is primarily reflected in the understanding of the phenomenon of the process of treating the disease of alcoholism in our case through treatment in the Clubs of alcoholics in treatment. The practical contribution is also reflected in the fact that the results of

the research will serve us for the purpose of improving the approach to group therapeutic work with people undergoing treatment within the CAT with the use of the obtained results of this research with a focus on application in the practice of the work of the CAT in Bosnia and Herzegovina.

Key words: alcohol addiction, clubs of alcoholics in treatment (CAT), perception of CAT users, family support, CAT therapists

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja, **Vesna Huremović**, izjavljujem da sam autorica doktorskog rada pod nazivom „Značaj obiteljske i grupne tretmanske podrške u oporavku osoba ovisnih o alkoholu u Bosni i Hercegovini“.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad rezultat isključivo mog vlastitog istraživačkog rada;
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu, 15. kolovoza 2023.godine

Potpis autorice:

SADRŽAJ

I. UVOD	1
1.1. Definiranje ovisnosti o alkoholu.....	3
1.2. Statistički pokazatelji ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini	7
1.3. Obilježja liječenja ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini	9
II. OBILJEŽJA I NAČIN RADA KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA	14
2.1. Razvoj i značaj Klubova liječenih alkoholičara	14
2.2. Proces liječenja u KLA.....	17
2.3. Zadaci i uloga socijalnog radnika u Klubu liječenih alkoholičara	19
2.4. Povijest nastanka Klubova liječenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini.....	21
2.5. Stigmatizacija osoba ovisnih o alkoholu	23
III. TEORIJSKI OKVIR ZA RAZUMIJEVANJE OPORAVKA OD OVISNOSTI O ALKOHOLU	25
3.1. Etiologija ovisnosti o alkoholu.....	25
3.2. Ekosistemska teorija u liječenju ovisnosti o alkoholu	26
3.3. Postavke obiteljske terapije u liječenju ovisnosti o alkoholu.....	29
3.4. Spremnost na promjenu korisnika i proces održavanja promjene u liječenju ovisnosti o alkoholu.....	34
3.5. Teorija osobne promjene i oporavka	39
IV. PREGLED ISTRAŽIVANJA O ZNAČAJU OBITELJSKE, SOCIJALNE PODRŠKE I PROCESA OPORAVKA OD OVISNOSTI O ALKOHOLU.....	42
V. PREGLED ISTRAŽIVANJA O POSTIGNUĆIMA GRUPNOG RADA I OPORAVKA OD OVISNOSTI O ALKOHOLU.....	50
VI. CILJ, MODEL, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	56
6.1. Cilj istraživanja.....	56
6.2. Problem istraživanja i hipoteze.....	57
VII. METODOLOGIJA	59
7.1. Uzorak i sudionici istraživanja	59
7.2. Postupak i etički aspekti provedbe istraživanja.....	61
7.3. Etički aspekti istraživanja.....	62
7.4. Prikaz korištenih mjernih instrumenata.....	63
7.5. Obrada podataka.....	68
7.6. Opis varijabli i instrumentarija.....	68
7.6.1. Operacionalizacija kriterijskih varijabli	69
7.6.2. Operacionalizacija prediktorskih varijabli.....	72
VIII. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	83
8.1. Deskriptivni podaci za prediktorske i kriterijske varijable.....	84
8.1.1. Deskriptivni podaci za prediktorski skup varijabli obilježja liječenja.....	84
8.1.2. Deskriptivni podaci za prediktore pomažući odnos s terapeutom, grupna klima, razina uključenosti u rad grupe	86
8.1.3. Deskriptivni podaci za skup prediktora - Socijalna i obiteljska podrška.....	89
8.1.4. Deskriptivni pokazatelji za kriterijsku varijablu Percipirana samoeфикаsnost u apstinenciji	93
8.1.5. Deskriptivna statistika za kriterijsku varijablu Osobna dobrobit	94
8.1.6. Deskriptivni pokazatelji za kriterijsku varijablu Procjena oporavka.....	95

8.2. Čimbenici koji doprinose percipiranoj samoefikasnosti osoba ovisnih o alkoholu	97
8.3. Čimbenici koji doprinose osobnoj dobrobiti osoba ovisnih o alkoholu.....	106
8.4. Čimbenici koji doprinose procjeni oporavka osoba liječenih od ovisnosti o alkoholu	111
8.4.1. Samopouzdanje i pozitivna očekivanja	113
8.4.2. Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe.....	118
8.4.3. Orijentacija ka uspjehu i ciljevima	123
8.4.4. Nadilaženje simptoma ovisnosti.....	128
IX. RASPRAVA	133
9.1. Rasprava o doprinosu prediktorskih varijabli percipiranoj samoefikasnosti	141
9.2. Rasprava o doprinosu pojedinih čimbenika osobnoj dobrobiti	144
9.3. Rasprava o doprinosu pojedinih čimbenika percepciji oporavka.....	147
X. PRAKTIČNE I ZNANSTVENE IMPLIKACIJE ISTRAŽIVANJA.....	151
10.1. Metodološka ograničenja istraživanja	153
XI. ZAKLJUČAK	154
XII. LITERATURA	154
XII. PRILOG 1: UPITNIK.....	178
12.1. PRILOG 2: Popis tablica.....	190
XIII. ŽIVOTOPIS AUTORICE S POPISOM OBJAVLJENIH DJELA	193
13.1. Popis objavljenih radova	194

I. UVOD

Ovisnost o alkoholu predstavlja problem današnjice s kojim se suočava populacija bez obzira na područje življenja. Alkohol je u suvremenom društvu vrlo često prikazan kao stimulans koji osobu može učiniti sretnom, opuštenom, zabavnom te socijalno prihvatljivom. Ovisnost o alkoholu se počinje promatrati kao problem samo onda kada doprinosi pojavi štetnog ponašanja, pojavi kroničnih bolesti, agresivnosti, kriminaliteta te disfunkcionalne obitelji i zajednice. Pretjerana konzumacija alkohola dovodi do teških tjelesnih i psihičkih posljedica koje su vidljive prvenstveno individualno, nakon čega posljedice bivaju vidljive na cjelokupnoj obitelji, socijalnom i radnom okruženju. Uspostavljanje kontinuiteta konzumacije alkoholnih pića dovodi do kronične ili pretjerane konzumacije alkoholnih pića, što utječe na povećanje tolerancije kod konzumiranja alkohola. Liječenje ovisnika je individualno pa ga je neophodno prilagoditi korisniku, ali i njegovoj obitelji koja ima veliku ulogu u liječenju. Jednu od temeljnih postavki u liječenju ovisnosti o alkoholu predstavlja angažman obitelji, čija uloga se ogleda u pružanju podrške korisniku za uključivanje u različite oblike tretmana liječenja ovisnosti o alkoholu. U našem radu poseban osvrt je na liječenju u Klubovima liječenih alkoholičara (u nastavku rada koristit ćemo se skraćenicom KLA). Upravo KLA imaju značajnu ulogu na putu oporavka osobe ovisne o alkoholu, kao i njegove obitelji. Profesor Vladimir Hudolin je još 1964. godine osnovao prvi klub liječenih alkoholičara u Hrvatskoj - i to na području grada Zagreba, a isti su se od tada nastavili kako širiti, tako i zatvarati, sve prateći stanje u državi (Hudolin, 2005). U Bosni i Hercegovini KLA funkcioniraju u smanjenom broju u odnosu na prethodni period, što dodatno otežava sam proces i pristup kontinuiranom liječenju ovisnosti o alkoholu.

Porast broja osoba ovisnih o alkoholu evidentan je u svakodnevnom kliničkom i znanstvenom radu, a ovisnost o alkoholu doživljavamo kao kroničnu recidivirajuću bolest, koji podrazumjeva liječenje upotrebom raznih metoda i postupaka kojima je krajnji cilj dugotrajna apstinencija od alkohola uz okolinske, biološke, socijalne te psihološke čimbenike koji doprinose oporavku osoba ovisnih o alkoholu. Razumijevanje svih čimbenika koji pomažu uspostavljanju kontinuiranog liječenja ovisnosti o alkoholu redovnim dolascima na sastanke KLA omogućava adekvatniji i personaliziran pristup svakome korisniku s ciljem postizanja dugoročne apstinencije od alkohola, te u konačnici rehabilitacije i resocijalizacije u socijalnu i radnu sredinu. Ciljevi rada kluba liječenih alkoholičara jesu uspostavljanje i održavanje apstinencije

od alkohola, uključivanje obitelji u rad kluba, poboljšanje komunikacije apstinencijom s članovima njihovih obitelji, uspostavljanje boljih odnosa u radnom i najužem okruženju, osiguranje minimalnih broja recidiva, zadovoljstvo samim sobom, senzibilizacija zajednice za problem alkoholne ovisnosti (Šostar i sur., 2004). Uključivanje članova obitelji i prijatelja u postupak liječenja ovisnosti o alkoholu preporučuje se jer su ove osobe često izložene riziku razvoja fizičkog i psihičkog stresa te im je neophodna podrška, ali ujedno predstavlja i koristan čimbenik u angažiranju i motiviranju korisnika na proces liječenja ovisnosti o alkoholu (Moss i sur.1990).

Brofenbrenner u svojoj teoriji ekoloških sustava naglašava snažan okolinski utjecaj na osobni razvoj pojedinca i njegovo psihosocijalno funkcioniranje, te naglašava da pojedinac i okolina neprekidno utječu jedno na drugo na dvosmjernan transakcijski način (Bell i Sameroff, 2005 prema Vasta, Haith i Miller, 2005). Slijedom navedenog jasno je da veliki utjecaj u oporavku od ovisnosti ima obitelj korisnika KLA. Nadalje, prema teoriji sustava svaki je sustav (pa tako i obitelj) sastavljen od dijelova koji su u međusobnoj interakciji. Suvremene teorije usmjerene na objašnjenje etiologije različitih problema u ponašanju koji se mogu javiti prilikom pretjerane konzumacije alkohola upravo su one integrativne koje između ostalog stavljaju snažan naglasak na doprinos izmijenjenih čimbenika unutar obitelji tokom liječenja korisnika KLA (Andrews i Bonta, 2006; Blaszczynski i Nower, 2002; Sharpe, 2002: prema Ricijaš, 2009).

S obzirom na rasprostranjenost i široku upotrebu alkoholnih pića u svijetu općenito, neophodno je dati prikaz stanja korištenja alkohola iz čega možemo uvidjeti potrebu za otvaranjem i održavanjem kontinuiteta rada KLA u Bosni i Hercegovini, ali i susjednoj nam državi Republici Hrvatskoj. Na osnovu rezultata studije o stanju zdravlja u Bosni i Hercegovini koja je provedena tokom 2012 godine, konzumacija alkohola predstavlja značajan javnozdravstveni problem stanovništva. Preko četvrtine sudionika istraživanja u Bosni i Hercegovini (28,8) potvrđuje da su konzumirali alkohol tokom prethodnih 12 mjeseci, od čega 29,7% u urbanim područjima i 28,1% u ruralnim područjima. Podaci do kojih se došlo provedbom ove istraživačke studije odnosi se i na stanje u području posljedica oboljenja jetre nakon pretjerane konzumacije alkoholnih pića, gdje je evidentiran podatak da je došlo do trenda porasta alkoholnih oboljenja jetre od 759 oboljelih (stopa 3,4/10.000 st.) 2016 godine dok je u 2018 godini došlo do blagog porasta oboljelih od 842 osobe (stopa 3,8/10.000 st.). Dobiveni podaci ukazuju na činjenicu da je neophodno raditi na prevenciji i ozbiljnijem pristupu liječenja ovisnosti o alkoholu (Zavod za javno zdravstvo, 2019). Stanje u Republici Hrvatskoj ne razlikuje se značajno u odnosu na Bosnu i Hercegovinu. Istraživanje Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar iz 2019. godine

pokazuje kako je 90,9% odraslih osoba u Hrvatskoj barem jednom u životu konzumiralo alkohol. Ovaj postotak je nešto veći ukoliko izoliramo skupinu mlađih odraslih osoba, te on tada iznosi 92,8%. Ipak, najveća životna prevalencija utvrđena je kod osoba u razdoblju starosti od 15 i 24 godina, te je postotak osoba koje su barem jednom konzumirale alkohol tijekom života u navedenoj skupini 94,1%, a za skupinu osoba u godinama od 25 do 34 postotak je iznosio 93,5% (Štimac i sur.2020). Nova kultura pijenja znatno smanjuje do sada postojeće rodne razlike (kako u količinama popijenog alkohola tako i načinu konzumacije), te narušava dosadašnje stereotipe o muškom i ženskom pijenju i ponašanju. Nalazimo da se nova kultura pijenja mladih znatno razlikuje od ranije tradicionalne, a da je razlika osim u načinu pijenja i prostoru u kome se pije i u motivaciji. Raniju socijalizaciju sada je zamjenila individualizacija potreba (Dragišić Labaš, 2017).

Upravo zbog svega prethodno navedenog cilj ovog rada bio je dobiti uvid u čimbenike koji pridonose osobnoj promjeni osoba koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu, a koji su uključeni u aktivnosti KLA, te utvrditi čimbenike koji doprinose poboljšanju životnog stila apstinencijom uz osvrt na obiteljsku podršku u procesu apstinencije.

1.1. Definiranje ovisnosti o alkoholu

U literaturi postoje brojne definicije ovisnosti o alkoholu. U ovom radu koristiti ćemo se definicijom Svjetske zdravstvene organizacije koja navodi da je ovisnost duševno, a ponekad i tjelesno stanje koje nastaje međudjelovanjem osobe i sredstava koje uzrokuju ovisnost, u našem slučaju o alkoholu (WHO, 1994). Osoba koja u pretjeranoj mjeri konzumira alkohol ima za posljedicu izmijenjeno ponašanje koji uključuju povremeno ili redovito konzumiranje alkohola u namjeri da se doživi njegov učinak ili da se izbjegne nelagoda odsustva alkohola. Slijedom kontinuiranog konzumiranja alkohola dolazi do razvoja ovisnosti o alkoholu. Prema Sakoman i sur. (1999) osobe koje imaju probleme s alkoholom su one osobe koje imaju socijalne, psihološke ili pravne probleme zbog akutnog opijanja i/ili redovite prekomjerne zlouporabe i pojave ovisnosti o alkoholu. U suvremenoj literaturi ovisnost o alkoholu se promatra kao medicinsko-socijalni problem (Hudolin, 1981) te se u skladu s uočavanjem i medicinske i društvene dimenzije ovog fenomena, razvio i društveno-medicinski model (Hudolin, 1986) koji pored osnovnog cilja liječenja korisnika od ovisnosti o alkoholu, prvenstveno ima za cilj prevenciju nastanka ovisnosti o alkoholu.

Suvremeno dijagnosticiranje ovisnosti o alkoholu je proces koji podrazumjeva razliku između osoba s obzirom na količinu upotrebe alkohola od umjerene do visoko rizične. Određivanje nivoa pretjerane upotrebe alkohola definira se po osnovu broja konzumiranih alkoholnih pića. Do alkoholne intoksikacije kod osobe koja u pretjeranoj mjeri konzumira alkohol dolazi jednokratnim unosom alkoholnog pića što može dovesti do poremećaja razine svijesti, kognicije, poremećaja opažanja, poremećaja raspoloženja i drugih oblika poremećaja ponašanja (Thaller i sur., 2016). Vrlo često kod osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu dolazi do poremećaja sna. San je kratkotrajan, uspostavljanjem apstinencije postoji tendencija povratka sna u normalne razine (Williams i sur. 1981). Alkoholna intoksikacija može dovesti i do dva stanja koji nisu tipično tjelesne komplikacije ovisnosti o alkoholu, već su specifične kliničke slike duševnih poremećaja, ali zbog njihove povezanosti s intoksikacijom alkoholom potrebno ih je spomenuti. Ukoliko osoba u kontinuitetu pretjerano konzumira alkohol dolazi do alkoholne intoksikacije koja može imati za posljedicu patološko pijano stanje tj. sumračno stanje koje je poseban oblik kompliciranog trovanja alkoholom. Stanje alkoholne intoksikacije nerijetko je praćeno agresivnim, ali povremeno i nasilnim ponašanjem koje je atipično za osobu u trijeznom stanju, a nastaje vrlo brzo nakon pijenja malih količina alkohola koje u većine ljudi ne izazivaju jaču intoksikaciju. Tijekom alkoholne intoksikacije karakteristično je postojanje amnezije za cijeli događaj. Smatra se da je osoba bila u stanju sužene svijesti, trans ili automatizma. Patološko pijano stanje traje od nekoliko minuta do nekoliko sati, iznimno nekoliko dana. Nakon kontinuiranog pijenja, alkoholne intoksikacije osoba ulazi u duboki san. U stanju patološke intoksikacije osoba može biti verbalno i fizički iznimno agresivna, pa čak počinuti i ubojstvo. Alkoholna intoksikacija može uzrokovati amneziju ili tranzitorni gubitak pamćenja (Horčička, 2016).

Ovisnost o alkoholu je kronična bolest koja se dijagnosticira u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti kao F10.2 ovisnost o alkoholu. Neophodno je spomenuti razliku u definiranju među dvjema vodećim međunarodnim klasifikacijskim sustavima – MKB 10 i DSM V. Poremećaj ovisnosti o alkoholu definiran kriterijima DSM V širokog je spektra, visoko komorbidan i onesposobljavajući poremećaj koji se često ne liječi (Grant i sur, 2015). MKB 10 sindrom ovisnosti o alkoholu dijagnosticira se ukoliko je tijekom prethodne godine bilo izraženo najmanje 3 od postavljenih 6 kriterija za utvrđivanje ovisnosti o alkoholu (Jakičić, 2019). Detaljnije o kriterijima za dijagnosticiranje govorit ćemo u narednom dijelu rada. Za dijagnosticiranje ovisnosti o alkoholu prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje DSM V Poremećaji vezani uz alkohol dijele se na: Poremećaje uzimanja

alkohola, Intoksikacija alkoholom, Sindrom sustezanja od alkohola, Drugi poremećaji prouzročeni alkoholom, te Nespecifični poremećaji vezani uz alkohol (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014). Poremećaj uzimanja alkohola definiran je skupom bihevioralnih i fizičkih simptoma, koji mogu uključivati sindrom sustezanja, tolerancije i žudnje za alkoholom (DSM V, 2014). Žudnja za alkoholom predstavlja snažnu želju za konzumiranjem alkohola, koja onemogućava da osoba misli na bilo šta drugo osim alkohola i često rezultira početkom konzumacije alkohola. Nakon pretjerane upotrebe alkohola moguća je pojava alkoholne intoksikacije koja se definira kroz prisutnost klinički značajnog problematičnog ponašanja ili psiholoških promjena koje se razvijaju nakon pretjerane upotrebe alkohola. Rezultat alkoholne intoksikacije može biti životno ugrožavajuća koma (DSM V, 2014). Slijedom štetnih posljedica upotrebe alkohola ili utjecaja obitelji kod osobe može doći do Sindroma sustezanja od alkohola. Osnovno obilježje ovog sindroma je prisustvo simptoma sustezanja od alkohola, koje se razvije unutar nekoliko sati ili dana nakon prestanka konzumiranja alkohola (DSM V, 2014).

U navedenom priručniku, osim kategorizacije, postoje i određeni kriteriji koji se odnose na dijagnostiku poremećaja vezanih uz alkohol. Poremećaji vezni uz alkohol nalaze se u skupini Poremećaja uzimanja psihoaktivnih tvari. U novom izdanju DSM V prikazani su i upitnici određivanja težine poremećaja. Upitnik Dijagnostički kriteriji za „Poremećaj uzimanja alkohola“ sadrži 11 kriterija koji se odnose na: čestinu uzimanja alkohola, težnju za konzumiranjem alkohola, vrijeme utrošeno na konzumaciju alkohola, žudnja za uzimanjem alkohola, ponovljeno uzimanje alkohola, nastavljeno uzimanje alkohola, reduciranje društvenih aktivnosti, ponovljeno uzimanje alkohola, unatoč pogoršanju psihičkog i fizičkog stanja nastavak konzumacije alkohola, tolerancija na alkohol, sindrom sustezanja od alkohola. Slijedom navedenog definirana je diferencijacija poremećaja prema težini, pri čemu su kod blagog poremećaja uzimanja alkohola prisutna 2 do 3 simptoma, kod umjerenog su prisutna 4 do 5 simptoma, a kod teškog poremećaja prisutno je 6 ili više simptoma (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014).

Da bi se dijagnosticirala ovisnost o alkoholu, u praksi se koriste i dijagnostički kriteriji za sindrom ovisnosti kod MKB-10 koji sadrži slijedeće kriterije:

1. Izrazito visok stupanj žudnje ili osjećaj prinude za uzimanjem alkohola
2. Nemogućnost kontrole ponašanja tokom konzumacije alkohola
3. Fiziološki apstinencijski sindrom u fazi prestanka ili smanjenja konzumacije alkohola

4. Uspostavljanje tolerancije na alkoholna pića
5. Postupno zanemarivanje ostalih zadovoljstava ili interes zbog uzimanja alkohola
6. Nastavljanje s uporabom alkohola i uz postojanje svijesti o nesporno štetnim posljedicama prekomjerne konzumacije alkohola, poput oštećenja jetre, depresivnih raspoloženja ili oštećenja kognitivnog funkcioniranja.

Ovisnost o alkoholu prema MKB-10 se sveobuhvatno označava kao otežana kontrola ponašanja u uzimanju alkohola (bilo da se tiče započinjanja pijenja, prestanka pijenja ili razine uporabe alkohola).

Prilikom utvrđivanja dijagnostičkih kriterija potrebno je utvrditi postoji li tjelesna/somatska ili psihička ovisnost o alkoholu koje imaju jednaku važnost u dijagnosticiranju ovisnosti o alkoholu. Ukoliko kod osobe koja dolazi na pregled ne postoje znakovi somatske ili psihičke ovisnosti, potrebno je uzeti u obzir postojanje ovisnosti koju karakterizira kompulzivni način uporabe alkoholnih pića (zadovoljenje najmanje tri točke iz dijagnostičkih kriterija prema MKB-10).

Pri uspostavljanju dijagnoze u praksi liječnici za postavljanje dijagnoze ovisnosti o alkoholu koriste se različite skale i upitnici, a najčešće korišten je CAGE upitnik koji se u praksi pokazao korisnim u postavljanju dijagnoze ovisnosti o alkoholu. Pitanja koja sadrži ovaj upitnik usmjerena su na smanjivanje konzumacije, ljutnju zbog kritike, osjećaj krivnje i otvaranje očiju korisniku (Ewing, 1984).

Međutim, Hudolin (1991) ističe ukoliko prihvatimo samo medicinski koncept bolesti, ustvari umanjujemo odgovornost osobe ovisne o alkoholu, jednako i odgovornost društva za ovaj problem. Prethodno navedeni medicinski koncept promijenjen je u socijalno-psihiatrijski koji ovisnost o alkoholu promatra kao posljedicu socijalne patologije, dok je postupanje s osobama ovisnim o alkoholu u značajnoj mjeri promijenjeno i obogaćeno (Hudolin, 1991). Naime, prema istom autoru došlo je do uvođenja grupnih metoda, prihvaćanja obiteljskog grupnog rada kao sveobuhvatnog pristupa liječenju, ali i inoviranju preventivnih aktivnosti koje imaju za cilj suzbijanje i prevenciju ovisnosti o alkoholu. Ukoliko ovisnost o alkoholu definiramo kao stil odnosno način života, odgovornost se prenosi na samog korisnika, ali i na njegove životne odabire, ujedno nam postaje jasno da na te iste odabire utjecaj imaju i obitelj, društvo i okolina u kojoj korisnik boravi. Shvaćanje ovisnosti o alkoholu na ovaj način gdje je odgovornost stavljena i na pojedinca, ali dijelom i na njegovu obitelj te zajednicu, vodi ka tome da osoba

kod koje je dijagnosticirana ovisnosti o alkoholu nikako ne bi trebao/la biti sam/a na putu do svoga oporavka. Ovisnost o alkoholu je tiha, bolest koja je nadasve pogubna po obitelj osobe koja je ovisna, ali i po njegovo zdravlje, funkcioniranje na poslu i u društvu općenito. Izraz osoba ovisna o alkoholu odnosi se na osobe koje nisu sposobne kontrolirati svoje pijenje tijekom duljeg razdoblja te kod kojih alkohol dominira njihovim mišljenjem, emocijama, akcijama i komunikacijom s drugim ljudima (Žuškin i sur., 2006).

1.2. Statistički pokazatelji ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini

Statistička praćenja uporabe alkohola u Bosni i Hercegovini započela su 1987. godine i u obzir uzimaju samo osobe starije od 15 godina (WHO, 2014). Podaci pokazuju da je ovisnost o alkoholu prisutna kod 5,5% muške populacije dok je kod ženske populacije taj postotak znatno manji i iznosi 1,4%, a prosjek za oba spola iznosi 3,4%. Pretjerana upotreba alkohola u Bosni i Hercegovini evidentirana je kod 8,6% muškaraca i 1,9% žena, a stopa za oba spola iznosi 5,3% (WHO, 2010). Europski prosjek štetne konzumacije alkohola za oba spola iznosi 7,5%, a prevalencija ovisnosti o alkoholu je 4,0%. Postoje rodne razlike u mortalitetu i morbiditetu od alkohola, kao i u nivoima i obrascima konzumiranja alkohola. Procenat smrtnih slučajeva uzrokovanih alkoholom među muškarcima iznosi 7,7% svih globalnih smrtnih slučajeva u usporedbi sa 2,6% svih smrtnih slučajeva među ženama. Ukupna konzumacija alkohola po glavi stanovnika u 2016. među muškarcima i ženama u svijetu je u prosjeku iznosila 19,4 litara čistog alkohola za muškarce i 7,0 litara za žene (WHO,2022).

Prosjek štetne konzumacije alkohola u Bosni i Hercegovini iznosi 5,3% u odnosu na Europu gdje postotak štetne konzumacije alkohola varira od 3,4% do 7,5% štetne konzumacije alkohola. Međutim, prevalencija poremećaja u konzumaciji alkohola od 5,3% rezultat je isključivo niske stope ovisnosti o alkoholu kod žena (iako je i ona u porastu). Stopa apstinencije/nekonzumiranja alkoholnih pića u posljednjih 12 mjeseci u Bosni i Hercegovini je 42,8% (WHO, 2010), dok prosjek za zemlje u regiji iznosi: Hrvatska 19,5%, Slovenija 32,4%, a u Srbija 34% (WHO, 2014). Recentna istraživanja su pokazala da tijekom prve godine čak 65% (2/3) klijenata odlazi iz Kluba liječenih alkoholičara (KLA), a da je pri tome vrijeme između 3 i 6 mjeseci najčešće najkritičnije za napuštanje KLA i rada u istom (Marinić, 2000). U pojedinim razvijenim regionima alkohol se sve više konzumira, te su u porastu i sve prateće pojave asocirane sa zloupotrebom alkohola. Bolesti ovisnosti imaju i ekonomske implikacije i

koštaju društvo u SAD-u oko 300 milijardi dolara godišnje. Za saniranje posljedica izazvanih zloupotrebom alkohola u SAD-u se godišnje potroši 148 milijardi dolara, a od toga 19 milijardi iznose troškovi liječenja (Milanović i sur,2004). Budući da liječenje ovisnosti o alkoholu organizirano pri KLA smanjuje korištenje drugih medicinskih usluga, naglasak bi trebalo staviti na promoviranje i unapređenje ovog tipa liječenja koji je jeftiniji u odnosu na individualni tretman liječenja (Atkinson i sur.1982).

Prema DSM V, Poremećaj štetne upotrebe alkohola je definiran skupom bihevioralnih i fizičkih simptoma, koji može uključivati povlačenje, toleranciju i žudnju za alkoholom. Neki simptomi odvikavanja (npr. problemi sa spavanjem) mogu trajati mjesecima slabijim intenzitetom i mogu doprinijeti pojavi recidiva. Štetna uporaba alkohola je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2018) uzročni faktor za više od 200 bolesti i povreda. Svake godine u svijetu 3 milijuna smrtnih slučajeva jesu rezultat štetne uporabe alkohola. To predstavlja 5,3% svih smrtnih slučajeva. Od ukupnog uzorka globalnog tereta bolesti i povreda, 5,1% može se povezati sa alkoholom gdje uslijed pretjerane konzumacije alkohola dolazi do pogoršanja zdravstvenog stanja i potrebe za ocjenom radne sposobnosti, koja za ishod može imati ograničenu radnu sposobnost/invaliditet. Konzumacija alkohola povezana je sa nizom negativnih zdravstvenih ishoda uključujući morbiditet, smrtnost i invaliditet (Rehm i sur, 2003). Osim zdravstvenih posljedica, štetna uporaba alkohola donosi značajne društvene i ekonomske gubitke pojedincima i društvu u cjelini. Konzumacija alkohola može uzrokovati smrt i invaliditet u relativno ranim godinama života. Kod ljudi u dobi od 20 do 39 godina, približno oko 13,5% ukupnih smrtnih slučajeva može se pripisati alkoholu. Postoji uzročna veza između štetne uporabe alkohola i niza mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, drugih nezaraznih stanja i povreda. U državnom izvještaju za Bosnu i Hercegovinu rađenom tokom 2014. godine na temelju studije o stanju zdravlja odraslog stanovništva koju je provodio Zavod za javno zdravstvo o konzumaciji alkohola, navodi se kako se 28,8% ispitanih korisnika izjasnilo da redovno konzumira alkoholna pića od čega 46,1% muškaraca i 11,0% žena (Zavod za javno zdravstvo FBiH, 2015). Većina provedenih studija o ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini pokazala je da veliki broj stanovništva redovno ili povremeno konzumira alkohol. Slijedom navedenog neophodno je raditi inicijalne dijagnostičke obrade svakog korisnika koji se javi sa problemom ovisnosti o alkoholu, te nakon inicijalne obrade pristupiti terapijskom liječenju ovisnosti o alkoholu uz preporuku uključivanja korisnika i obitelji u KLA.

1.3. Obilježja liječenja ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini

Osobe koje su uključene u psihijatrijsko liječenje i liječenje ovisnosti o alkoholu u KLA, imaju osnovni cilj postizanje apsolutne apstinencije konzumiranja alkohola. Liječenje ovisnosti o alkoholu u KLA vodi do uspješnog povratka korisnika na početnu razinu kada su funkcionirali pod društveno prihvatljivim noramama i oblicima ponašanja bez otežavajućih okolnosti uzrokovanih pretjeranom upotrebom alkohola. Postupak liječenja ovisnosti o alkoholu provodi se tako što se u što kraćem periodu korisnik podvrgne liječenju kako bi posljedice ovisnosti o alkoholu bile što manje. Poželjno je da se liječenje odvija u okvirima sredine osobe s problemom ovisnosti o alkoholu kako se ne bi morale prekinuti radne aktivnosti i obiteljski život (Golik-Gruber, 2003). Duljina liječenja od alkohola povezana je sa povoljnijim ishodima, tj. osobe koje su dulje na tretmanu u KLA će iskazivati veći stupanj zadovoljstva i održavanja apstinencije. Duljina opravka od ovisnosti o alkoholu ovisi od spremnosti osobe da prihvati osnovne ciljeve tretmana liječenja (Turner, 2016).

Pristup liječenja koji se koristi u svakodnevnoj praksi je Hudolinov kompleksni socijalno-psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkoholologije koji se sastoji od grupne psihoterapije, edukacije, obiteljske terapije, terapijske zajednice, medikamentoznog liječenja i kluba liječenih alkoholičara. Prilikom liječenja ovisnosti o alkoholu možemo razlikovati bolničko i izvanbolničko odnosno dispanzersko liječenje (Golik-Gruber, 2003). U Bosni i Hercegovini proces liječenja ovisnosti o alkoholu provodi se u bolničkim, vanbolničkim uvjetima i KLA. Osobe kod kojih se dijagnosticira ovisnost o alkoholu svoje liječenje počinju u Zavodima za bolesti ovisnosti, Klinikama za psihijatriju ili Centrima za mentalno zdravlje. U ovim ustanovama vrši se priprema korisnika za nastavak liječenja u KLA gdje kod korisnika uz pomoć socioterapijskog pristupa i grupne terapije dolazi do poboljšanja zdravstvenog i psihičkog stanja. Kada se bolest otkrije u ranoj fazi tada se primjenjuje analitička tehnika psihoterapije, a kod kroničnih pacijenata socioterapijski pristup se primjenjuje u većoj mjeri. Odabir psihološkog tretmana koji uzima u obzir karakteristike osobe koja dolazi na liječenje ključni je čimbenik za osiguranje učinkovitosti liječenja ovisnosti o alkoholu (Raistrick i sur. 2006). Grupa se sastoji od voditelja koji je najčešće socijalni radnik ili educirana viša medicinska sestra/tehničar te od deset do dvanaest članova. KLA su značajni jer održavaju postignute rezultate prethodnih ustanova kroz koje ovisnici o alkoholu prolaze tokom procesa liječenja. Preporuka programa liječenja jest uključivanje osobe sa dijagnozom ovisnosti o alkoholu odmah po završetku detoksikacije kada je još na bolničkom liječenju, a liječenje najčešće traje

6-8 tjedana. Po završetku bolničkog liječenja, isto se nastavlja kroz programe u dnevnoj bolnici i ambulanti gdje je grupna psihoterapija osnova (Sarić 2020). Tretman u grupi odvija se koristeći razne komunikacijske vještine stručnjaka voditelja grupe čime se doprinosi razvoju psihosocijalnih vještina i podizanju samopoštovanja kod osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Nakon provedenog bolničkog liječenja stručni radnici obavljaju procjenu da li je korisnik spreman za ulazak u KLA te daju osobnu preporuku za daljnji nastavak liječenja u KLA (Huremović i Mahmutović, 2022). Cilj grupne terapije nije da se ličnost korisnika promijeni, nego liječenjem postići uvjete koji će dovesti do promjene ponašanja, novog načina komunikacije i boljih emocionalnih odnosa (Marušić, 2010). Nakon što je osoba prihvatila problem ovisnosti o alkoholu, pristupa se sveobuhvatnoj procjeni stanja korisnika i pratećih problema koji su se pojavili tokom pretjerane konzumacije alkohola. Na temelju rezultata procjene provodi se postupak liječenja. Prvi cilj liječenja korisnika je olakšati i učvrstiti osvještenost korisnika o štetnosti alkohola i negativnim posljedicama, drugi cilj predstavlja stabilizacija korisnika u prihvaćanju promjene odnosno nekonzumacije alkohola. Konačni cilj je pažljivo planiranje njege i uspostavljanje novih životnih ciljeva kako bi se održala promjena (O Farrell i Langenbucher, 1987).

Prilikom postupka liječenja ovisnosti o alkoholu prvenstveno se koristi mehanizmom bolničkog liječenja koje se odvija u specijaliziranim psihijatrijskim ustanovama stacionarnog tipa. Primjenom ovog načina liječenja ovisnosti o alkoholu radi se na ublažavanju simptoma alkoholnog apstinencijskog sindroma i procesu detoksikacije koji je standardna mjera u liječenju, što za krajnji cilj ima uspostavljanje apstinencije kod osobe koja se liječi od ovisnosti o alkoholu. Socijalni radnik pri prijemu osobe s problemom ovisnosti o alkoholu pristupa izradi socijalne anamneze i daljeg plana suradnje i uspostavljanje planiranog procesa liječenja, radi se na razvijanju socijalne mreže i otklanjanju poteškoća koje uzrokuju pretjeranu uporabu alkohola (Huremović i Mahmutović, 2018).

Obiteljsko liječenje je sveobuhvatni proces liječenja ovisnosti o alkoholu, i predstavlja osnovni cilj socijalnog rada s obitelji. Ima za zadatak poboljšati komunikaciju između članova obitelji ukoliko je došlo do određenih nesuglasica, radi se na jačanju kohezije unutar obitelji, jačanju međusobnih odnosa u obitelji, kako bi se obitelj osposobila za pružanje podrške korisniku u periodu apstinencije. Ovisnost o alkoholu vrlo često doprinosi povećanju narušavanju odnosa u obitelji. Posebnu ulogu u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu ima obitelj korisnika KLA koju je potrebno uključiti u proces liječenja. Pri samom početku liječenja ovisnosti o alkoholu postoji mogućnost da će obitelj pružati otpor jer ne vidi ulogu i smisao za njihovo sudjelovanje

u programu, u čemu se ogleda uloga socijalnog radnika koji će uspostaviti kontakt s članovima obitelji i potaknuti želju za sudjelovanjem. U fazama ovisnosti o alkoholu, kada obitelj zbog posljedica ovisnosti o alkoholu počinje trpiti, potrebno je tražiti stručnu pomoć (Dimitrijević, 1992).

Najčešće karakteristike ponašanja osobe sa problemom ovisnosti o alkoholu koje iziskuju obaveznu intervenciju socijalnog radnika su: izbjegavanje odgovornosti, nezrelost, neadekvatnost u ulogama, nedostatak samodiscipline, samoživost, negativan stav prema autoritetima, površnost i ograničenost interesa za obiteljski život, emocionalna ovisnost. Nabrojane karakteristike su najpatogenije za obitelj (Tuba-Mendi, 2023). Smatra se da ove osobine osobu s problemom ovisnosti o alkoholu ograničavaju i narušavaju obiteljski život više nego samo konzumiranje alkohola. One mogu postati izvor raznoraznih obiteljskih, bračnih nesuglasica, još prije nego što konzumiranje alkohola postane ekscisivno. Epizode ekscisivnog pijenja često stvaraju krize i razdore između članova obitelji i pružaju im opravdanje za nesuglasice u obiteljskom životu (Stanković, 2004).

Obiteljski pristup u terapiji ovisnosti o alkoholu temelji se na ideji da je obitelj organizirana svojim interakcijama oko osobe koja u pretjeranoj mjeri konzumira alkoholna pića. Po prestanku pijenja, alkoholičarski sistem je u krizi i u terapiji se radi na prepoznavanju aspekata krize i njihovom ublažavanju (Steinglass i sur., 1987). Sistemska perspektiva u razumijevanju psiholoških poremećaja i psihijatrijskih problema inzistira na proučavanju i razmatranju interakcija među ljudima i njihovim grupama, a ne samo na razmatranju individualnih karakteristika. Alkoholizam pojedinca ne može se svesti na njegove karakteristike već razumijevanje alkoholizma traži razmatranje obiteljskih i širih grupnih procesa (Nastasić, 2004). Poslije liječenja komplikacija koje su uzrokovane zbog ovisnosti o alkoholu (duševnih, tjelesnih) neophodan je nastavak liječenja ovisnosti o alkoholu. Liječenje ovisnosti o alkoholu provodi se bolnički ili izvanbolnički, temeljna načela liječenja koja se primjenjuju jesu sustavni pristup i sustavno-psihodinamski model obiteljske terapije. Tijekom obiteljske terapije nastoji se poboljšati komunikacija, odnosi i uloge u obitelji, ali se posebice teži drukčijem načinu života, suprotno onome za vrijeme ovisnosti o alkoholu. Jedna od prvih i važnih promjena jeste potpuna apstinencija, ali i uključivanje svih članova obitelji (što je moguće više i u proširenoj obitelji, tj. među članovima koji su u užem odnosu s obitelji). Primjenjuju se metode bračne terapije, obiteljske terapije, višeobiteljske terapije i višeobiteljske terapijske zajednice, koje su kao metode zadržane u obiteljskom pristupu i klubu liječenih alkoholičara. Obitelj čini sustav. Poremećaj u jednom dijelu sustava, izaziva reakciju i poremećaj u njegovom drugom dijelu.

Ekosustavni pristup uključuje osim obitelji i širu socijalnu sredinu (radna okolina, obiteljsko okruženje) s obzirom da se sustav funkcioniranja klubova liječenih alkoholičara temelji na cjelokupnom pristupu kako obitelji tako i širem sustavu sve s ciljem rješavanja problema odnosno otkrivanja uzroka koji osobu potiču na konzumaciju alkohola. Obitelji u ovom slučaju prolaze kroz krizu, razvijaju vlastiti skup podrške za prevladavanje problema ovisnosti o alkoholu, osposobljavaju se za korištenje svojih inherentnih resursa i razvijaju osećaj kompetencije, nade i vjere u oporavak. Ovaj pristup liječenju obitelji i korisniku KLA omogućava da se suoče s budućim izazovima tokom životnog ciklusa uz pomoć i podršku stručnih djelatnika KLA (Garet i Landau, 2007).

Sociokulturne norme i običaji u velikoj mjeri određuju način ponašanja pojedinca u odnosu na alkohol. Ako krenemo od toga da je obitelj prijenosnik socijalnih normi kroz proces socijalizacije djece, jasna je njena uloga u formiranju stava prema konzumiranju alkohola pa i razvoju ovisnosti o alkoholu. Zbog toga je obiteljski pristup jedan od bitnih postavki u današnjem objašnjavanju ovisnosti o alkoholu, njegovoj prevenciji i liječenju. Daleko je veća vjerojatnost generacijske transmisije ovisnosti o alkoholu ukoliko se radi o obiteljima čije su svakodnevne aktivnosti i običaji potpuno podređeni ovisnosti o alkoholu jednog njenog člana, odnosno kada govorimo o odrastanju djece u obitelji s problemima ovisnosti o alkoholu. Članovi obitelji dolaze na grupne sastanke imaju za cilj pomoći sebi, a onda i svojim bližnjima koji u pretjeranoj mjeri konzumiraju alkohol (Pennington, 2004).

Pored uloge obitelji u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu i lokalna zajednica može imati vrlo važnu ulogu u borbi protiv ovisnosti o alkoholu, jer je u njoj širok krug činitelja i mjera djelovanja koje se bave savjetovanjem i liječenjem alkoholne ovisnosti. Taj krug obuhvaća aktivnosti primarne zdravstvene zaštite, hitnu medicinsku pomoć, opće bolnice, psihijatrijsku službu te izvaninstitucionalne ustanove, tj. udruge koje su organizirane kao klubovi liječenih alkoholičara (KLA). Zajednički cilj koji se nastoji postići aktivnostima unutar KLA je pomoći članovima obitelji shvatiti kako nisu odgovorni za probleme osoba ovisnih o alkoholu te da sam oporavak člana obitelji ne ovisi o oporavku osobe ovisne o alkoholu (Huremović i Mahmutović, 2022).

Sudjelovanje oba partnera u bihevioralnoj bračnoj terapiji, za razliku od individualnog tretmana u kojem sudjeluje samo osoba ovisna o alkoholu, vrlo često za ishod ima dulji period apstinencije, veće zadovoljstvo bračnim odnosima i smanjen stupanj partnerskih nasilja u odnosu (Mann i sur. 2005). Sudjelovanje u Al-anon grupama podrške smanjuje emocionalne poteškoće, osjećaj depresije i tjeskobe te poboljšava vještine suočavanja kod partnera osobe

ovisne o alkoholu (O Farrell i Clements, 2012). Pored navedenog, sudjelovanje u grupnim zajedničkim aktivnostima korisno je za bračne partnere osoba ovisnih o alkoholu jer im pomoć od strane drugih članova grupe olakšava stjecanje uvida u vlastiti udio u bračnim problemima (Burton, 1962). Paralelno s promjenom stavova partnera kako napreduje tretman liječenja osoba ovisnih o alkoholu, tako su i one sve sposobnije sudjelovati u svakodnevnim aktivnostima što kumulativno dovodi do većeg zadovoljstva partnerskim odnosom (O Neill i Bornstein, 2001).

II. OBILJEŽJA I NAČIN RADA KLUBOVA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

2.1. Razvoj i značaj Klubova liječenih alkoholičara

Tridesetih godina XX. stoljeća u Americi su utemeljene skupine anonimnih alkoholičara (AA) kao skupine za uzajamnu pomoć u apstinenciji i napretku u životu. Iskustva pozitivnog učinka rada utjecalo je na formiranje KLA kao grupe samopomoći za osobe ovisne o alkoholu, koje u svom radu uvode angažman stručnog djelatnika u rad kluba, kao i obiteljski pristup koji je najzačajniji pomak u odnosu na rad grupa AA. KLA je višeobiteljska zajednica kojoj je osnovni cilj pružanje pomoći i podrške osobama koji imaju probleme sa alkoholom. Usmjerenost stručnjaka voditelja KLA nije samo na osobu sa problemom ovisnosti o alkoholu već i obiteljske i socijalne probleme koji su se javili tokom pretjerane konzumacije alkohola (Coriale i sur., 2018). U svijetu danas ima približno 50.000 takvih skupina. Svjetska zdravstvena organizacija izradila je pozitivno mišljenje o toj skupini samopomoći i preporučila je kao model rada i za druge skupine pacijenata i korisnika. Nekoliko studija koje su analizirale učinkovitost i efikasnost rada KLA potvrdile su pozitivne efekte rada kluba u procesu uspostavljanja apstinencije u grupi (Giuffredi i sur., 2003).

Unutar klubova liječenih alkoholičara redovito se poduzimaju aktivnosti na rehabilitaciji od ovisnosti o alkoholu. Osnovne postavke rada kluba temelje se na pristupu disfunkcija obiteljskog sustava izazvanih problemima s alkoholom. Grupni rad unutar kluba liječenih alkoholičara pruža opću podršku i pomoć samoj apstinenciji i to: konfrontacijama, oblikovanjem uvida i kritičnosti te traženjem novih modela ponašanja. Nudi se također i mogućnost restrukturiranja obiteljskog sustava te nova bolja kvaliteta života (Huremović i Mahmutović, 2022). Kvaliteta života zajedno sa zdravljem u velikoj mjeri je narušena kod osoba ovisnih o alkoholu. Stoga liječenje uz psihosocijalnu potporu, promicanje apstinencije korisnika utječe na poboljšanje kvalitete života do razine koja je prepoznatljiva kod osoba koje ne konzumiraju alkohol (Morgan i sur., 2006).

Godine 1965. Hudolin i njegovi suradnici započeli su osnivanje klubova liječenih alkoholičara u mjesnim zajednicama i poduzećima. Danas u Hrvatskoj ima oko 170 klubova liječenih alkoholičara u kojima rade profesionalni radnici liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, defektolozi, itd. Radi se po načelu obiteljskog pristupa s idealno dvanaest parova. Klub predstavlja dio sustava za potporu obitelji osoba ovisnih o alkoholu (u sustav su uključeni

zdravstvo, socijalna skrb i društvene institucije). Obitelj posjećuje klub liječenih alkoholičara jednom tjedno u trajanju od dva sata. Aktivnosti obitelji u klubu mogu trajati optimalno do pet godina ali i kraće ili dulje razdoblje sudjelovanja u KLA donosi beneficije za korisnika i njegovu obitelj (Tutić, 2016). Socijalni radnici predstavljaju najpozvanije stručnjake u resocijalizaciji osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu (Štimac, 2003).

Aktivni članovi KLA nisu samo osobe s problemom ovisnosti o alkoholu nego i njihove obitelji koji isto tako rade na osobnoj promjeni te zajedno s apstinentom rade na ostvarenju drugačijeg životnog stila za cijelu obitelj (Torre, 2006). Primarni cilj koji se nastoji postići u KLA je održavanje apstinencije osobe koje se liječi od ovisnosti o alkoholu te isto tako poticanje njegove rehabilitacije i socijalne integracije (Opačić i sur., 2015). U postizanju prethodno navedenog veliku ulogu ima međusobna podrška i potpora koju uži članovi pružaju jedni drugima, ali isto tako i profesionalna potpora koju članovi primaju od voditelja klubova. Sastanci u KLA su kontinuirani i održavaju se intenzitetom jednom tjedno i to uobičajeno istog dana i u isto vrijeme, a trajanje tih sastanaka je 90 minuta (Hudolin, 1991). Istraživanje koje su proveli Opačić i suradnici (2015) pokazuje da 37% od ispitanih članova dolaze na sastanke KLA bez podrške bliske osobe, što nam je jedan od pokazatelja da neki od članova KLA dolaze na sastanke bez prisustva članova obitelji, ali da veći broj članova ima podršku obitelji i na sastanke redovito dolaze s pratnjom što je jedna od bitnih stavki za uspješniji rezultat u konačnici. Što se tiče brojnosti članova unutar jednog kluba ona se uglavnom mjeri prema uključenim obiteljima, pa se tako prema Breitenfeld i Wolfl (2010) u jednom KLA nalazi optimalno 12 obitelji.

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) su višeobiteljske zajednice koje se temelje na načelu samopomoći i uzajamne pomoći. Klub liječenih alkoholičara djeluje kao neprofitna udruga građana koju čine osobe koje se nastavljaju liječiti od ovisnosti o alkoholu nakon bolničkog liječenja, osobe koje imaju probleme uzrokovane ovisnosti o alkoholu, a nisu bile na bolničkom liječenju, članovi uže obitelji koje mogu činiti supruga, suprug, djeca, roditelji ili prijatelji te stručni djelatnici kao što su liječnik, socijalni radnik ili medicinska sestra (Zoričić, Ivančić i Matošić, 2006). Autorice Opačić, Oreb i Radat (2014) su provele jedno od najsveobuhvatnijih istraživanja KLA na području Republike Hrvatske pod nazivom „Uloga i značaj pojedinih dimenzija u radu KLA kao organizacija civilnog društva na području Republike Hrvatske“. Radi se o deskriptivnoj studiji gdje je ispitano 40 KLA u okviru kojeg je obuhvaćeno 465 osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu i 200 članova obitelji, a također su ispitana 84 člana predsjedništva KLA i 80 stručnih djelatnika voditelja KLA. Rezultati istraživanja su pokazali

da sastanci KLA pomažu u postizanju osobnog poboljšanja, posebno u pogledu razvoja apstinencije te poboljšanja slike o sebi i povećanju samopouzdanja. U uzorku 200 sudionika istraživanja članova obitelji tj. pratnje važno je napomenuti kako većina ispitanih obitelji svoj status u klubu doživljava kao i status svakog člana KLA koji dolascima isto tako radi na sebi.

Washton (1987) piše o prednostima grupne terapije u liječenju ovisnosti o alkoholu. Neke od njih su: prihvaćanje i podrška od strane drugih, nalaženje uzora u drugim članovima koji duži vremenski period ne konzumiraju alkohol, stjecanje identiteta, učenje discipline kroz poštovanje normi i granica ponašanja, edukacija o ovisnosti o alkoholu, dijeljenje istih problema s drugima, dobivanje informacija o načinima liječenja.

Posljedice koje ovisnost o alkoholu ostavlja na pojedinca i njegovu obitelj većinom se ispoljavaju u vidu zdravstvenih poteškoća, obiteljskih problema, problema na radnom mjestu, financijsku nestabilnost, probleme sa zakonom, kao i udružene dijagnoze (komorbiditet). Jednom kad se razvije, ovisnost o alkoholu ne može se promatrati kao izoliran problem, jer utječe i na druge vidove života pojedinca, baš kao što i ovisnost o alkoholu pojedinca utječe na njegovu okolinu.

Prilikom liječenja ovisnosti o alkoholu nemoguće je raditi na kontinuiranom održavanju apstinencije bez potpore obitelji. Tijekom rada u KLA članovi obitelji dolaze do spoznaje da je ovisnost o alkoholu njihov zajednički problem, s obzirom na to da ovisnost o alkoholu ima bračnu i obiteljsku pozadinu. Bitna promjena koja se želi postići tijekom tretmana u KLA je potpuna apstinencija koja je moguća ukoliko postoji podrška i razumijevanje članova obitelji. U KLA koristeći se obiteljskom terapijom radi se na poboljšanju komunikacije, ali i narušenih odnosa unutar obitelji.

Načela djelovanja u Klubovima liječenih alkoholičara prema Torreu (2006: str.211-217) su:

- Bez potpore kluba većina alkoholičara se ne može oporaviti jer duhovna snaga bratstva alkoholičara koji apstiniraju od interesa su za opću percepciju osobe s problemom ovisnosti o alkoholu na rehabilitaciji.
- Savez klubova ne daje direktive već isključivo pomaže, čuva baštinu oporavka i olakšava rad klubovima. Smatra se da su klubovi demokratski pokreti s minimalnom formalnom organizacijom.
- Članom postaje svatko tko ima problema s pijenjem alkoholnih pića, a ima iskrenu želju postati apstinent. Klub ne odbacuje niti sudi već daje drugu priliku.

- Klubovi su organizirani na minimalnom stupnju zakonskih odredaba i ne postoji situacija prisile, kazne, podređenosti niti isključivanja. Svatko je odgovoran za svoj život, rad i kvalitetu u klubu.
- Temeljni cilj svakog kluba je prijenos poruke oporavka i moguć život bez alkohola. Zbog vlastitog iskustva svjesni su važnosti da poruka bude autentična.
- Organizaciju u klubu treba svesti na minimum kako bi svatko dobio priliku zalagati se. Rotirajuće čelništvo pokazalo se kao učinkovito ma koliko god je dobro pojedini član obnašao svoju dužnost.
- Klubovi ne zauzimaju stajališta i javno se ne očituju po pitanju tretmana osobe s problemom ovisnosti o alkoholu, prevencije alkoholom uzrokovanih poremećaja ili zakonskih reformi vezanih za alkoholna pića.
- Osobno žrtvovanje i služenje drugima temeljno je načelo kluba, jer podsjeća koliko je važnija poruka oporavka, nego li onaj tko poruku poručuje (Torre, 2006).

2.2. Proces liječenja u KLA

Liječenje u Klubovima liječenih alkoholičara predstavlja dugotrajan proces koji podrazumjeva zajedničko djelovanje korisnika i obitelji u procesu rehabilitacije unutar KLA, uz kontinuirano sudjelovanje korisnika u procesu liječenja. Osnovne postavke rada KLA zasnovane se na pristupu rješavanja disfunkcije unutar obiteljskog sustava izazvanih pretjeranom upotrebom alkohola. Jednogodišnja apstinencija u skupini anonimnih alkoholičara iznosi 60 do 70%, što predstavlja značajnu brojku u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu (Vidović, 2018). Osobe kod kojih se dijagnosticira ovisnost o alkoholu svoje liječenje počinju u Zavodima za bolesti ovisnosti, Klinikama za psihijatriju ili Centrima za mentalno zdravlje, gdje se vrši priprema za ulazak u KLA najčešće koristeći se socioterapijskim pristupom liječenja i grupnom psihoterapijom. Grupa se sastoji od voditelja grupe koji je obično socijalni radnik ili educirana viša medicinska sestra/tehničar te od desetak članova. KLA su veoma značajni jer održavaju postignute rezultate prethodnih ustanova kroz koje osobe ovisne o alkoholu prolaze tijekom procesa liječenja. Preporuka programa liječenja jest uključivanje osobe s dijagnozom ovisnosti o alkoholu, odmah po završetku detoksikacije kada je još na bolničkom liječenju, a liječenje najčešće traje 6-8 tjedana. Po završetku bolničkog liječenja, isto se nastavlja kroz programe u

dnevnoj bolnici i ambulanti gdje je grupna psihoterapija osnova (Šarić, 2020). Tretman u grupi odvija se koristeći razne komunikacijske vještine stručnjaka voditelja grupe čime se doprinosi razvoju psihosocijalnih vještina i podizanju samopoštovanja kod osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Nakon provedenog postupka liječenja stručni radnici navedenih ustanova vrše procjenu, je li osoba spremna za ulazak u KLA te daju preporuku za dalji nastavak liječenja u KLA.

Tretman osoba s dijagnozom ovisnosti o alkoholu u KLA odvija se uz korištenje grupnog rada, obiteljske terapije koja podrazumijeva istovremeni rad s cijelom obitelji. Sastancima klubova liječenih alkoholičara redovito najčešće jednom tjedno prisustvuju osobe koje konzumiraju alkohol sa svojim bračnim partnerom.

Rad KLA iziskuje minimalna sredstva i ona se osiguravaju u pravilu iz članarine kao i iz dragovoljnih priloga njihovih članova. Savez Klubova liječenih alkoholičara koordinira i pomaže Klubovima, a ne upravlja njima. Klubovi su nastali iz potrebe osoba s problemom ovisnosti o alkoholu da si međusobno pomažu živjeti bez alkohola. Kod svih terapijskih grupa inzistira se na točnosti i redovitosti što znači da terapijski sastanci trebaju započinjati na vrijeme i od svih članova zahtijeva se redovit dolazak, tema terapijskog sastanka se mijenja od susreta do susreta (Bajo, 2014).

Voditelj KLA ima obvezu i odgovornost da sastanak učini edukativnim i zanimljivim. Na sastanku KLA osobama koje su na liječenju od ovisnosti o alkoholu, postavlja se pitanje o mogućem recidivu s posebnim osvrtom na osobe koje su učinile recidiv. Korisnici na sastancima KLA dobivaju mogućnost iznošenja činjenica koje su doprinijele samom recidivu ali i interpretaciji cjelokupnog doživljaja koji je uzrokovao recidiv. Tema svakog pojedinačnog sastanka KLA odabire se na temelju potrebe članova. Tematski terapijski sastanci su prednost jer su edukativni i zanimljivi, a cilj teme je poboljšanje odnosa u obitelji, smanjenje autoagresije i podizanje samopouzdanja. Mnogi klubovi liječenih alkoholičara organiziraju „izvan-klupska“ druženja. Članovi klubova organiziraju mnoge društvene, zabavne, odgojne i obrazovne aktivnosti. Te aktivnosti proizašle su upravo iz prvobitnih spontanijih druženja članova kluba (Bajo, 2014).

Tjedni sastanci u KLA gdje se uz podršku terapeuta alkohologa stabilizira apstinencija članova kluba, razvijaju socijalne vještine, korigiraju odnose u obitelji, podržava započeti proces resocijalizacije i rehabilitacije. Stručnjaci angažirani u radu KLA održavaju mjesečne supervizije rada kluba, koje pored praćenja imaju za cilj pružanje podrške terapeutu i članovima

kluba, edukaciju kroz terapijske intervencije i pomoć u rješavanju konfliktnih situacija, saniranja alkoholnih kriza i recidiva (Ramić, 2012).

2.3. Zadaci i uloga socijalnog radnika u Klubu liječenih alkoholičara

Nakon dijagnosticiranja ovisnosti o alkoholu korisniku nudi se mogućnost liječenja u Klubovima liječenih alkoholičara koji funkcioniraju kao grupe za podršku. Osnovni zadatak ovih grupa je zajednička podrška članovima s problemom ovisnosti o alkoholu da ustraju u svojoj odluci o liječenju i apstinenciji od alkohola, kao i prevenciji recidiva. Kada korisnik koji se liječi od ovisnosti o alkoholu donese odluku o početku liječenja od ovisnosti o alkoholu, bitno je održati razinu motivacije kroz redovite dolaske na sastanke KLA, unutar kojih se korisnici osposobljavaju da preuzimaju odgovornost za svoja djela.

Kroz stručno vođeni program grupnog rada organiziran od strane voditelja, poželjno socijalnog radnika, osoba koja se liječi od ovisnosti o alkoholu dobiva veliku podršku u svojoj apstinenciji, uvid u svoju bolest, prihvaćanje ovisnosti o alkoholu kao bolesti te saznaje što je potrebno mijenjati u svom ponašanju kako u narednom periodu ne bi došlo do recidiva. Za uspješnu apstinenciju kao i samu resocijalizaciju uz redovito sudjelovanje u KLA vrlo su važne i izvanclubske aktivnosti jer one pridonose jačanju pojedinca i njegove osobnosti (Radat i Miljenović, 2012).

KLA djeluju kao grupe samopomoći čiji je cilj uzajamno pomaganje osobi s problemom ovisnosti o alkoholu da dugotrajno ustraje na svojoj odluci o liječenju i apstinenciji. U klubu liječenih alkoholičara nema pravila za isključivanje članova, ukoliko je osoba s problemom ovisnosti o alkoholu izložena izazovima i poteškoćama koje su izražajne i mogle bi narušiti proces liječenja, socijalni radnik aktivno djeluje kako bi radio na otklanjanju svih poteškoća koje otežavaju sam proces liječenja (Huremović i Mahmutović, 2018).

Uloga socijalnog radnika i ostalih članova multidisciplinarnog tima je pružanje dodatne podrške prilikom prevladavanja trenutnih izazova u procesu liječenja od alkohola. S obzirom na svoju ulogu, voditelji KLA surađuju multidisciplinarno i sa širokim krugom drugih stručnjaka i sudionika, između ostalih sa probacijskim službenicima, stručnjacima iz centara za socijalnu skrb ili pravosuđa. Slijedom navedenoga potrebno je razvijati upravo multidisciplinarni pristup

koji će uključivati užu suradnju i bolju komunikaciju stručnih suradnika u KLA te sa vanjskim sudionicima (Frkin, 2016).

Sastanak u KLA počinje prozivkom članova kao znak solidarnosti prema drugim članovima apstinentima. Nakon uvodnog dijela socijalni radnik/voditelj KLA iznosi problematiku gdje primjerima potječe na razmišljanje članova i navodi ih da iznose svoje probleme. Svojim pitanjima socijalni radnik članove uvodi u srž problema pri čemu dolazi do faze samootkrivanja. Tema svakog sastanka se mijenja od susreta do susreta. Socijalni radnik je osoba koja ima ulogu pripreme edukativnog materijala za sastanke KLA i koordiniranje sastanka, te praćenje cjelokupne situacije koja je u vezi s procesom liječenja svake osobe pojedinačno. Ukoliko se dogodi odsustvo korisnika sa sastanka KLA ili dobije se informacija da je kod korisnika koja se liječi od problema ovisnosti o alkoholu došlo do recidiva, socijalni radnik će iskoristiti sve resurse koji su na raspolaganju kako bi stupio u kontakt te vratio korisnika KLA na daljnje liječenje. Socijalni radnik koji vodi KLA je osoba koja posjeduje dodatne kvalitete poput sposobnosti empatije, asertivne komunikacije, sposobnost pružanja podrške, ali svakako sa stručnim iskustvom iz područja alkohologije, uz obavezno kontinuirano osobno usavršavanje. Socijalni radnik u KLA djeluje u skladu s razinom obrazovanja koju posjeduje te se koristi sa specifičnim tehnikama u radu i vođenju KLA. Uloga socijalnog radnika zahtijeva razmišljanje individualnog problema svakog člana, a prvenstveno se svodi na intervencije i znanje u vođenju tretmanskih grupa osoba koji se nalaze na tretmanu liječenja od ovisnosti o alkoholu. Zadatak socijalnog radnika prilikom vođenja KLA je usmjerenost na stvaranje harmoničnog odnosa, pomoć u resocijalizaciji osoba s problemom ovisnosti o alkoholu postizanje osposobljenosti za nastavak života bez alkohola, pomoć pri prihvaćanju realnosti i suočavanje s bolešću ovisnosti o alkoholu, prevladavanje situacija recidiva (Huremović i Mahmutović, 2018).

Socijalni radnik radeći u Klubovima liječenih alkoholičara susreće se s intimnim problemima osobe i njene obitelji, što zahtijeva visok etički odnos prema osobama koje su na tretmanu. Angažman socijalnog radnika u radu KLA je poželjan zbog postizanja kvalitetne apstinencije kod osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Ovaj vid apstinencije ne predstavlja žrtvu već osnovu za bogatiji, sadržajniji, zdraviji život bez alkohola, a ujedno je i prevencija socijalno-zdravstvenih problema svih članova obitelji. Potpuna resocijalizacija znači povratak osobe koja se liječila od ovisnosti o alkoholu njegovom osobnom dostojanstvu, kulturnoj i obrazovnoj razini, punom bračnom i obiteljskom životu, radnoj sredini, prijateljima i društvu. S ciljem zaštite najboljih interesa osoba s problemom ovisnosti o alkoholu, socijalni radnici često izvan tretmana u KLA rade na poboljšanju socio-ekonomske i zdravstvene situacije

korisnika. Taj angažman zahtjeva suradnju s različitim ustanovama kao što su centar za socijalnu skrb, mjesne zajednice, centri za mentalno zdravlje, ministarstvo za rad i socijalnu politiku, timovi obiteljske medicine i sl.

Uloga socijalnog radnika u radu s osobama s problemom ovisnosti o alkoholu predstavlja psihosocijalni pristup pojedincu, njegovu resocijalizaciju odnosno aktivno uključivanje u društveni život. Dok se u tijeku bolničkog tretmana s navedenom populacijom radi na postupku detoksikacije i uspostavljanju psihofizičke stabilnosti, socijalni radnik radi na uspostavljanju interakcije s obitelji koja je ključni faktor u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Nakon provedenog bolničkog postupka prelazi se na postupak liječenja ovisnosti o alkoholu u Klubu liječenih alkoholičara. Socijalni radnik u Klubu liječenih alkoholičara predstavlja jednu od značajnih karika kod intervencija kako s osobom koja se suočava s problemom ovisnosti o alkoholu, tako i s obitelji koja je uključena u proces liječenja ovisnosti o alkoholu.

2.4. Povijest nastanka Klubova liječenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini

Situacija u Bosni i Hercegovini se mnogo ne razlikuje od situacije u drugim zemljama iz našeg okruženja. Sve do kraja 19. stoljeća ne postoje provjereni i jasni pokazatelji uporabe ili zlorabe alkoholnih pića na području Bosne i Hercegovine. Uspostava Austro-Ugarske vlasti imala je za posljedicu do tada nezamislive promjene u društvu. Krajem XIX stoljeća počinju se u našim krajevima osnivati trezvenjačka društva pa je tako student medicine u Beču, Risto Jeremić osnovao prvo trezvenjačko društvo u Foči pod imenom „Pobratimstvo“. Po završetku studija medicine dr. Risto Jeremić radi kao okružni liječnik i kirurg u Tuzli gdje nastavlja aktivno djelovati u antialkoholičarskom i zdravstveno-prosvjetnom pokretu. Od tada je dr. Jeremić osnovao 46 trezvenjačkih društava širom Bosne i Hercegovine s više tisuća aktivnih i pomažućih članova. Poslije I. svjetskog rata trezvenjački pokret u tadašnjoj Kraljevini Jugoslaviji se počeo intenzivno i široko razvijati podržavan naprednim idejama o unapređenju općeg narodnog zdravlja kroz intenzivno zdravstveno prosvjeđivanje i preventivno djelovanje. U ovo vrijeme se svi trezvenjački pokreti i društva ujedinjuju u dvije organizacije „Jugoslovenski savez trezvenosti“ i „Savez trezvene omladine“. Drugi svjetski rat na teritoriju Bosne i Hercegovine poprimio je karakteristike prave kataklizme poslije koje je došlo do povećane stope konzumiranja alkohola, što je nagnalo Crveni križ Jugoslavije da osnuje 1954. godine Komisiju za borbu protiv ovisnosti o alkoholu. U to vrijeme je formiran Savez za borbu

protiv ovisnosti o alkoholu Jugoslavije te takvi isti savezi u svim republikama bili su aktivni sve do početka ratne katastrofe 1992 godine (Cerić, 2010).

Prvi klub liječenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini osnovan je u 1965. godine u Mostaru, a 1967. godine u Sarajevu i u Ljubiji, nakon čega je uslijedio Bosanski Brod i Bihać 1969. godine. Slijedilo je daljnje osnivanje KLA Novo Srajevo i Centar 1969. godine te u Mostaru, Banja Luci, Doboju, Zenici i Tuzli. Do 1984 godine u Bosni i Hercegovini je formirano 100 KLA. Zahvaljujući podršci i suradnji sa Zagrebom, formirano je udruženje Klubova liječenih alkoholičara Bosne i Hercegovine koje je djelovalo u periodu od 1971. godine do 1992. godine. Obnova rada KLA počinje 2001. godine organiziranjem svečane sjednice Oglednog kluba kada se prvi put nakon ratnih dešavanja dodjeljuju diplome za apstinenciju i ponovno počinju otvarati klubovi pri mjesnim zajednicama (Ramić, 2012).

Posljednji podaci govore o tome da se u poslijeratnom periodu broj KLA značajno smanjio, ali i dalje djeluju i rade KLA u mnogim gradovima od kojih se posebno izdvajaju Tuzla, Sarajevo, Mostar, Zenica, Sanski Most, Bihać, dok je u Republici Srpskoj aktivan KLA Banja Luka i Doboj. Broj KLA u Bosni i Hercegovini koji su trenutno aktivni je veoma nedostatan, nemoguće je zadovoljiti potrebu za liječenjem ovisnosti o alkoholu u trenutnim uvjetima. Neophodan je angažman društvene zajednice kako bi se zagovarao razvoj i otvaranje novih KLA kao zajednica za liječenje ovisnosti o alkoholu posebno u onim županijama i gradovima unutar Bosne i Hercegovine gdje je prijavljen veliki broj ovisnika o alkoholu, ali ne djeluje niti jedan KLA. Unatoč znanstvenom i stručnom napretku, problemi sa pretjeranom upotrebom alkohola predstavljaju veliki izazov za djelovanje zbog toga što su pristupi koji se temelje na grupnoj populaciji zanemareni, u praksi se više primjenjuje individualni pristup usmjeren na pojedinca (Room i sur.2005).

Za određivanje rasprostranjenosti ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini neophodna su sveobuhvatna epidemiološka istraživanja, koja u našoj zemlji do sada nisu sprovedena na globalnom nivou. Postoje podaci pojedinih epidemioloških studija manjeg obima, kao i indirektni pokazatelji kao što su morbiditet i mortalitet kod bolesti ili okolnosti koje se sa velikom vjerojatnosti mogu povezati sa pretjeranom upotrebom alkoholnih pića kao što su oboljenja jetre i slično.

2.5. Stigmatizacija osoba ovisnih o alkoholu

Nedovoljno razvijena razina svijesti o ovisnosti o alkoholu, ali i njenim posljedicama, dovodi do stigmatizacije osoba koje koriste alkohol u vlastitom okruženju (Hill i Leeming, 2014). Osobe sa problemom ovisnosti o alkoholu suočavaju se sa osjećajem distanciranja i socijalne izolacije. Neophodno je stoga raditi na uspostavi programa prevencije i destigmatizacije osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu. Društvo je često sklono stvaranju predrasuda da gdje postoji zloupotreba alkohola i supstanci, percipira kao znakove nečije lijenosti, slabosti i sklonosti kriminalu, tj. povezuje osobu s negativnim osobinama ličnosti i ponašanja (Tatarsky i Marlatt, 2010.). Osim toga, nije neuobičajeno da se osobe koje su ovisne o alkoholu percipiraju da dolaze iz nižeg obrazovnog, socijalnog i ekonomskog statusa i vrlo često karakteriziraju kao osobe sa određenim negativnim oblicima ponašanja kao što su devijantnost, nemoral i loša higijena (Hill i Leeming, 2014).

Goffman (1974) navodi da u društvu postoje tri kategorije različitih oblika stigmi: fizička, karakterna i na temelju pripadnosti grupi. Fizički oblik stigme obuhvaća određene fizičke hendikepe, karakterni oblik stigme podrazumijeva attribute karaktera te saznanja o biografskoj prošlosti pojedinca. Pojedinci mogu biti stigmatizirani na osnovi fizičkih atributa – (razne invalidnosti), društveno uvjetovanih tipova nasilništava određenih skupina, seksualnih preferencija, osoba optuženih za kriminalne radnje – u zatvorima, ovisnika, ovisnika o radu, nepoželjnosti tjelesnog izgleda (anoreksičnost, pretilost i sl). Goffman (1974) definira stigmatu kao „atribut koji je diskreditirajući“ i nije „u skladu sa stereotipom o tome kakav neki tip osobe treba biti“. Stigmatizirana osoba može biti izložena neprikrivenim društvenim odbacivanjem do izbjegavanja, čije posljedice su jednake i vode depersonalizaciji (Dovidio i sur., 2000) ili stvaranju neželjenih socijalnih interakcija (Bos i sur, 2013). Goffman (1974) navodi primjer plemenske stigme, koja se odnosi na pripadnost određenoj skupini (npr. romska populacija, migranti, primitivne zajednice), (Čelik, 2022). Korisnici koji u pretjeranoj mjeri konzumiraju alkohol vrlo često su izloženi stigmatizirajućem odnosu unutar lokalne zajednice što za posljedicu može imati negativne implikacije na psihičko zdravlje pojedinca. Istraživanje koje su proveli autori Brezovac i sur. (2019) o fenomenologiji etiketiranja ovisnosti o alkoholu, internalizacija etikete ovisnosti o alkoholu govori da su se sudionici izjasnili da postoji etiketiranje od strane društva ali da im je ovaj postupak etiketiranja doprinjeo prihvatanju i suočavanju sa bolešću. Model rehabilitacije i reintegracije uz etiketu društvene zajednice očituje se kroz modifikaciju kako korisnika tako i članova zajednice.

Društvo je sklono imati viziju kako bi netko trebao izgledati, ponašati se, što bi ljudi trebali raditi i sve to stavljati u okvire »normalnog«. Ono što nije unutar navedenih okvira postaje predmetom čuđenja, predrasuda, stigmatizacije. Osobe s psihičkom bolešću često u društvu bivaju stigmatizirane. Ako prihvate stigmiju koju okolina etiketira na njih, dovode se u opasnost osobne stigmatizacije (Šarić, 2020).

Prihvaćajući riječi obeshrabrenja da se nešto može promijeniti, osobe s psihičkom bolešću lako mogu upasti u klopku koju društvo nameće. Nisko samopoštovanje i sram najčešće su emocionalne reakcije koje osoba s psihičkom bolešću može razviti ako prihvati društvene predrasude da je opasna, nesposobna brinuti se o sebi, da je njihova bolest neizlječiva te da drugi moraju donositi odluke umjesto njih. Zbog straha koje društvo neopravdano osjeća prema ovakvim osobama, dovodi ih do izolacije od okoline. No, ako osoba doživi stav društva nepravednim, vrlo vjerojatno će reagirati ljutnjom što kasnije može rezultirati borbom protiv stigmatizacije osoba s psihičkom bolešću (Šarić, 2020).

Samostigmatizacija je subjektivni proces koji naglašava negativnu percepciju sebe, neprilagođeno ponašanje i transformaciju identiteta ili stereotipa formiranu na osnovu osobnog iskustva ili anticipacije negativne društvene reakcije zbog prethodnog iskustva. Društvena stigma se opisuje kao fenomen velikih društvenih grupa koje odobravaju stereotype prema stigmatiziranim grupama osoba ovisnih o alkoholu ili nekim drugim opijatima. Strukturna stigma se odnosi na institucionalna pravila, politike i procedure koje ograničavaju prava i potencijal članova stigmatizirane grupe. Reakcija društva na ovisnike i ovisnike o alkoholu može uzrokovati štetu ako su stigmatizirani i isključeni, a onda dolazi do socijalne isključenosti (Labaš, 2015).

Za naše istraživanje posebnu važnost predstavlja konstrukt stigme jer osobe koje se nalaze na tretmanu u KLA vrlo često podliježu odstupanju od „društveno normalnog“ prihvatljivog ponašanja, čime su izložene izdvajanju od ostalih članova društva ali i u konačnici označavanju/stigmi jer nisu u skladu s opće prihvaćenim principima življenja. Kako bi prevenirali ovakve i slične situacije potrebno je društvo u većoj mjeri informirati i osvijestiti kroz niz raznih programa, koji se tiču ovisnosti o alkoholu i samog procesa liječenja ovisnosti o alkoholu.

III. TEORIJSKI OKVIR ZA RAZUMIJEVANJE OPORAVKA OD OVISNOSTI O ALKOHOLU

3.1. Etiologija ovisnosti o alkoholu

Kada govorimo o etiologiji ovisnosti o alkoholu, smatra se kako bolest nastaje kao posljedica međusobnog djelovanja okruženja i genetskih čimbenika (Matošić i sur.2016). Davnih godina ovisnost o alkoholu se promatrala kao bolest asocijalnih osoba, međutim novijim istraživanjima došlo se do spoznaje da se ovisnost o alkoholu javlja u svim društvenim skupinama. Uzrok ovisnosti o alkoholu ne leži samo u čovjeku, već i u njegovoj okolini (Hudolin, 1991). Ovisnost o alkoholu je složen, multidimenzionalni problem u podjednakoj mjeri osobe ovisne o alkoholu i članova obitelji, uzrokovan raznim neurobiološkim i psihosocijalnim čimbenicima, kao i određenim utjecajem genetskih predispozicija. Uzroci razvoja ovisnosti o alkoholu nalaze se u pojedincu samom, kao i u njegovoj bližoj i široj okolini te su međusobno isprepleteni u jednu cjelinu (Karlović i sur., 2019). Ovakav pristup osobama koje se suočavaju sa ovisnosti o alkoholu podrazumijeva uključivanje korisnika, ali i obitelji u KLA, tokom redovnog liječenja u KLA kako bi se radilo na otklanjanju poteškoća i narušenih odnosa.

Postoje mnoge teorije o uzrocima ovisnosti o alkoholu. Genetička teorija procjenjuje da genetski čimbenici u postotku od 40 do 60 % utječu na nastanak ovisnosti (Begić i sur., 2015). Prema navodima Gordisa (1997), pojedine karakteristike osobe kod koje je dijagnosticirana ovisnost o alkoholu, a koje uzrokuju ovisnost o alkoholu nisu poznate. Specifični faktori koji mogu biti rizični za razvoj ovisnosti o alkoholu su: temperament, inicijalno diferencijalna osjetljivost za postizanje ugone nakon konzumacije alkohola, karakteristika razvoja tolerancije nakon česte konzumacije alkohola, metabolizam. Nasljeđivanje predispozicije za razvoj ovisnosti o alkoholu događa se na poligenskoj bazi tako da svaki gen doprinosi razvoju samo jednog dijela povećane osjetljivosti za alkohol, odnosno povećava rizik razvoja ovisnosti o alkoholu (Gordis, 1997). Kod bližih srodnika osoba ovisnih o alkoholu evidentno je 3 do 4 puta veći postotak poremećaja vezanih uz uzimanje alkohola, kao što i djeca osoba ovisnih o alkoholu imaju 3 do 4 puta veći rizik za razvoj ovisnosti o alkoholu. Prilikom uvođenja korisnika u rad KLA u uvodnom dijelu predstavljanja problema korisnici iznose vlastite stavove o problemu srodničke ovisnosti o alkoholu i genetskim predispozicijama za ovisnost o alkoholu.

Psihološka teorija govori o tome da je ovisnost o alkoholu individualni psihološki problem, ali da socijalni čimbenici mogu više ili manje utjecati na pojavu ovisnosti o alkoholu. Istraživanja

pokazuju da vjerovanja o pozitivnom učinku alkohola potiču naviku konzumacije alkoholnih pića (Rocco i sur., 2014). Teorije učenja ističu da ovisnost o alkoholu nastaje zbog pozitivnog psihološkog učinka alkohola uslijed kojeg pojedinac ponovno poseže za alkoholom kako bi osjetio zadovoljstvo. Prilikom interpretacije navedene teorije, pored toga što govorimo o učenju takvog ponašanja modeliranjem, govori se i o takozvanim očekivanjima od učinaka korištenja alkohola, kao što su: poboljšana socijalizacija, relaksacija, utjecaj na kogniciju, povećana atraktivnost, povećana samouvjerenost, promjena afekta.

Socio-kulturne teorije ističu važnost u djelovanju grupe na pojedinca (Begić i sur., 2015). Grupe koje vrše utjecaj mogu biti: obitelj, radna organizacija, susjedstvo. Ovisno o tome kako je društvo orijentirano tako će i različite grupe imati manji ili veći utjecaj. Npr. u društvima gdje su u određenoj mjeri prisutne tradicionalne vrijednosti obitelj će imati veću ulogu. U današnjem društvu vidi se tendencija gdje veću ulogu imaju mediji i socijalna sredina. Mnoge psihosocijalne intervencije proizlaze iz teorije socijalnog učenja. One dijele osnovno načelo da su problematični obrasci konzumacije alkohola i ostalih psihoaktivnih tvari naučeni u društvenom okruženju (iako biološki i genetički čimbenici igraju značajnu ulogu u etiologiji poremećaja uporabe različitih tvari) te se mogu zamijeniti novim (prilagodljivim) obrascima ponašanja (Haber i sur., 2009). S obzirom na stavove društva prema konzumaciji alkoholnih pića, američki sociolog David J. Pittman razlikuje apstinencijske, ambivalentne, dopustljive i previše popustljive kulture (Štifanić, 2005).

Svaki od navedenih modela/teorija ovisnost o alkoholu objašnjavaju kao bolest za koju postoji niz faktora i uzroka nastanka, ali i podrške tokom liječenja ovisnosti o alkoholu. Svi opisani modeli su u međusobnoj interakciji i ne isključuju nužno jedan drugog te na taj način doprinose kvalitetnijem pristupu liječenja ovisnosti o alkoholu. U ovom radu fokus je na ekosistemske teoriji o kojoj ćemo detaljnije u nastavku rada.

3.2. Ekosistemska teorija u liječenju ovisnosti o alkoholu

U postupku tretmana liječenja ovisnosti o alkoholu koristi se model ekosistemske teorije koji predstavlja pragmatični pristup u kojem se kombiniraju strukturalne i strateške sustavne tehnike. Cijeneći sustavni koncept cjelovitosti, osobe ovisne o alkoholu i obitelj osobe s problemom ovisnosti o alkoholu ne treba sagledavati samo kroz karakteristike i crte ličnosti korisnika, već i kao cjelovit sustav određen međusobnim utjecajima koje članovi imaju jedni

na druge u stalnom dinamičkom previranju. Obitelj osobe s problemom ovisnosti o alkoholu, postoji sui generis i ima povijest i evoluciju drugačiju od njenih sadašnjih sudionika. Obitelj ima kvalitetu i procese koji se odvijaju svojim tokovima i ne mogu se svesti na zbroj pojedinačnih karakteristika članova, dinamiku koja se ne može svesti samo na razinu razumijevanja pojedinca nego i cijele obitelji. Promjene u jednom dijelu obiteljskog sustava pogođenog ovisnosti o alkoholu dovest će do promjene u drugom dijelu sustava, kako u procesu nastajanja ovisnosti o alkoholu tako i u procesu tretmana ili rješavanja problema povezanih s pijenjem i ovisnosti o alkoholu. Dakle, ovisnost o alkoholu pojedinca ne može se svesti na razmatranje ili liječenje pojedinca. Razumijevanje ovisnosti o alkoholu traži razmatranje obiteljskih i širih grupnih procesa, što zahtijeva razmatranje grupe kao cjeline i razmatranje sveobuhvatnosti međuodnosa njenih članova (Nastasić, 2005). U procesu prekidanja ovisnosti i rješavanja poremećenih interakcija neophodan je rekonstrukcijski pristup u kojem će se osnaživati i osposobiti elementi sustava za novi oblik i novu ideologiju u ostvarivanju interakcija unutar klubova liječenih alkoholičara i obiteljskog sustava (Tropman, 2005). Stoga je potreban obiteljski pristup liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA jer se na taj način razvija poboljšana interakcija između članova obitelji. Ekosistemska teorija je opće prihvaćena u praksi kada se rade istraživanja posebno obitelji pod rizikom, s obzirom na to da prilikom objašnjenja činitelja koji su u vezi sa socioekonomskim statusom, uzima u razmatranje sve strukturalne nejednakosti i okolnosti u kojima se obitelj nalazi.

Utemeljitelj «*ekologije ljudskog razvoja*» je Urie Bronfenbrenner koji u sada već klasičnom djelu «*The Ecology of Human Development*» (1979) detaljno razrađuje ideju sagledavanja ljudskog razvoja u kontekstu okruženja. Kako je Bronfenbrenner definirao, ekologija ljudskog razvoja uključuje znanstveno istraživanje progresivnih i međusobno povezanih aktivnosti pojedinca u razvoju, mijenjanja svojstva neposrednog okruženja u kojem pojedinac živi, kao i proces koji je pod utjecajem odnosa neposrednog okruženja i šireg konteksta u kojem je to okruženje smješteno.

On konceptualizira četiri razine okolinskih utjecaja na pojedinca u razvoju, od onih koje su pojedincu bliske i u kojima neposredno sudjeluje, do onih koje su mu prilično udaljene i u kojima ne sudjeluje izravno:

1. *Mikrosistem* – uključuje svakidašnju okolinu pojedinca: obitelj, poslovno okruženje, susjedstvo. U mikrosistemu pojedinac razvija mnogostruke odnose koji se tijekom vremena mijenjaju, kao što se mijenjaju socijalna i fizička obilježja tog sustava, pa i sama osoba;

2. *Mezosistem* – predstavlja sustav odnos između komponenti mikrosistema: odnos između obitelji i poslovnog okruženja (npr. kako funkcioniranje u obitelji utječe na interakciju u poslovnom okruženju);
3. *Egzosistem* – predstavlja šire socijalno okruženje u kojem pojedinac ne sudjeluje izravno, već je s tim okruženjem povezan preko dugih ili «značajnih drugih» osoba, primjerice sustav socijalne podrške, radno mjesto, prijatelji, susjedstvo, socijalne usluge, mediji;
4. *Makrosistem* – predstavlja obilježja kulture, ideologije u kojoj pojedinac živi: politička filozofija, socijalna politika, državna ekonomska politika, religija. Taj sustav je stabilniji od drugih, ali su povremeno moguće promjene (primjerice Bosna i Hercegovina je u procesu promjena društveno-ekonomskog uređenja, i trenutno se nalazi u tranzicijskom procesu i priprema za priključenje EU). Promjene u makrosustavu svakako potiču promjene u sastavnicama drugih sustava.

Slojevi okruženja kojeg čine mikrosistem, mezosistem, egzosistem i makrosistem predstavljaju cjelokupan kontekst u kojem se odvija razvoj pojedinca i značajno utječe na tijek i ishod cijelog proces liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA. Individualna obilježja pojedinca također su važna, jer se polazi od razumijevanja da je razvoj osobe i svaki osobni napredak rezultat međudjelovanja njegovih osobina i okoline u kojoj raste i razvija se. Poseban naglasak treba staviti na ojačavanje ekološkog sustava osobe koja je u procese liječenja ovisnosti o alkoholu, osnaživanje pojedinca, zajednice i društva u cjelini te sudjelovanje u socijalnim akcijama koje zagovaraju strukturalne promjene. Navedene promjene je moguće uspostaviti ali i održati kontinuitet ukoliko se osoba koja je na liječenju redovno javlja na sastanke koji se održavaju u KLA. Ekosistemska teorija, koja je dosta doprinosila i konceptualizaciji osnaživanja, sugerira upravo i mogućnosti zaštitnih utjecaja koji mogu biti uvedeni u život pojedinca kroz bilo koju razinu ekosistema, primjerice osobna obilježja pojedinca, obitelj, neposredno okruženje u kojem pojedinac živi ili radi, lokalnu zajednicu ili socijalnu politiku. Iz ovakve teorijske perspektive «promjena pojedinaca, obitelji i zajednice ne samo da nije nemoguća već je i kontinuirana i neizbježna, što socijalnom radu kao profesiji koja promiče pozitivne promjene itekako može biti čvrst temelj u praksi (Ajduković, 2008). Ekosistemska teorija u našem istraživanju poslužit će nam kao osnova s obzirom da se tokom liječenja ovisnosti o alkoholu o obitelj i sam korisnik KLA vrlo često nalazi u interakciji s različitim sustavima obitelji, socijalne sredine, radne sredine i u tom procesu može nailaziti na brojne zapreke, ali i olakšavajuće okolnosti. Sudjelovanje i uključenost korisnika KLA i obitelji u životne procese,

ovisit će o njihovim mogućnostima da svoje resurse i potencijale prilagode okolini. U ovoj situaciji potrebni je staviti naglasak na jačanje ekološkog sustava obitelji korisnika KLA, osnaživanje obitelji, zajednice i društva u cjelini te na sudjelovanje u redovnim sastancima KLA, ali i dodatnim aktivnostima koje organizuju članovi KLA a koje imaju za cilj ublažavanje i otklanjanje posljedica siromaštva obitelji s djecom.

3.3. Postavke obiteljske terapije u liječenju ovisnosti o alkoholu

Od 50 ih godina prošlog stoljeća obiteljska terapija pronalazi svoje mjesto i ulogu u liječenju ovisnosti o alkoholu, kroz različit niz programa, metoda i tehnika koje se primjenjuju u radu sa osobom ovisnom o alkoholu i njenom obitelji. Obiteljska terapija znači novi način razmišljanja, nove terapijske mogućnosti koje se stavljaju pred korisnika. Pristup obiteljske terapije temelji se na radu sa korisnikom, obitelji i socijalnim okruženjem osobe koja se nalazi na liječenju ovisnosti o alkoholu (Nastasić i sur., 1992). Razvoju svakoga pojedinca značajno doprinosi utjecaj roditeljskog odgoja te obrasci koji se razvijaju u najranijim godinama života. Tijekom vremena odlučujuće djeluju na odabir prijatelja, partnera, zanimanja i dr. Razvija se iz nekoliko teorija (opća teorija sustava, psihodinamska i psihoanalitička teorija s ego psihologijom, interpersonalna teorija, teorija objektnih odnosa, grupna analiza, teorija učenja i komunikacije). Ova teorija se primjenjuje na cijelu obitelj. U kontekstu problema ovisnosti o alkoholu prepoznaje se osoba koja u pretjeranoj mjeri konzumira alkohol, glasnogovornik obiteljske patologije je član kojeg obitelj doživljava kao problem, pa se zbog njega i javlja na terapiju u klubove liječenih alkoholičara. Osoba koja u pretjeranoj mjeri konzumira alkohol, pored osobnih poremećaja svakodnevnog funkcioniranja, ujedno doprinosi i poremećaju čitavog obiteljskog sustava. Obiteljska terapija koristi se u KLA i podrazumijeva istovremeni rad s cijelom obitelji, gdje se na sastanke klubova liječenih alkoholičara redovito najčešće jednom tjedno javlja osoba koja konzumira alkohol sa svojim bračnim partnerom. Aktivni članovi KLA nisu samo osobe s problemom ovisnosti o alkoholu nego i njihove obitelji koji isto tako rade na osobnoj promjeni te zajedno s apstinentom rade na ostvarenju drugačijeg životnog stila za cijelu obitelj (Torre, 2006).

Obiteljski sistemski model bazira se na stavu da je ovisnost o alkoholu problem obitelji i šire socijalne grupe. Koncepti opće teorije sustava, ekosustava, informacijske teorije, osnova su za ovaj model (Jovanović Čupić, 2004). Zagovornici obiteljskog pristupa liječenja ovisnosti o alkoholu počeli su uviđati značaj stabilnosti i odnosa unutar obitelji za poboljšanje ili rješavanje simptoma kod članova obitelji s kojom su radili (Vidanović, 2003). U danom periodu to je

označilo preokret od individualnog intrapsihičkog pristupa prema interpersonalnom, od pojedinca kao individue u širi kontekst – gdje je fokus na obitelji, ali i promjeni stanja od «bolesnog pojedinca» na «bolesnu obitelj», ili poremećene odnose unutar obitelji. Primjerice poznati obiteljski terapeut Minuchin (1985) je istraživao utjecaj stresora na obitelj kao sustav i ustanovio da su nakon određene stresne situacije, kao što je svađa među roditeljima, ovisnost o alkoholu nekog od članova obitelji, svim članovima porasle masne kiseline u krvi. Danas obiteljska terapija obuhvaća brojne pristupe i tehnike utemeljene na različitim teorijskim osnovama i predstavlja vrlo dinamično i otvoreno područje terapije (Dragišić, Labaš, 2008).

Obitelj u kojoj je jedan član osoba s problemom ovisnosti o alkoholu se povijesno dugo promatrala kao uzrok ili žrtva njegovog pijenja. Iako se obiteljska terapija razvila i veoma je često korištena u praktičnom dijelu rada, obitelj osobe s problemom ovisnosti o alkoholu je i dalje dugo bila zapostavljena i teorijski i klinički. Obitelj osobe koja se liječi od ovisnosti o alkoholu je ostala vakuum, ničija zemlja, nepokriveno područje između liječenja ovisnosti o alkoholu i terapije obitelji (Gačić, 1978). Prilagodba obiteljskog pristupa liječenja problemu ovisnosti o alkoholu, njihovo primjenjivanje na osobu s problemom ovisnosti o alkoholu i njegovu obitelj, počinje tek početkom 70-tih godina prošlog stoljeća s radovima Baileya, Kogana i Jacksona. Oni proučavaju obitelj kao grupu uvodeći termin „alkoholičarski brak“. Jackson (1954) je prva opisala interakcijski, relacijski pristup obitelji osoba s problemom ovisnosti o alkoholu. Jacksonova je opisala sedam faza kroz koje prolazi obitelj tijekom prilagođavanja na ovisnost o alkoholu svog člana i tijekom kojih dolazi do promjena obiteljskih interakcija: prva faza predstavlja fazu negiranja ovisnosti o alkoholu i skrivanje problema kod člana obitelji od socijalne sredine; u drugoj fazi zbog incidentnih situacija obitelj je primorana izolirati i isključiti člana obitelji te ostaviti da sudjeluje u interakciji sa socijalnom sredinom samo u iznimnim situacijama što može dovesti do povećanog konzumiranja alkohola; za treću fazu karakteristično je popuštanje dinamike koja je uspostavljena unutar obitelji i obitelj shvaća, ali i počinje tražiti pomoć od drugih osoba; četvrta faza je faza tzv. patološke homeostaze kada se obitelj pokušava distancirati od člana obitelji ovisnog o alkoholu; peta faza najčešće podrazumjeva napuštanje supruga/e; u šestoj fazi dolazi do reorganizacije unutar obitelji kada član obitelji pokušava sa ili bez liječenja povratak u obitelj; sedma faza je obilježena liječenjem oboljelog člana gdje je neophodno restrukturiranje obitelji. Bailey (1961) je u svojoj studiji dao najkompletniju sliku obitelji osoba s problemom ovisnosti o alkoholu naglašavajući odnos između partnera kao ključni u održavanju i terapiji i zalagao se za terapiju oba partnera. Međutim, trebalo je da prođe još desetak godina da s radovima Davis (1974) interes prijeđe na

obitelj i njegovo shvaćanje da ovisnost o alkoholu ima osim maladaptivnih i adaptivne aspekte na intrapsihičkoj ili interakcijskoj ili široj socijalnoj razini, a koji dovode do održavanja pijenja. Iz ove perspektive, obitelj osobe s problemom ovisnosti o alkoholu je proces koji se najbolje može sagledati praćenjem tri sloja (Nastasić, 1998):

- Prvi površinski i najupečatljiviji sloj je poremećeno ponašanje i komunikacijski obrasci u obitelji (fenomenološka razina).
- Drugi, skriveniji sloj, ukazuje na poremećene regulacijske mehanizme od značaja za svakodnevni život i rješavanje problema i razvoj članova obitelji. Taj sloj određen je patološkim homeostatskim procesima i utjecajem ovisnosti o alkoholu na njih, tako da ponašanje članova obitelji postaje potkrepljenje alkoholičarskog *statusa quo* što ukazuje na probleme i drugih članova obitelji (dinamička razina).
- Treći je povijesni sloj vezan za bazičnu diferencijaciju ličnosti partnera što je povezano s odnosima u prethodnim generacijama, ovaj dio predstavlja razvojnu razinu (Nastasić, 1998).

Ovisnost o alkoholu kao proces ima svoje karakteristike kao što su: kroničnost, unošenje psihobiološki aktivne tvari, obrazac dvostrukog ponašanja, predvidljivost i stereotipnost reakcija i ponašanja, razvojni tijek, odnosno prirodnu povijest ovisnosti o alkoholu. Kada se navedene karakteristike ovisnosti o alkoholu povežu s dinamikom obitelji možemo objasniti strukturu i dinamiku obitelji osobe s problemom ovisnosti o alkoholu.

U osnovi obiteljskog pristupa u liječenju ovisnosti o alkoholu u KLA je koncept smislenoga vrednovanja bračnog para, obitelji i osobe koja ima problem pretjeranog konzumiranja alkohola. U danom trenutku osoba koja je na tretmanu liječenja ovisnosti o alkoholu nije sama sa svojim problemom ovisnosti o alkoholu, već ima podršku cijelog obiteljskog sustava što je velika prednost u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu posebno u grupnom radu KLA. Pozitivne snage u obitelji trebaju biti podržane, naglašene, grupnim radom u KLA u koji su uključeni obitelj, ali i osoba s problemom ovisnosti o alkoholu. Njih nastojimo uočiti, uz poseban osvrt na kritičnu populaciju djece osoba ovisnih o alkoholu koji se nalaze u razdoblju adolescencije kada im je osjećaj prihvaćenosti i povezanosti veoma važan, a zbog ovisnosti može izostati (Zuckerman i Itković, 2010). Radeći s obitelji, terapeut ima bolji uvid u problem obzirom da radom s pojedincem ne dobivamo dovoljan izvor informacija koji dobivamo na uvid korištenjem metoda obiteljskog tretmana. Obiteljska terapija u procesu liječenja omogućava nam za svaku promjenu vladanja kod pojedinca naći neki smisao unutar obitelji,

ukazujući na činjenicu da su to možda neke mogućnosti koje je prethodno otklonio. Stručnjaci u tijeku ovog terapijskog sustava imaju mogućnost iskazivati priznanje za sudjelovanje obitelji na sastancima klubova liječenih alkoholičara, uz kontinuirano isticanje vrijednosti dugotrajnijeg sudjelovanja u procesu promjene pojedinca i cijelog obiteljskog sustava.

Otežavajuće okolnosti koje se mogu pojaviti tokom zajedničkog tretmana su da obitelj nije spremna na suradnju. S obzirom na prethodno ponašanje člana obitelji koji je u pretjeranoj mjeri konzumirao alkohol, te radio određene poteškoće obitelji, navedeno predstavlja ograničenje za kontinuiranu provedbu obiteljske terapije unutar klubova liječenih alkoholičara. Ukoliko osoba koja je sklona pretjeranoj konzumaciji alkohola uslijed terapije ponovno učini recidiv, može se dogoditi da obitelji istog trenutka odustaju i povlače se iz terapijskog procesa jer ne žele pružati novu šansu osobi koja je po njihovom doživljaju ponovno izigrala njihovo povjerenje. Vrlo često, članovi obitelji izražavaju sumnju spram učinkovitosti intervencije i sposobnosti stručnjaka da zaista razumije njihovu situaciju do koje ih je doveo član obitelji pretjeranom konzumacijom alkohola, što može ograničiti sam tijek terapije. Također nije neuobičajeno da nezadovoljstvo i frustraciju koje osjećaju zbog problema koje iskazuje član njihove obitelji, usmjere prema stručnjaku koji provodi intervenciju. Strah članova obitelji od recidiva dugo se zadržava, sve dotle dok se ne uspostave i ustale novi obrasci ponašanja, viši nivo funkcionalnosti i ravnoteže u obiteljskim odnosima (Stanković, 2004).

Ovisnost o alkoholu se promatra kao jedan veoma složen i interaktivni proces, koji se odvija među članovima obitelji u KLA na nekoliko razina interakcije:

- Prva razina interakcija odnosi se na relacije unutar bioloških komponenata (čovjeka kao neurobiološkog entiteta i alkohola kao supstance). Ta razina interakcije je nužna, ali nije ni jedina niti je dovoljna za stvaranje ovisnosti. Ova razina se analizira u klubovima liječenih alkoholičara kako bi se dobio uvid o odnosu alkohol - čovjek ovisnik (Bowen, 1988).
- Za nastajanje i održavanje zlouporabe alkohola i ovisnosti o alkoholu kao bolesti također je značajna i neophodna druga razina interakcija – interakcije čovjeka-pojedinca kao biološkog i psihološkog (emocionalnog) entiteta, koje ostvaruje s drugim pojedincima prije svega u obitelji, ali i izvan obitelji posebno u klubovima liječenih alkoholičara.

Dakle, razmatraju se relacije u korisnikovom bližem i daljem socijalnom okruženju u kojem je alkohol duži vremenski period prisutan i zauzima značajno mjesto. U ovoj drugoj razini

odvijaju se interakcije i procesi kroz relacije individua-okruženje, odvijaju se procesi unaprjeđenja tih transakcija između ličnost-okruženje. Ostvaruje se podrška određenih oblika ljudskog rasta i razvoja po određenim vrijednosnim u formiranim klubovima liječenih alkoholičara. Događa se unaprjeđenje okruženja tako da podrži manifestaciju predispozicija individualnih karakteristika sustava u pravcu uporabe alkohola, potjecanja i tolerancije pijenja i opijanja (Nastasić, 2004). Ta druga razina u horizontalnoj ravni obuhvaća nekoliko međusobno povezanih sustava koji su neophodni za sveobuhvatan rad klubova liječenih alkoholičara: biološki individualni sustav, dijadni, obiteljski, lokalni socijalni sustav, širi socijalni sustav. U bilo kojoj pojedinačnoj ovisnosti o alkoholu treba razmatrati svaki od ovih povezanih sustava. Zapravo pojava zlouporabe alkohola i ovisnosti o alkoholu u jednoj obitelji ili bilo kojem sustavu se vidi kao specifičan proces u kojem se obitelj pojavljuje i kao posljedica i kao uzrok. U praktičnom ili tretmanskome smislu posebno u klubovima liječenih alkoholičara, to znači da se u obiteljskim odnosima nalazi uzrok nastanka ovisnosti o alkoholu i istovremeno, posljedica koja je iz toga proistekla. Dakle, obitelj može biti uzrok ovisnosti o alkoholu, ali je obitelj i lijek, odnosno – izvor promjena (Gačić, 1992). Ovisnost o alkoholu se pojavljuje kao specifičan ishod različitih procesa, kao proizvod mnoštva „normativnih” i „nenormativnih”, izmijenjenih, poremećenih interakcija u sustavu. Poštujući koncept cjelovitosti ovisnika o alkoholu i obitelj osobe sa problemom ovisnosti o alkoholu ne treba sagledavati samo kroz karakteristike i crte ličnosti i drugih njenih članova, već i kao cjelovit sustav određen međusobnim utjecajima koje članovi imaju jedni na druge u stalnom dinamičkom previranju. Prilikom rada klubova liječenih alkoholičara bitno je zastupati pretpostavke i princip komunikacije koji podrazumijeva rad na omogućavanju asertivnog modela komuniciranja među članovima obitelji, emocionalnog sustava obitelji gdje se radi na ponovnom uspostavljanju prethodno narušenog emocionalnog odnosa između članova obitelji. Posebnu pozornost potrebno je posvetiti vrijednosnom sustavu obitelji koji se temelji na korekciji pogrešnih obiteljskih sadržaja, a koji su u radu klubova liječenih alkoholičara neophodni. Kriterij funkcionalnosti ili disfunkcionalnosti se odnosi na obrasce organiziranja obiteljskog procesa. Funkcionalnim se smatra obiteljski obrazac koji je uporabljiv u dostizanju obiteljskih ciljeva, gdje postoji mogućnost rada s obiteljima u klubovima liječenih alkoholičara, dok termin disfunkcionalan opisuje obiteljske obrasce kojima se ne ispunjavaju zadaci i ciljevi, pa dolazi do pojave simptoma ili nezadovoljstva, te samim tim i povećane stope ovisnosti o alkoholu. Disfunkcionalnost (pojam koji se sreće prvi put kod Ackermana, 1996) ima negativnu konotaciju, podrazumijeva neku procjenu, i često povlači osjećanje stida. To ne pomaže članovima obitelji, već više čini da se osjećaju bespomoćno s obzirom na to da samim dolaskom

u klubove liječenih alkoholičara. Obitelj na samom početku dolaska u KLA osjeća veliku nelagodu i stid zbog osobe koja ih je dovela u takvu situaciju, tako da je lakše opaziti i doživjeti promjenu bez neugodnih osjećanja.

U Circumplex modelu obiteljskog funkcioniranja, čiji je tvorac David Olson, predložen je koncept obiteljskog funkcioniranja koji se suštinski ogleda u balansiranju oprečnih polariteta. Model je postavljen duž dvije glavne dimenzije: kohezija i fleksibilnost (prema Hampson, Hulgus i Beavers, 1991). Zapravo je komunikacija ključni čimbenik koji omogućava obitelji da ostvare koheziju i fleksibilnost. Mnoga istraživanja su pokazala da se u ekstremno disfunkcionalnim sustavima komunicira vrlo siromašno (Ljubetić i sur., 2020). Zdravo obiteljsko funkcioniranje u ovom modelu je opisano i kao sposobnost da vladaju funkcionalno i adaptivno sa stresorima. U obitelji s članom koji je ovisan o alkoholu da izvrše neophodne prilagodbe, te da nauče nove vještine potrebne za brigu o tom članu i na koji način sudjelovati kako bi se problem ovisnosti o alkoholu riješio.

Da bismo govorili o potpunom pristupu liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA, uz podršku obitelji neophodno je dati prikaz uloge i važnosti percepcije korisnika. Stoga ćemo u nastavku rada detaljnije objasniti o spremnosti na promjenu korisnika KLA koji ulazi u proces liječenja.

3.4. Spremnost na promjenu korisnika i proces održavanja promjene u liječenju ovisnosti o alkoholu

Spremnost na promjenu spada u red psiholoških pojava koje nam djeluju apsolutno poznato i za koje imamo dojam da nema potrebe da ga definiramo (Serin i Kenedy 1997, prema Gavrilov-Jerković, 2004). Prilikom liječenja ovisnosti o alkoholu značajna informacija je spremnost samog korisnika na individualnu promjenu.

Miller i Rollnick (2002) govore o motivaciji za promjenu i ukazuju na korisnost pristupa u kojem motivaciju promatramo kroz nekoliko komponenti: u kojoj mjeri korisnik želi promjenu, odnosno koliko mu je promijenjeno stanje važno (postoji li želja da se uključi u KLA kako bi održao proces apstinencije); koliko se doživljava sposobnim da promjenu iznese (osjeća li korisnik KLA sposobnim za održavanje nivoa određenih promjena koje će se postepeno odvijati u KLA); koliko je spreman da sprovede promjenu, odnosno na koju vrstu aktivnosti je trenutno spreman tokom procesa liječenja u KLA. Prednost se ogleda u tome što ističe da motivacija nije jednodimenzionalna pojava nego da ima određenu strukturu i da se može vremenom razvijati u

različitim pravcima, uključujući smanjenu vjerojatnost korisnikove promjene. Schalast (2006) navodi da je motivacijski koncept dominantno temeljen na konfrontaciji sa negativnim posljedicama ovisnosti koncept koji je u praksi zastario u odnosu na nove pristupe i elemente koji se koriste u motivacijskom procesu (budući da samo pojačava obrambeno postavljanje). Bitni elementi za motivaciju su - s terapijom povezana nadanja i jačanje samopouzdanja kao temelj za vlastite napore kojima će se postići promjena ponašanja i zadovoljavajuća životna situacija (Bagarić i sur., 2018).

Svaki proces promjene korisnika u KLA tijekom liječenja ovisnosti o alkoholu obuhvaća širok spektar aktivnosti klijenta i mnogobrojnih tehnika i procedura terapeuta koje proizlaze iz različitih teorijskih orijentacija i koje klijent provodi unutar terapijske seanse i između seansi, a također kada nije uključen u terapiju nego samostalno pokušava savladati neki problem (Gavrilov Jerković, 2004). Suzbijanje ovisnosti traži dugoročan program. Ne mogu se očekivati povoljni rezultati u kratkom roku. Zapravo, liječenje i rehabilitacija većine ovisnika o alkoholu traju doživotno uz aktivnu fazu koja traje bar 5 godina. Pri tome bi vjerovatno u evaluacijska proučavanja trebalo uvesti transgeneracijske promjene (Hudolin, 1986). Opći zaključak koji su ponudili istraživači Di Clemente i Prochaska (1982) je da se osobe koje u prirodnoj sredini pokušavaju da promijene nešto u svom ponašanju, osjećanju ili razmišljanju, oslanjaju na različite i raznovrsne procese promjene koji se poklapaju s procesima deriviranim iz teorijskih pristupa.

U traženju odgovora kada dolazi do promjene, transteorijski model predstavlja da terapijska promjena koja se odvija u KLA nije trenutni događaj, već kontinuiran proces tijekom kojeg osoba prolazi kroz pet stadija, napredujući od nepriznavanja postojanja problema do napuštanja problema. Prekontemplacija je stadij u kojem osoba s problemom ovisnosti o alkoholu ne posjeduje namjeru da mijenja svoje ponašanje u doglednoj budućnosti. Nakon toga slijedi kontemplacijski proces u kojem je korisnik svjestan činjenice da problem postoji, te razmišlja o mogućnosti da ga na neki način savlada, ali još nije u mogućnosti poduzeti konkretne mjere, kroz postupak tretmana liječenja ovisnosti o alkoholu to su najčešće faze u kojima osoba prihvaća da je ovisna o alkoholu, ali radi na prihvaćanju činjenice kontinuirane apstinencije. Priprema je stadij u kojem klijent donosi odluku da poduzme akciju u vezi sa svojim problemom u skorijoj budućnosti. Akcija je stadij u kojem korisnik mijenja vlastito ponašanje, navike i sredinu u cilju savladavanja problema ovisnosti o alkoholu. Održavanje je posljednji stadij promjene i on podrazumijeva da je korisnik sposoban da sam odoli iskušenjima recidiva i uspješno održava bihevioralne promjene postignute u stadiju akcije. Iako je dimenzija stadija

promjene originalno zamišljena kao linearni konstrukt po kojem se korisnik progresivno kreće napredujući od prekontemplacije do održavanja promjene, autori su primijetili da je takav progres moguć, ali ne i najučestaliji. U skladu s tim Prochaska i DiClemente predlažu spiralni model promjene, po kojem klijent pri svakom povratku na prethodne stadije ipak biva bliže održavanju promjena (Žuljević, Gavrilov Jerković, 2008).

Promjena je sastavni i nužni dio života osobe na tretmanu ovisnosti o alkoholu i obitelji koja je uključena u tretman liječenja. Efikasan tretman podrazumjeva diferenciranu upotrebu selektivnih procesa promjene kao kritičnih točaka u procesu provođenja promjene. Deset je intervencija koje mogu biti obuhvaćene datim procesom, premda je važno napomenuti da ista intervencija može sekundarno doprinositi različitim procesima:

1. *Povećanje svjesnosti* odnosi se na one intervencije koje imaju za cilj proširenje svjesnosti klijenta o problemu, prirodi i antecedentnim i konsekventnim okosnicama problema i mogućim putevima za njegovo prevladavanje. U ovoj fazi kod osoba koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu utvrđuju se početne osnove za liječenje, te se radi na utvrđivanju trenutnih kapaciteta i resursa koji su na raspolaganju za prevladavanje nastalih problema uzrokovanih pretjeranom konzumacijom alkohola. U KLA ova faza se prolazi po samom dolasku na liječenje, gdje se korisniku kroz različite tretmanske metode omogućava povećanje nivoa svjesnosti o problemu koji je uzrokovao ovisnost o alkoholu, imajući u vidu činjenicu da je korisnik koji je osviješten o problemu ovisnosti o alkoholu spremniji za liječenje.
2. *Dramatično olakšanje* odnosi se na sve one tehnike koje osiguravaju doživljavanje i izražavanje osjećaja u vezi sa problemom i rješanjem problema, odnosno intervencije koje provociraju intenziviranje emocionalnog iskustva uz opadanje negativnog afektivnog naboja nakon preuzimanja odgovarajućeg ponašanja. Intervencije koje su usmjerene na djelovanje kod osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu unutar KLA usmjerene su na prepoznavanje negativnih činjenica i događaja koji su prouzrokovali određena negativna stanja, a koja u narednom periodu treba premostiti. Primjenom različitih metoda i tehnika terapeuta voditelja KLA kod korisnika su već nakon izvjesnog perioda redovnih dolazaka na sastanke uočljive promjene u dijelu olakšavajućeg prihvaćanja problema i vidljivosti mogućeg rješenja odnosno liječenja ovisnosti o alkoholu kroz redovne dolaske u KLA.
3. *Procjenjivanje slike o sebi* u odnosu na problematične aspekte života i promjenu te slike u pravcu većeg samoprihvatanja. U procesu liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA kod osobe sa problemom ovisnosti o alkoholu radi se na razvijanju samopoštovanja i stvaranju pozitivnog

odnosa, kako prema vlastitim interesima, tako i prema obitelji i obiteljskim odnosima. Zbog toga je tijekom liječenja poželjno prisustvo obitelji prilikom redovnih dolazaka na sastanke u KLA.

4. *Promjena vrednovanja okoline* odnosi se na intervencije koje izazivaju afektivnu i kognitivnu procjenu povezanosti nekog problema i sredine u kojoj se taj problem odigrava, modifikaciju te procjene u pravcu aktivacije resursa koji motiviraju i podržavaju promijenjeno ponašanje. U slučaju liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA nemoguće je raditi samo na promjeni ponašanja i apstinenciji od alkohola na individualnom nivou, nego je potrebno djelovati i na obiteljske odnose jer su oni vrlo često narušeni.
5. *Samooslobađanje* se odnosi na intervencije koje provociraju klijentovo povjerenje da je promjena moguća, odnosno da klijent ima izbora da drugačije reaguje na unutrašnje i vanjske stimulanse. Vrlo često se to naziva i snaga volje. Kod liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA potrebno je u početnoj fazi da osoba ispoljava svjesnost svojih problema uzrokovanih ovisnošću o alkoholu i želju za promjenom postojećeg stanja, dok se redovnim sastancima unutar KLA dolazi do potpune promjene stava i ponašanja korisnika.
6. *Snaga oslobađanja* podrazumijeva one direktne intervencije koje pozivaju klijenta da poveća izbore u širem socijalnom okruženju, tako što se uključuje u akcije koje pružaju podršku promjeni, ali i indirektno, koje se odnose na sudjelovanje terapeuta/voditelja KLA u onim društvenim akcijama koje povećavaju senzibilitet sredine na pitanja mentalnog zdravlja.
7. *Kontrauvjetovanje* se odnosi na razne vidove učenja oblika ponašanja alternativnih problematičnom ponašanju, što osobama sa problemom ovisnosti o alkoholu koje su na liječenju u KLA može poslužiti kada se navikavaju na alternativne mjere koje svakodnevno primjenjuju kako bi održali apstinenciju od alkohola te ne bi učinili recidiv.
8. *Kontrola stimulusa* odnosi se na intervencije koje provociraju i ohrabruju klijenta da rekonstruira vlastito okruženje u svrhu kontrole visoko rizičnih izazivača za problematično ponašanje.
9. *Upravljanje potkrepljenjem* odnosi se prvenstveno na tehnike bazirane na modelu operantnog uvjetovanja. U slučaju da korisnik KLA osjeti žudnju za alkoholom neophodno je koristiti i neke od tehnika uvjetovanja, npr. ukoliko se u narednih nekoliko mjeseci održi kontinuitet apstinencije uslijedit će dodjeljivanje diplome za duži period apstinencije, ukoliko taj niz od nekoliko mjeseci bude prekinut recidivom, onemogućit će se dodjela diplome/priznanja za duži apstinencijski period, koja predstavlja motivirajući faktor u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

10. *Pomažuće relacije* odnose se na sve one terapijske intervencije koje se oslanjaju na moć uspostavljanja terapijske alijanse tj. sklapanje mreže zaštite. Također uključuje intervencije koje se sprovode u raznim grupama samopomoći ili tehnike obiteljske terapije (Prochaska i DiClemente, 1985; prema Gavrilov-Jerković 2004).

Karakteristike modela promjene su: djelotvornost percepcije osobe da je sposobna provesti promjenu ponašanja (sa ovim je često povezan faktor otpornosti na iskušenje); postojanje ili percepcija prepreka objektivne ili percipirane prepreke da se određeno ponašanje provede; dobit i nedostaci percepcije korisnosti ili štetnosti posljedica do kojih dovodi promjena ponašanja; percipirani socijalni pritisak (šta osoba misli da okolina očekuje da bi trebao napraviti); da li osoba ima namjeru i da li planira provesti promjenu ponašanja; povodi za akciju tj. unutrašnji i vanjski poticaji koji povećavaju vjerojatnost da će se osoba odlučiti na akciju; sklonost otporu (sklonost osobe da preporuke za promjenu ponašanja doživi kao manipulaciju i da ima potrebu da im se odupre) (Ajduković, 2017).

Postoji niz okolnosti koje otežavaju definiranje promjene ponašanja u obiteljskom sustavu, a tako i definiranje spremnosti obitelji na promjenu (Gašević i sur, 2016). Procesi koji su zajednički svim obiteljima su kreiranje obiteljskog identiteta, komunikacija između obiteljskih članova s osobama izvan obiteljskog sustava, učenje i prijenos vrijednosti, vjerovanja, obrazaca ponašanja, koji se najčešće odvija generacijski, odnosno starije generacije poučavaju mlađe o tome (Galvin i sur. 2012).

Postoje različite reakcije na sam proces promjene. Neke od njih korisnik ne vidi, negira ili umanjuje problem (koji je očigledan svima ostalim – obitelji, prijateljima, liječniku, socijalnom radniku). Osoba koja konzumira alkohol u pretjeranoj mjeri vrlo često ne želi priznati da ima problem ili smatra da njegova konzumacija alkohola ne otežava normalno funkcioniranje kako radno tako i obiteljsko. Ponekad postoji djelomična svijest o problemu kada je osoba svjesna situacije i problema s kojim se treba suočiti, ali ne želi apsolutno priznati niti prihvatiti problem koji se mora riješiti. Vrlo često se javlja i potreba za obranom i objašnjavanjem zašto je alkohol dobar za njegovo zdravstveno stanje, te iskazuje lažna uvjerenja s kojima obitelj pokušava uvjeriti kako je njegova bolest samo prolazno stanje. Pesimizam u pogledu ishoda koji sprječava pokušaj mijenjanja povezan je sa situacijama kada osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu promatra svoju bolest kao stanje iz kojeg ne vidi izlaz niti rješenje nastalog problema, a koji je osim zdravstvenog stanja narušio i obiteljske odnose, vrlo često i susjedske odnose, na kraju i odnose u radnoj sredini. Kod osobe koja je na liječenju ovisnosti o alkoholu koriste se sve potrebne metode rada da se ne desi recidiv, odnosno nastoji se održati postignuta promjena. Održavanje promjene kod osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu unutar KLA nije pasivno

stanje, potrebno je da ovo stanje postane stalno prakticiranje novog obrasca ponašanja, koje može zahtjevati više energije usmjerene prema liječenju u kontinuitetu. Sve navedeno moguće je postići redovnim dolascima na sastanke KLA, uz pridržavanje uputa terapeuta i samoosvještavanje o problemu ovisnosti o alkoholu. Voditelji KLA moraju voditi računa o konstataciji da se ciljevi i motivacija korisnika mogu razlikovati tokom programa tretmana, posebno kada se neki programi fokusiraju na cilj uspostave potpune apstinencije od alkohola, dok korisnik može imati trenutnu viziju smanjenja upotrebe alkohola uz dugotrajno planiranu apstinenciju (Gerrard i sur., 2013). Uloga motivacije za oporavak od ovisnosti o alkoholu posebno je prepoznata u praktičnom radu različitih stručnjaka tokom liječenja ovisnosti o alkoholu (Mc Mahon i Jones, 2009).

3.5. Teorija osobne promjene i oporavka

Biernacki (1986, prema Best i sur., 2016.) su u pogledu oporavka od ovisnosti interpretirali ideju da je promjena identiteta ključna za oporavak tvrdeći da kako bi postigli oporavak. Ukoliko se očekuje konstruktivna promjena kod osobe koja je na tretmanu liječenja ovisnosti neophodno je raditi na uspostavljanju novih perspektiva i uključiti se u društveni svijet pri čemu svoj identitet koji je bio usmjeren na ovisnost jednostavno moraju isključiti i prilagoditi novom stilu življenja. Jetten, 2014., prema Best i sur., 2016. navode da se oporavak ne može pripisati isključivo pojedincu i njegovim individualnim karakteristikama, već da se oporavak promatra kao svojevrsan društveni proces koji je u međusobnoj interakciji sa promjenama u socijalnoj mreži, a koje se odnose na pronalazak novih društvenih skupina koje su orijentirane na oporavak i u tom smislu korisne i relevantne jer osobi koja se nalazi na liječenju od ovisnosti o alkoholu usađuju norme i vrijednosti koje su usmjerene na oporavak. Kada govorimo o individualnoj promjeni kod osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu neophodno je raditi na podizanju svijesti individue, odnosno razvijanju uvjerenja da osobu neki problem u tolikoj mjeri uznemirava da bi trebao nešto napraviti, što će u konačnici dovesti do razvijanja osobne percepcije o problemu i vjere da taj problem i ponašanje korisnik osobno može promijeniti. Armenakis je s suradnicima (1993, prema Rafferty, Jimmieson i Armenakis, 2013) konstrukt spremnosti na promjenu definirao putem uvjerenja, stavova i namjera pojedinca u odnosu na nužnost promjene s jedne strane, a s druge strane kao kapacitet da te promjene i uspješno provede. Ukoliko se koristimo osnovama prethodne definicije, uvjerenja i stavovi odnosit će se na procjenu koja je utemeljena na informacijama emocionalnog ili kognitivnog

tipa, u tom slučaju namjere su u uskoj povezanosti s motivacijskim čimbenicima koji utječu na ponašanje. Navedeno predstavlja pokazatelje u kojoj mjeri je osoba spremna raditi na formiranju i stvaranja novog oblika ponašanja. Autori Rafferty, Jimmieson i Armenakis (2013) razlikuju kognitivnu i emocionalnu komponentu spremnosti na promjenu. Kognitivna se komponenta temelji na pet osnovnih uvjerenja. Korisnik u ovom slučaju mora osjetiti diskrepancu ili razviti uvjerenje kako je promjena trenutnog odnos prema bolesti neophodna, potrebno je kod korisnika raditi na razvijanju da je predložena promjena prihvatljivije rješenje u odnosu na trenutne probleme s kojima se suočava i na kraju promjena koju korisnik planira potrebno je da kod istog doprinese osjećaju uspješnosti procesa tretmana u KLA. Slijedeća komponenta se odnosi na podršku okoline i bliskih srodnika koji će u tretmanu pružiti podršku korisniku i posljednja komponenta vezana je za doživljaj koristi od promijenjenog načina života odnosno cjelokupne kvalitete života i odnos s okolinom i obitelji. Posljednja komponenta u KLA uspostavlja se i održava tokom cijelog procesa liječenja u KLA. Sve navedne komponente osobe koja se nalazi na tretmanu liječenja, u značajnoj mjeri doprinose stvaranju otpornosti korisnika KLA, koja prema Zimbardo (2010) predstavlja reakciju osobe koja je usmjerena na savladavanje neke nevolje i izvora stresa, a koja osobi donosi konstruktivnu prilagodbu na nepovoljnost, čime ona uspijeva preživjeti rizik i odolijevati mu svojim snagama i nastojanjima da savlada stresnu situaciju. Otpornost osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu predstavlja sposobnost pojedinca da se brzo oporavi nakon neke problemske situacije, odnosno neugodnog i stresnog događaja, pri čemu je oporavak popraćen nadvladavanjem izvora stresa i to bez nekog od oblika disfunkcionalnog ponašanja (Siebert, 2006). Kumulativni stres od utjecaja životnih događaja postao je važna varijabla u psihosomatskim i psihološkim istraživanjima (Horowitz i sur.1987).

Neki istraživači tvrde da je otpornost proces koji uključuje složene odnose između rizika, potencijala osobe i životnog konteksta (McCubbin i sur., 1993.; McCubbin i sur., 1995., prema Gilgun, 1999). Temelji izgradnje individualne otpornosti stvaraju se tijekom djetinjstva kod osobe u njenoj primarnoj obitelji ili sredini koja je zamjena za nju. Otpornost na stres može se izgraditi u obiteljima gdje prevladavaju topli i podržavajući odnosi, obiteljima gdje postoji želja za napredovanjem i razvojem vještina, obitelji koje imaju pozitivnu sliku o sebi, obitelji koje posjeduju dobre socijalizacijske vještine i razvijenu sigurnu privrženost s barem jednom odraslom osobom u svojoj blizini (Seccombe, 2000.; Masten, 2001). U našem istraživanju teorija osobne promjene u procesu oporavka predstavlja bitan faktor koji u zajedničkoj interakciji sa obiteljskom podrškom značajno doprinosi kontinuiranom održavanju promjene.

U nastavku rada slijedi prikaz istraživanja obiteljske i socijalne podrške u oporavku ovisnosti o alkoholu, postignućima grupnog rada u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu te opis različitih indikatora koji doprinose održavanju apstinencijskog perioda u procesu liječenja. Prethodno interpretirane teorijske spoznaje potkrijepit ćemo prikazom relevantnih istraživanja vezanih za temu liječenja ovisnosti o alkoholu.

IV. PREGLED ISTRAŽIVANJA O ZNAČAJU OBITELJSKE, SOCIJALNE PODRŠKE I PROCESA OPORAVKA OD OVISNOSTI O ALKOHOLU

Istraživanja koja su se do sada bavila problematikom liječenja ovisnosti o alkoholu većinom su usmjerena na individualnu promjenu korisnika. U međusobnoj interakciji individualne spremnosti na promjenu sa spremnosti na promjenu same obitelji i socijalne podrške u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu, dolazimo do stvarnih i konkretnih rezultata u procesu liječenju ovisnosti o alkoholu koji dovode do povećanju stupnja osobne samoefikasnosti, ali i oporavka korisnika KLA. Samoefikasnost je uvjerenje da osoba ima sposobnost implementacije ponašanja koja su potrebna za postizanje željenog efekta. Sve je veći interes za ulogu samoefikasnosti kao prediktora i/ili posrednika ishoda liječenja u brojnim domenama (Kadden, Litt, 2011). Bandura (1997) određuje samoefikasnost kao procjenu pojedinca o vlastitim sposobnostima organiziranja i izvršavanja određenih akcija potrebnih za ostvarenje željenih ishoda. Potrebno je naglasiti da se procjene samoefikasnosti ne odnose na stvarne vještine koje netko posjeduje nego na procjene što netko može učiniti bez obzira na stvarne vještine koje ima (Ivanov, 2007).

U studiji koju su proveli Alison i sur (2022) koristeći se Kratkom skalom samoefikasnosti apstinencije od alkohola, ispitana je sposobnost samoodređenja da korisnik predvidi upotrebu alkohola i samoefikasnost tokom apstinencije. Sudionici istraživanja ocjenjivali su razinu iskušenja i samopouzdanja na skali od 1 do 5. Rezultati su pokazali da su tri varijable koje su se odnosile na uzročnu orijentaciju, kontrolu i autonomiju uzročnosti (sposobnost osobe da promjeni životne stavove) pojedinačno korelirale sa samopouzdanjem ispitanika da ne koriste alkohol. Međutim u regresijskoj analizi jedini značajan prediktor bila je autonomija sudionika koja označava motivaciju za donošenje ispravnih odluka. Veća autonomna orijentacija je predviđala povećano samopouzdanje da se ne koristi alkohol. Prediktori koji se nisu pokazali značajnim su bezlična orijentacija koja se odnosi na subjektivni osjećaj sudionika da nema kontrolu nad uzimanjem alkohola i kontrolirana orijentacija koja se odnosi na doživljaj sudionika o povećanom stupnju iskušenja za korištenje alkohola u teškim okolnostima.

Učinak samoefikasnosti prikazan je u istraživanju Ludwig i sur. (2013) kao jedna od najdosljednijih varijabli koja predviđa ishod liječenja ovisnosti o alkoholu. Međutim, mnoge prethodne studije nisu uspjele kontrolirati druge važne prediktore (npr. težinu ovisnosti, psihijatrijske simptome i cilj liječenja). Prvi cilj ovog istraživanja bio je procijeniti prediktivnu

vrijednost samoefikasnosti kada je većina drugih relevantnih varijabli bila statistički kontrolirana. Drugi cilj je bio da se usporede prediktivne vrijednosti samoefikasnosti procijenjene upitnikom situacijskog povjerenja, i opće samoefikasnosti procijenjene jednim pitanjem. Ukupno je sudjelovalo 415 sudionika sa dijagnozom ovisnosti o alkoholu iz 12 programa liječenja poremećaja upotrebe alkohola u rezidencijalnim ustanovama (AUD), korisnici su ispitani prilikom prijema na liječenje, otpusta i jednogodišnjeg praćenja. Rezultati su pokazali da su apstinencija kao cilj liječenja, upotreba alkohola tokom liječenja i opća samoefikasnost značajni prediktori, dok sve ostale varijable, uključujući samoefikasnost mjerenu upitnikom situacijskog povjerenja, nisu bile značajno povezana sa apstinencijom u periodu od godinu dana praćenja. Opća samoefikasnost, odnosno prognoza samog pacijenta o njegovom uspjehu u apstinenciji, bila je centralna varijabla u predviđanju ishoda liječenja ovisnosti o alkoholu.

O prediktorima promjene u pogledu samoefikasnosti govori studija koju su proveli autori McKellar i sur. (2007). Rezultati studije su pokazali da je samoefikasnost snažan prediktor kratkoročne i dugotrajne remisije nakon tretmana. Ova studija je ispitivala prediktore samoefikasnosti u godini nakon tretmana i 15 godina kasnije. Uzorak od 420 osoba sa dijagnozom ovisnosti o alkoholu procjenjivan je pet puta tokom 16 godina. Prediktori samoefikasnosti nakon 1 godine uključivali su poboljšanje od početne do 1 godine u obilnom opijanju, problemima povezanim s alkoholom, depresiji, impulzivnosti, izbjegavanju suočavanja, socijalnoj podršci prijatelja i dužem trajanju učešća u grupama podrške liječenja ovisnosti o alkoholu. Rezultati do kojih se došlo ovim istraživanjem pokazuju da ženski rod, viši stupanj obrazovanja, manje promjena u problemima upotrebe psihoaktivnih tvari i impulzivnost tokom prve godine su predviđali poboljšanje samoefikasnosti tokom 16 godina nakon uspostavljene apstinencije. Stručno osoblje je ostalo fokusirano na održavanje uključenosti korisnika u grupne tretmane liječenja ovisnosti o alkoholu, rješavanje simptoma depresije, poboljšanje suočavanja pacijenata i poboljšanje socijalne podrške tokom prve godine i smanjenje rizika od recidiva praćenjem osoba čiji se problemi s alkoholom i impulzivnost neuobičajeno brzo poboljšavaju.

Studija o duljini boravka kao kao prediktora pouzdane promjene u psihološki prihvatljivim promjenama koju se proveli Brie i sur (2016), imala je za cilj utvrditi da li duži boravak u terapijskoj zajednici za liječenje alkohola i droga predviđa pouzdanu promjenu u nizu psihičkog oporavka i i veći stupanj blagostanja. U istraživanju je učestvovalo ukupno 380 sudionika iz Australian Salvation - rezidencijalne vojne ustanove za liječenje alkohola i droga gdje se

ispitivanje radilo pri prijemu i tri mjeseca nakon završenog tretmana liječenja. U istraživanju je korištena skale indeks ozbiljnosti ovisnosti, skale depresije, anksioznosti i stresa te skala za procjenu oporavka. Rezultati su pokazali linearnost odnosa između duljine boravka i pouzdane promjene, a veća stopa pouzdane promjene vezane je za boravak od najmanje 90 dana. Regresijske analize potvrđuju duljinu oporavka kao prediktora pouzdane promjene, iznad ostalih potencijalnih prediktora. Utvrđeno je da se socijalna, emocionalna, psihološka dobrobit i procjena oporavka korisnika postiže tokom 90 dana provedenih u tretmanu kada dolazi do promjene u odnosima sa obitelji i socijalnom sredinom.

U nastavku rada prikazana su istraživanja o dinamici obiteljskih odnosa i značaju obiteljske podrške u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu. Istraživanje koje je provela autorica Dragišić Labaš, (2017), na temu Primjena skale prilagođenosti bračnih partnera u sistemske obiteljske terapiji ovisnosti o alkoholu, obuhvatilo je 200 bračnih parova (u kojima je suprug ovisan o alkoholu) na terapiji u tri psihijatrijske ustanove iz Beograda. Primijenjen je test Dyadic Adjustment Scale, koji se koristio za mjerenje u tri vremenske točke (na početku, za šest mjeseci i nakon godinu dana terapije) koheziju bračnog para, zadovoljstvo bračnim odnosima, emocionalnu ekspresiju i konsenzus. Rezultati istraživanja pokazali su postojanje čvrstog alkoholičarskog bračnog sistema na početku liječenja, sa niskim konsenzusom i visokim zadovoljstvom, koji se tokom vremena dekonstruirao, mijenja i formira funkcionalnije (zdravije) bračne odnose. Parovi koji su se samoisključili iz terapije u prva dva mjeseca uspoređeni su sa uzorkom parova koji su uspješno završili liječenje. Oni su ostvarili niže rezultate bračne dijade na početku u odnosu na parove koji su završili tretman. Rezultati su pokazali da je sistemska obiteljska (bračna) terapija utjecala na značajne promjene u bračnim odnosima – veći konsenzus, jaču emocionalnu ekspresiju i koheziju, kao i zadovoljstvo nealkoholnim bračnim odnosima tokom jednogodišnjeg liječenja.

O utjecaju i ulozi obitelji tokom liječenja ovisnosti o alkoholu korištenjem obiteljske terapije govori se u istraživanju O'Farrella i Falsa (2003), koje ukazuje na značaj kada osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu nije voljna potražiti pomoć, obiteljska terapija je efikasna u pomaganju korisniku da se bolje suočava sa problemom i motivira korisnika člana obitelji da uđu u proces liječenja. Facilitacija i obuka o vještinama suočavanja sa uputama članovima obitelji (na osnovu novih otkrića) pomažu članovima obitelji da se podvrgnu procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Provedeno istraživanje pokazuje da je bihevioralna terapija parova efikasnija od individualnog tretmana u povećanju apstinencije i poboljšanju funkcioniranja odnosa.

Psihosocijalne intervencije produbljuju očuvanje zdravlja i usmjerene su na sistemu društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcioniranja. Istraživanje Dragišić, Labaš i Đokić, (2010) imalo je cilj analizirati utjecaj psihoedukacije u liječenju ovisnosti o alkoholu na početnu motivaciju i razumijevanje, promjenu odnosa prema ovisnosti o alkoholu i početak stvaranja novog sustava vrijednosti. Uzorak se sastojao od 166 sudionika (83 bračna para), koji su bili uključeni u jednogodišnji tretman grupne systemske obiteljske terapije liječenja ovisnosti o alkoholu. Sudionici su korištenjem upitnika ispitani u tri navrata ne samom početku liječenja, nakon 6 mjeseci i nakon 1 godine liječenja. Rezultati istraživanja su pokazali da se kroz tri faze tretmana povećala razina obrazovanja, motivacija se izrazito mijenjala u odnosu na početni stadij, izrazite promjene tokom provedbe istraživanja evidentirane su u dijelu razumjevanja korisnika i uspostavljanju funkcionalnijeg modela obiteljskog življenja. Autori na osnovu provedenog istraživanja ukazuju na značaj i važnost psihoedukacije i upotrebe systemske obiteljske terapije u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

Istraživanje Wenqiang i Wang (2022) je imalo za cilj ispitati posredničku ulogu otpornosti između podrške obitelji i nade, te da li relaps igra umjerenu ulogu između podrške obitelji, otpornosti i nade. Uzorak je činilo 647 osoba s poremećajem upotrebe alkohola, koji su ispitivani korištenjem skale o percipiranoj socijalnoj podršci i obiteljskoj podršci, Connor-Davidsonovoj skali otpornosti i Herth Hope indeksu. Rezultati su pokazali da podrška obitelji ne samo da direktno utječe na nadu tokom liječenja ovisnosti o alkoholu, već ima i značajan indirektan utjecaj na nadu kroz otpornost u samom procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Indirektni efekt podrške obitelji bio je značajan i među grupom bez recidiva i grupom sa recidivom te nisu utvrđene značajne razlike. Rezultati potvrđuju da bi intervencije usmjerene na otpornost obitelji i korisnika koji je na liječenju od ovisnosti o alkoholu, mogle dati učinkovit pristup poboljšanju nade među korisnicima sa problemom ovisnosti o alkoholu u Kini.

Što se tiče istraživanja grupne podrške, ona se oslanjaju na dobiti grupnog rada koje su integrirane u model KLA ili AA grupa samopomoći. Organizacijom slobodnog vremena jačaju se sposobnosti sudjelovanja i uživanja u aktivnostima prema vlastitom izboru. Grupe unutar KLA su dobrovoljne, orijentirane apstinenciji, pružanju materijalne pomoći i pružanju emocionalne podrške te promiču sustav vrijednosti pomoću kojih članovi mogu pronaći smisao vlastitog postojanja. Istraživanje autorica Dragišić Labaš i Ljubičić (2012), na temu Provođenje slobodnog vremena zavisnika od alkohola u periodu pijenja i periodu rehabilitacije govori o slobodnom vremenu u sklopu opisa socijalnih, psihičkih, a posebno obiteljskih posljedica ovisnosti o alkoholu, zatim o mijenjanju načina provođenja slobodnog vremena, kao značajnom

simptomu ovisnosti o alkoholu, i na kraju novoj organizaciji slobodnog vremena, kao jednom od važnih ciljeva socijalne reintegracije obitelji sa problemom ovisnosti o alkoholu. Ispitanike su činili članovi KLA Skela u psihijatrijskoj bolnici Dr.Laza Lazarević, u periodu konzumacije alkohola i trenutno dok se nalaze na liječenju u fazi rehabilitacije i socijalne integracije. Uzorak je činilo 30 sudionika (25 muškaraca i 5 žena), starosti od 25-65 godina koji žive u Beogradu i okolini, a redovno dolaze na sastanke KLA i aktivno učestvuju u njegovom radu. U periodu pijenja slobodno vrijeme su ispitanici provodili družeći se u 80% sa osobama koje su također ovisne o alkoholu. Uglavnom su vrijeme provodili u kafiću (76,6%), gledali TV (53,3%), čitali novine (50%), spavali (40%). Veliki broj sudionika, nezavisno od spola, povremeno se osećalo usamljenim, u periodu pijenja - 83%. U vrijeme apstinencije, slobodno vrijeme je organiziranije, mijenja se način i povećava broj aktivnosti, kao što su: druženje sa prijateljima (76,6%), razgovor sa članovima obitelji (66,6%), šetnja (60%), čitanje knjiga (50%), slušanje muzike (46,6%), bavljenje sportom (36,6%). Osobe koje su ovisne o alkoholu su u periodu pijenja provodili svoje slobodno vrijeme drugačije u odnosu na sadašnjost, tj. vrijeme liječenja i rehabilitacije. Evidentna je razlika u kvaliteti i organizaciji slobodnog vremena, kao i izdvajanju novca za kulturne i rekreativne aktivnosti. Apstinenti više vremena provode sa obitelji, uspostavljen je veći stupanj komunikacije unutar obitelji, obnovili su stare te uspostavili nove socijalne kontakte. Nov način provođenja slobodnog vremena i obiteljski rituali su veoma značajni za djecu osoba ovisnih o alkoholu, kao prevencija transgeneracijske transmisije ovisnosti o alkoholu.

Kvantitativna studija koju je proveo MacAdam (2008) ispitala je količinu percipirane društvena podrška prisutne među odraslim osobama koje se liječe od ovisnosti o alkoholu, u okviru uzajamne pomoći/samopomoći grupa za podršku. Istraživanje je obuhvatilo nekoliko područja unutar San Bernardina i okruga Riversidea. Anketirano je ukupno 40 osoba koji su bili prisutni na sastancima anonimnih alkoholičara, a ispitanici su pomoću Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške (MSPSS) i skupa demografskih pitanja. Rezultati su pokazali da nije bilo statistički značajno pronađene veze između demografskih varijabli i nivoa percipirane socijalne podrške. Međutim, rezultati ove studije su ukazali na posebne vrijednosti za pojedinca koje se odnose na socijalnu podršku nakon uspostavljenosti dijagnoze ovisnosti o alkoholu i zloupotrebe alkohola. Izvori socijalne podrške su prijatelji i članovi obitelji osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu. Prethodna istraživanja ukazuju na prednosti sustava socijalne podrške pojedincu u prevenciji ili zaštiti od raznih životnih stresora kao što je bolest ili ovisnost (Cohen i Willis, 1985). Sustav socijalne podrške može djelovati kao moderator za stres u

slučajevima bolesti, smrti, depresije i liječenja ovisnosti o alkoholu. Pritom, utvrđena je visoka korelacija emocionalne i instrumentalne socijalne podrške.

Značaj socijalne podrške u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu prepoznat je u nprovedenoj studiji Broomea i sur. (2002). U svojoj studiji Broome i sur. (2002) detaljno opisuju važnost mrežne socijalne podrške nakon tretmana na bolničkom liječenju. Studija objašnjava način na koji negativna osoba s kojom korisnik može biti u kontaktu može i značajno utjecati na razvoj upotrebe alkohola i ponavljanja recidiva. Obrnuto ukoliko je taj odnos pozitivan, obiteljska i podrška prijatelja može imati pozitivne efekte. Adekvatna socijalna podrška povezana je sa boljim tretmanom održavanjem apstinencije, kao i boljim ishodima u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Ovi rezultati usklađeni su s rezultatima studije Smith i sur. (2001) u kojoj je sudjelovalo je 748 pacijenata u 12 kratkotrajnih stacionarnih programa. Oni potvrđuju važnost socijalne podrške s obzirom da je u periodu praćenja dodatnih 9% osoba često konzumiralo alkohol. To je bilo znatno niže od stope prije tretmana koja je iznosila od 69%.

Rezultati istraživanja pokazali su da je socijalna podrška nakon tretmana važniji faktor od podrške tokom prethodnog tretmana ili čak tokom terapije lijekovima (Broome i sur., 2002). Dok su Smith sur. (2001) istraživali važnost socijalne podrške tokom liječenja, Broome i sur. (2002) su se više fokusirali na efekte socijalne podrške nakon tretmana. U svakom slučaju, jasno je da je socijalna podrška veoma značajan faktor za uspjeh liječenja ovisnosti o alkoholu.

Istraživanje koje su proveli Kovačević i sur 2020. godine govori o stigmi osoba koje se liječe od alkohola gdje je glavni cilj istraživanja bio utvrditi socijalnu udaljenost prema osobama s problemom ovisnosti o alkoholu, u usporedbi s pojedinim drugim visoko rizičnim socijalnim skupinama, te provjeriti eventualne razlike u socijalnim udaljenostima (i stigmatizaciji) ovisnika s obzirom na spol i vrstu zanimanja. Na uzorku od 230 sudionika (namjernog uzorka zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, heterogenih po sociodemografskim obilježjima) primjenom Bogardusove ljestvice socijalne distance ispitivana je socijalna distanca prema određenim socijalnim skupinama: osobama koje koriste psihoaktivne tvari, osobama s problemom ovisnosti o alkoholu, osobama s psihičkim oboljenjima i osobama s tjelesnim invaliditetom. Rezultati su pokazali da su osobe s tjelesnim invaliditetom najmanje stigmatizirana skupina, a najstigmatiziraniji su osobe ovisne o psihoaktivnim tvarima, dok su osobe s bolešću ovisnosti o alkoholu po socijalnoj distanci na visokom drugom mjestu. Sličan trend pronađen je i unutar skupina sudionika različitog spola, kao i vrsta zanimanja, s tim da su se kod zdravstvenih djelatnika osobe s ovisnosti o alkoholu izdvojili kao najstigmatiziranija

skupina. Rezultati istraživanja daju načelne smjernice potrebne za osmišljavanje procesa destigmatizacije osoba s bolešću ovisnosti o alkoholu.

Studija koju su proveli Maisto i sur. (2002), imala je za cilj ponoviti i proširiti istraživanja koja pokazuju da apstinencija od alkohola tijekom prve godine liječenja praćena grupnim tretmanom predviđa bolje rezultate liječenja ovisnosti o alkoholu. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 187 muškaraca i žena koji su uključeni u grupne tretmane liječenja ovisnosti o alkoholu. Primarne zavisne varijable koje su ispitivane odnosile su se na: upotrebu alkohola, samoefikasnost i psihološko funkcioniranje. Rezultati do kojih se došlo provedbom ove studije govore da je snažna povezanost između apstinencije tokom prve godine liječenja i kasnijeg funkcioniranja tokom procesa liječenja.

Ovisnost o alkoholu predstavlja i društveni problem koji može biti povezan sa drugim faktorima rizika i komorbiditetima. Nagli prestanak konzumacije alkohola kod korisnika može izazvati akutnu fazu alkoholnog apstinencijskog sindroma. S ciljem objašnjenja samog procesa odvikavanja od alkohola Nayak i sur.(2014) ispitali su populaciju pacijenata koji su tražili liječenje u dvije jedinice za odvikavanje od ovisnosti u New Delhi i Darjeeling tokom 2008–2011 godine. Uzorak je obuhvaćao pacijente od 15 do 50 godina, oba spola koji redovno konzumiraju alkohol najmanje 1 mjesec, samoinicijativno prijavljene na liječenje ovisnosti o alkoholu ili uz nagovor od strane članova obitelji. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 112 pacijenata. Nakon uspostavljanja apstinencije, kvaliteta života pacijenata je procjenjivan krajem 01., 03. i 06. mjeseca. Rezultati do kojih se došlo provedenom studijom govore da je došlo do značajnog povećanje rezultata kvaliteta života. Dobiveni rezultati provedene studije nam pokazuju da osobe koje su uključene u neki od oblika liječenja ovisnosti o alkoholu, nakon izvjesnog perioda liječenja postižu bolju kvalitetu života i veću razinu osobne dobrobiti.

Tokom pandemije Covid-a 19 sastanci grupnog rada u KLA bili su ili ograničenog trajanja održavanja ili u potpunosti zatvoreni za rad. Oskudna istraživanja koja su rađena u toku trajanja pandemije Covid-a 19 (Renzi i sur. 2020) ispitali su efekat strategija suočavanja i percipirane socijalne podrške na depresivnu i anksioznu simptomatologiju te su pokazali da podrška obitelji smanjuje osjećaj usamljenosti i ima isključivu ulogu u ublažavanju simptoma depresije.

Sve studije i prethodno interpretirana provedena istraživanja o kojima se govori u ovom poglavlju govore o važnosti obiteljske i socijalne podrške koja doprinosi poboljšanju samoefikasnosti i u konačnici dovodi do prevencije stigme osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu. Gore spomenute studije pokazuju utjecaj socijalne podrške na pojedinca koji prolazi

kroz proces liječenje od pretjerane upotrebe alkohola. Važnost i značaj druge osoba, člana obitelji ili prijatelja/vršnjaka i utjecaj koji oni mogu imati na sam tok i razvoj procesa liječenja ovisnosti o alkoholu treba uzeti u obzir prilikom planiranja tretmana i rada sa osobom koja ulazi u tretman liječenja od ovisnosti o alkoholu.

U narednom dijelu rada detaljnije ćemo predstaviti rezultate pojedinih istraživanja i provedenih studija, kojima je u fokusu bio grupni tretman i oporavak unutar KLA.

V. PREGLED ISTRAŽIVANJA O POSTIGNUĆIMA GRUPNOG RADA I OPORAVKA OD OVISNOSTI O ALKOHOLU

Grupni rad u KLA nudi opću podršku i pomoć samoj apstinenciji, i to konfrontacijama, oblikovanjem uvida i kritičnosti te traženjem novih modela ponašanja. Korisnicima je dostupna mogućnost restrukturiranja obiteljskog sustava te nova bolja kvaliteta života. Kada govorimo o duljini trajanja tretmana liječenja ovisnosti o alkoholu preporuka je da tretman traje najmanje 5 godina. Navedena tvrdnja je i empirijski potvrđena i to na sljedeći način: do godine dana je potrebno za uspostavu stabilne apstinencije, od godine do tri godine članovi obično rade na popravljanju kvalitete obiteljskih odnosa, izgradnji novih socijalnih mreža i psihološkom oporavku, dok nakon treće godine članovi su kompetentni dati pozitivan primjer drugima, sudjelovati aktivnije u davanju vršnjačke podrške, a mnogi onda ostaju i nakon pete godine i redovito posjećuju KLA kako bi prenijeli vlastita iskustva mlađim članovima kluba. Suzbijanje ovisnosti traži dugoročan program. Ne mogu se očekivati povoljni rezultati u kratkom roku. Rehabilitacija, osim što označava oporavak i povratak na prijašnje zdravstveno stanje, odnosi se i na oporavak psiholoških, socijalnih, moralnih i duhovnih dimenzija ljudskog funkcioniranja. Zato je važna apstinencija od alkohola kao pretpostavka svih daljnjih promjena (Jukić, 2006). Kada govorimo o interpersonalnim odnosima u grupi, Butonovo i Kaplanovo (1968) istraživanje pokazuje da se kod partnera koji redovito dolaze na grupne tretmane s ciljem podrške u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu razvija osjećaj odgovornosti i brige za druge članove grupe te stvara bliski odnos s terapeutom. Možemo zaključiti da se istraživanja grupnog rada u području ovisnosti o alkoholu u najvećoj mjeri bave osobom ovisnom o alkoholu i poboljšanjem obiteljskih odnosa. Nešto je manje spoznaja o osobnoj promjeni članova obitelji koji sudjeluju u tretmanskim programima i one su uglavnom utemeljene na AI-Anon praksi koja se uveliko razlikuje od konteksta klubova liječenih alkoholičara (Opačić, Oreb i Radat, 2017).

U Italiji koja nam je veoma slična po konceptu funkcioniranja KLA, 2006. godine provedena je nacionalna studija unutar koje su ispitane čak 7522 osobe koje su na tretmanu liječenja ovisnosti o alkoholu kao članovi KLA (od čega 76% muškaraca i 24% žena). Curzio i sur. (2012) izdvojili su najznačajnije rezultate dobivene ovom studijom, u kojoj je sudjelovalo 75% svih klubova s području cijele Italije. U istraživanju je utvrđeno kako oni članovi koji pohađaju klubove dulje od 3 godine imaju veću vjerojatnost po pitanju održavanja apstinencije, u usporedbi s onima koji klubove pohađaju manje od 3 godine. Nadalje, pokazalo se da čimbenici

poput ženskog spola, pohađanja klubova liječenih alkoholičara kroz dulji period vremena, pohađanja KLA uz pratnju, tj. barem jednog člana obitelji, kao i niži status obrazovanja, povećavaju vjerojatnost poboljšanja životnog stila (Jakičić, Curzio i sur, 2012).

Bodor (2018) je u okviru svoje doktorske disertacije između ostalih ciljeva istraživanja kojima se bavio istraživao i psihosocijalno funkcioniranje ovisnika o alkoholu na uzorku od 140 sudionika iz ukupno 16 KLA s područja grada Zagreba. Procjenjivale su se socijalne interakcije osoba ovisnih o alkoholu s njihovim partnerima. Od ukupnog broja sudionika istraživanja, polovina izjavljuje da je zadovoljna obiteljskim odnosima što dodatno doprinosi boljim rezultatima liječenja. Kada je riječ o podršci i razumijevanju unutar obitelji, 45,7% sudionika izjasnilo se da tokom tretmana imaju puno podrške i razumijevanja, 25,7% sudionika smatra kako ima prilično podrške i razumijevanja, 25% sudionika podršku ocjenjuje osrednjom, dok jako malo podrške ima 5,7%, a uopće ju nema svega 2,9% sudionika. Najveći broj sudionika je prilično zadovoljan odnosom kojeg imaju s prijateljima, njih 50,7%, jako je zadovoljno njih 23,6%, što je gotovo jednako zadovoljstvu kojeg su sudionici percipirali u emocionalnoj vezi i u obitelji, a više u odnosu na zadovoljstvo odnosima na radnom mjestu. Kada je riječ o podršci i razumijevanju od prijatelja, ukupno 71,4% sudionika misli kako ima prilično i puno podrške i razumijevanja od prijatelja, što je gotovo jednako podršci koju dobivaju u emocionalnoj vezi ili braku te u obitelji, i ponovno više nego razina podrške na radnom mjestu. Iz rezultata provedenog istraživanja vidljivo je da je osobama koje su u tretmanu liječenja ovisnosti o alkoholu, pored podrške obitelji veoma značajna i podrška koju dobivaju od strane prijatelja i bliskih osoba u socijalnoj sredini.

Suvremeno istraživanje koje su proveli Čuljak i suradnici (2013) pokazuje da je uzrok recidiva kod 12% sudionika povratak u staro društvo prije uspostavljanja apstinencije, stres kao uzrok narušenih komunikacijskih odnosa navode 6% sudionika istraživanja, 8% sudionika napravili recidiv pokušavajući piti unutar granica umjerenog potrošača, 8% sudionika imalo je recidiv bezalkoholnim pivom dok ih se 2% izjasnilo da ništa od ponuđenog nije uzrok recidiva, 42% sudionika istraživanja izjasnilo se da nisu imali recidiv u tijeku liječenja. Međutim bitno je naglasiti podatak da je u narednim stavkama utvrđeno da se 19% sudionika izjasnilo da su obitelj i obiteljski odnosi najveći motiv za nastavak apstinencije.

Noviji rezultati istraživanja koje je provela Vidović (2018), utvrdili su da se ovisnost kao bolest teško liječi a kao razlog tome posebno se ističe psihička i fizička ovisnost koja se razvije nakon dulje konzumacije alkohola. Osobe koje imaju dijagnosticiranu ovisnost o alkoholu vrlo često

se vraćaju u ustanovu za odvikavanje jer je u pojedinim situacijama ovisnost jača od želje za normalnim životom.

Istraživanje Bodora (2018), pokazuje zanimljiv podatak glede ispitivanja simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa putem DASS upitnika. Od ukupnog broja 35% sudionika istraživanja može se smjestiti u onu najtežu kategoriju sa vrlo teškim simptomima anksioznosti, dok se 22,4% nalazi u istoj kategoriji vezano za simptome depresivnosti, također vrlo visoku razinu stresa iskazuje čak 15,9% sudionika a visoku 17,3% sudionika istraživanja, Ovakvi podaci ukazuju na nužnost multidisciplinarnog pristupa u liječenju ovisnosti o alkoholu, što se u ovom slučaju odnosi na suradnju stručnih djelatnika klubova s psihijatrima odnosno članova koji imaju ovako izražene simptome, bilo depresivnosti, anksioznosti ili pak stresa, a nerijetko se radi o kombinaciji svega navedenog.

Zajedničkim aktivnostima u grupi KLA potiče se komunikacija osoba koje imaju problem s alkoholom, dijele svoje misli, osjećaje, dileme i probleme sa svojom obitelji što razrješava brojne sukobe te se na taj način uspostavlja novi obrazac kvalitetne komunikacije među članovima obitelji. Bogdan i sur. (2016) proveli su istraživanje u kojem su ispitivali kvalitativne promjene u komunikacijskim vještinama članova KLA nakon uključivanja u rad kluba u odnosu na period prije uključivanja. U anketnom ispitivanju sudjelovalo je ukupno 56 sudionika ovisnih o alkoholu i članova njihovih obitelji. Instrument je osim sociodemografskih obilježja sudionika također sadržavao skalu samoprocjene komunikacijskih vještina te jedan dio kojim se ispitivao napredak u komunikacijskim vještinama prije i nakon uključivanja u KLA. Nakon uključivanja u KLA niti jedan sudionik istraživanja ne procjenjuje vlastite komunikacijske vještine lošima, dok ih čak polovina sudionika procjenjuje dobrim. Dobiveni rezultati nam ukazuju na značaj komunikacijskih vještina koje je neophodno prenijeti na korisnika KLA.

Socijalni radnik kao stručnjak terapeut nastoji svakom članu kluba pomoći u organiziranju aktivnosti u svakodnevnom životu, u donošenju odluka bitnih za kvalitetno funkcioniranje i stvaranje novih odnosa zasnovanih na povjerenju. Holistički pristup socijalnog radnika, koji je prepoznatljiv u vođenju KLA, pomaže svakom članu kluba da uvidi osobne kapacitete i potencijale svoje bliže okoline te da uspostavi nove društvene veze (Ivanauskienė i sur.2010). Tutić (2016) u svom istraživanju navodi da socijalni radnik kao voditelj KLA ima ključnu ulogu u procesu liječenja pružajući pozitivan model s kojim se apstinenti mogu poistovjetiti, te im pružiti podršku kako bi se prevenirao recidiv. Dobre komunikacijske vještine voditelja KLA stručnjaka ključne su za prevenciju recidiva i nužne su za stvaranje odnosa povjerenja na relaciji apstinent-terapeut voditelj KLA. U istraživanju Maloić (2007) naglašava se kako sama

apstinencija nije dovoljna nego je potrebno uočiti i generalno poboljšanje otvorene komunikacije. Isto tako, rezultati upućuju na nužnost strpljivosti oko očekivanih promjena u komunikaciji.

Grupno savjetovanje podrazumijeva vrstu savjetovanja u kojoj članovi grupe razvijaju uzajamne odnose zajedničkim aktivnostima i razmjenom iskustava grupnim oblicima rada koji međusobnom podrškom pomažu svakom članu grupe da radi na rješavanju svog problema (Kristančić, 1984). Socijalni radnik, kao stručni djelatnik u klubu liječenih alkoholičara, koristeći se svojim vještinama komunikacije utječe na poboljšanje nivoa međusobnog druženja korisnika KLA te iznošenje osobnih iskustava i problema u svrhu osobnog uvida i pomoći drugim osobama u KLA. Brlek i suradnici (2014) su proveli kvalitativno istraživanje u kojem su ispitali voditelje klubova liječenih alkoholičara o primjeni savjetovanja kao metode pomoći. Cilj istraživanja bio je dobivanje uvida u specifičnosti primjene metode savjetovanja kao i u praktičnu učinkovitost primjene savjetovanja u procesu resocijalizacije članova kluba. Praktična učinkovitost savjetovanja u KLA nakon analize prikazana je kroz dvije kategorije: pozitivne osobne promjene korisnika i unaprjeđenja odnosa korisnika s okolinom. Od pozitivnih osobnih promjena kod korisnika ispitanice, najčešće ističu zadovoljstvo osoba ovisnih o alkoholu koje su u procesu liječenja, bolju kvalitetu života koju oni sami verbaliziraju, prihvaćanje bolesti koju imaju, odluka za apstinencijom, prihvaćanje samog sebe i prihvaćanje odgovornosti. Autori napominju kako upravo iz tih pozitivnih osobnih promjena proizlazi i druga spomenuta dobrobit od savjetovanja, a to je unaprjeđenje odnosa osoba ovisnih o alkoholu koje su u procesu liječenja s okolinom, što se posebice ogleda kroz uspostavljanje boljih odnosa s vlastitom obitelji.

Članovi obitelji ne doživljavaju se u jednakoj mjeri članovima KLA i gotovo su podijeljeni oko mišljenja jesu li i oni redovni članovi ili samo pratnja. Oni, kao i članovi na liječenju, pozitivno ocjenjuju stručni rad i grupnu dinamiku (Opačić i sur., 2017), uz nešto veću naklonjenost radu i doprinosu stručnjaka voditelja. I ovo istraživanje potvrđuje nalaze ranijih istraživanja (Barnett, 2003; Grinspoon, 2000; O'Farrell i Clements, 2012; O'Neill i Bornstein, 2001; Zetterlind i sur., 2001) da sudjelovanje u terapijskim grupama rezultira brojnim pozitivnim ishodima i za uključene članove obitelji osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu (Oreb i sur., 2017).

Istraživanje Oreb i sur. (2017) ističe da stručnjaci koji vode KLA visoko procjenjuju svoje kompetencije za rad s članovima, te prepoznaju da KLA doprinosi kako osobnom tako i profesionalnom razvoju, te imaju nizak doživljaj profesionalnog stresa. Na ljestvici od 1 do 5 stručnjaci procjenjuju kvalitetu odnosa s članovima KLA s visokih 4,26 od čega posebno visoko

procjenjuju aktivno slušanje svakog člana, ističu u svom radu korištenje brojnih terapijskih pomažućih postupaka poput učenja kvalitetne komunikacije, razvijanja motivacije za promjenu, jačanja pouzdanja u njeno ostvarenje. Ovdje je važno istaknuti da stručnjaci prepoznaju kako je njihova uloga povezana s osobnim razvojem, a osobna komponenta ključna da bi stručnjak bio autentičan i konzistentan.

Istraživanje Millera i suradnika (2000) obuhvatilo je uistinu širok klinički uzorak od 8379 sudionika da bi utvrdilo koliko je učinkovito liječenje ovisnosti o alkoholu u SAD-u. Nakon provedenog antialkoholnog liječenja, jedna trećina osoba ovisnih o alkoholu uspješno je apstinirala godinu dana, dok su ostali, njih dvije trećine, u tom razdoblju pokazali veliko i značajno smanjenje pijenja i problema vezanih za konzumaciju alkohola. Iako su ovi drugi povremeno konzumirali velike količine alkoholnih pića, ipak se kod njih povećao broj apstinencijskih dana, a kao najizraženiji razlog navode podršku voditelja grupa samopomoći.

Ssustavan pregled istraživanja o oporavku osoba ovisnih o alkoholu koju su izradili Spineli i sur. (2017) sa 16 studija koje su ispunjavale kriterije uključivanja i objavljene su između 1976. i 2013. godine pokazuju da najveći broj dokaza analiziranih radova potvrđuje da se uspješno liječenje i oporavak od ovisnosti o alkoholu može postići i održati tokom vremena, kroz razne tehnike liječenja uz uspostavljanje kontinuirane podrške u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

Clinton i sur. (2022) autori su studije sa četverogodišnjim praćenjem sudionika istraživanja koji su varirali u dužini apstinencije. U konačnici, rezultati su pokazali tok oporavka kod apstinencata od alkohola mjeren na tri načina: ozbiljnost simptoma, vjerovatnoća relapsa i radna anamneza. Ispitanici su pokazali visoke stope prestanka pušenja pored apstinencije od alkohola. Prema dobivenim rezultatima tok oporavka je bio isti kod muškaraca i žena. Proces oporavka bio je najbrži u prvim godinama apstinencije, ali se nastavio 10 ili više godina. Sugerirano je da su ključ potpunog oporavka kod osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu apstinencija i vrijeme, koji su neophodni za oporavak od sindroma dugotrajnog ustezanja i disfunkcije mozga, za popravljjanje društvenih odnosa, za profesionalnu rehabilitaciju i zadovoljenju konačnog cilja stabilnost apstinencije.

Starija istraživanja o oporavku osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu koju su radili Roehrich i sur. (1993) pokazala su da se neki kognitivni deficiti kod apstiniranih osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu (npr. kognitivna fleksibilnost, stjecanje novih vještina) poboljšavaju samo sanacijom ili dodatnom stimulacijom. Provedeno istraživanje je bilo fokusirano na

remedijaciju/sadržaj programa za prevenciju relapsa relevantnog za liječenje korištenjem zadataka kojima upravljaju samostalno korisnici ili uz dodatnu podršku. Četiri grupe muških osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu podvrgnute su predtestiranju i posttestiranju. Između 2 sesije testiranja, grupe su dobile zadatke neuropsihološke remedijacije (n=15), ekološki relevantne zadatke (n=15), zadatke pažnje i placebo (n=16) ili bez intervencije (n=15). Rezultati su pokazali da izlaganje sudionika tokom istraživanja oba tipa remedijacije/sadržajnog programa za prevenciju relapsa, dovode do značajnog kognitivnog oporavka osoba sa problemom bolesti alkoholizma. Kognitivna remedijacija ili sadržajni programi liječenja mogu značajno utjecati na smanjenje ovisnosti o alkoholu, što vodi do potpunog oporavka.

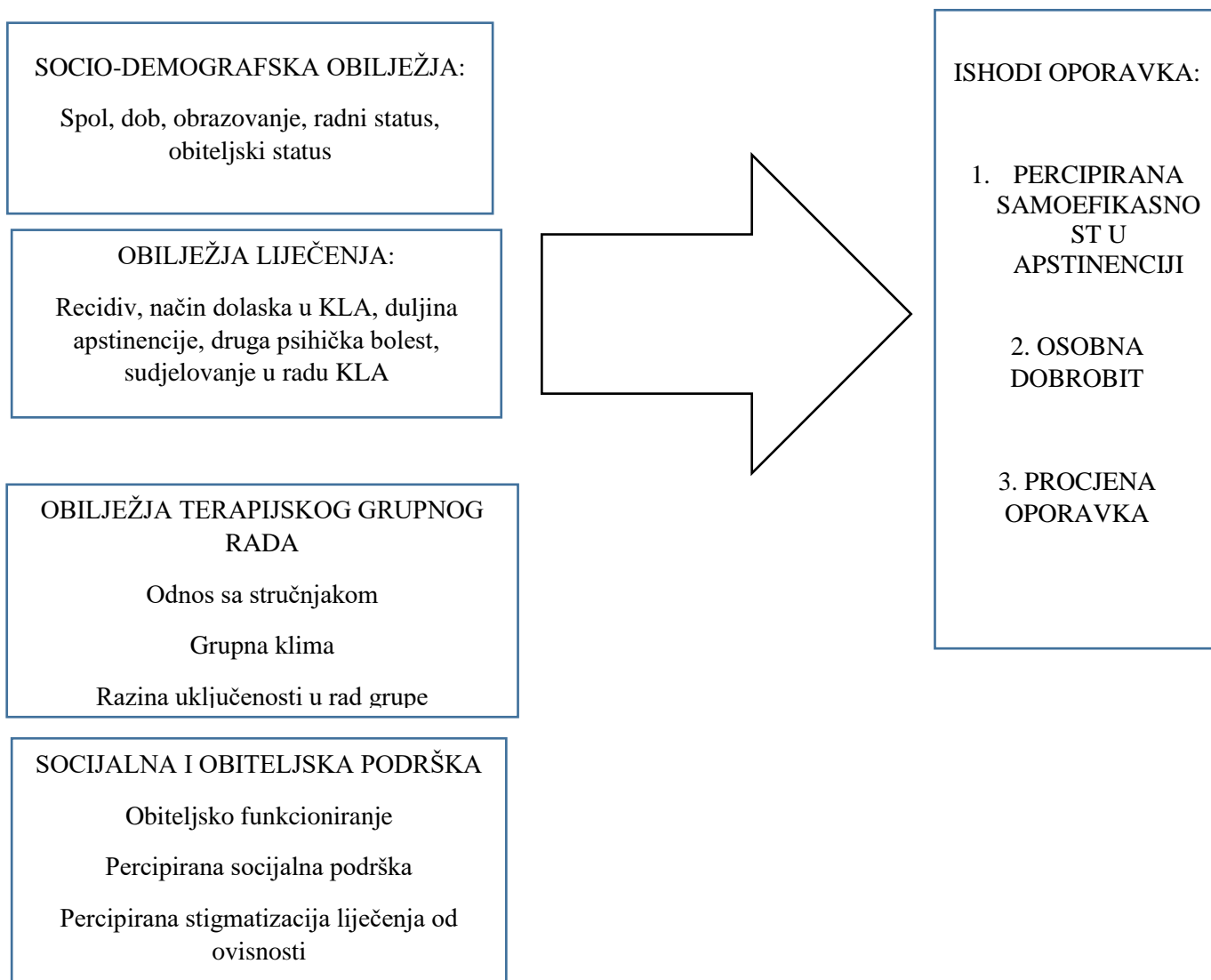
Kvantitativno istraživanje koje su radili istraživači Kelly i sur. (2018; 2019), tiče se tipičnog broja pokušaja prestanka konzumacije alkohola prije nego što se postigne oporavak. Sudionike je činio nacionalni uzorak odraslih osoba u SAD-u. Kriterij kojim su se istraživači vodili bio je da su sudionici apstinenti od alkohola, uz procijenu broja prethodnih pokušaja oporavka. Nije zanemaren kriterij odnosa između pokušaja oporavka i kvalitete života nakon oporavka. Rezultati istraživanja pokazali su da manji broj sudionika zahtijeva mnogo veći stupanj ulaganja u proces promjene u odnosu na druge sudionike. Druga grupa sudionika istraživanja iskazuju da prethodno nisu napravili ozbiljne pokušaje promjene koje bi vodile do oporavka.

Prethodno prikazani nalazi istraživanja pokazuju značajan doprinos grupnog rada u poboljšanju kvalitete života osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Stoga ćemo u nastavku rada prikazati rezultate do kojih smo došli prilikom provedbe našeg istraživanja.

VI. CILJ, MODEL, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

6.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je dobiti uvid u čimbenike koji pridonose osobnoj promjeni osoba koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu, a koji su uključeni u aktivnosti KLA, te utvrditi čimbenike koji doprinose poboljšanju životnog stila apstinenata uz osvrt na obiteljsku podršku u procesu apstinencije, a sve u skladu sa slijedećim modelom istraživanja:



6.2. Problem istraživanja i hipoteze

U istraživanju su postavljeni sljedeći problemi istraživanja i hipoteze:

1. Utvrditi doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine percipirane samoefikasnosti u apstinenciji.

H.1.1. Osobe ženskog spola, višeg obrazovnog statusa i osobe koje su zaposlene će iskazivati veću samoefikasnost u apstinenciji.

H.1.2. Osobe bez druge psihičke bolesti i koje nisu doživjele recidiv će iskazivati veću samoefikasnost u apstinenciji.

H.1.3. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, više su uključene u rad grupe te procjenjuju grupnu klimu boljom, iskazivat će veću samoefikasnost u apstinenciji.

H.1.4. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju će iskazivati veću samoefikasnost u apstinenciji.

2. Utvrditi doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine osobne dobrobiti

H 2.1. Osobe muškog spola, višeg obrazovnog statusa, s manjim brojem djece i osobe koje su zaposlene iskazivat će veći stupanj osobne dobrobiti u tijeku liječenja

H 2.2. Osobe bez druge psihičke bolesti i koje nisu doživjele recidiv će iskazivati veću osobnu dobrobit od proces liječenja

H 2.3. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim iskazuju veću osobnu dobrobit u procesu liječenja

H 2.4. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju će iskazivati veću osobnu dobrobit u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu

3. Utvrditi doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine procjene oporavka korisnika liječenih od ovisnosti o alkoholu.

H 3.1. Nezaposlene osobe i osobe koje imaju veći broj djece iskazuju niže procjene oporavka.

H 3.2. Veći broj recidiva apstinencije u tijeku liječenja ovisnosti o alkoholu utjecat će na nižu procjenu oporavka korisnika.

H 3.3. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim iskazuju više procjene oporavka.

H 3.4. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju će iskazivati višu procjenu oporavka.

VII. METODOLOGIJA

7.1. Uzorak i sudionici istraživanja

Ciljana populacija istraživanja bile su osobe korisnici klubova liječenih alkoholičara. U uzorak sudionika istraživanja uključeni su:

- a) korisnici s postavljenom dijagnozom ovisnosti o alkoholu F10.2
- b) korisnici KLA koji dolaze na tretman liječenja najmanje tri mjeseca
- c) korisnici koji su dali dobrovoljni pristanak za sudjelovanje u istraživanju
- d) korisnici koji nisu trenutno na bolničkom liječenju zbog ovisnosti o alkoholu
- e) korisnici bez teže psihičke bolesti koja bi bila otežavajuća za sudjelovanje u istraživanju
- f) korisnici kojima nije oduzeta poslovna sposobnost
- g) korisnici KLA koji na sastanke dolaze dobrovoljno ili na osnovu odluke suda

U istraživanje je uključeno ukupno 163 odrasle osobe ovisne o alkoholu koji su evidentirani kao članovi Klubova liječenih alkoholičara na području Bosne i Hercegovine. Prvobitno planirani broj sudionika istraživanja bio je 200, no zbog pandemija Covida-19, uvedenih epidemioloških mjera i zabrane grupnog rada KLA, pojedini KLA su zbog navedenih ograničenja i dodatnih poteškoća zatvoreni i prestali sa radom, a broj sudionika istraživanja je smanjen. Očekivani broj korisnika u KLA bio bi znatno veći da se istraživanje provodilo bez otežavajuće okolnosti pandemije Covida 19. Prema navodima voditelja KLA u pojedinim kantonima funkcionirali su i po nekoliko KLA unutar kantona, ali je sa ograničenjima pandemije taj broj izrazito smanjen.

Klubovi liječenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini ključni su u pružanju usluge grupne podrške u liječenju ovisnosti o alkoholu. KLA su različito organizirani po modelu servisa usluga liječenja ovisnosti o alkoholu na način da u nekim od gradova pružaju usluge pri bolničkim ustanovama dok u pojedinim gradovima su registrirani pri udrugama za pomoć osobama sa problemom ovisnosti o alkoholu. U uzorak sudionika uključeni su korisnici tretmana KLA u Bosni i Hercegovini kojih ima ukupno 11. Popis uključenih KLA prema gradovima u kojima djeluju i udio uzorka sudionika uključen u istraživanje iz pojedinog KLA prikazan je u Tablici 1. Istraživanjem su obuhvaćeni KLA koji pružaju usluge u okvir bolničke skrbi, i to: Centar za mentalno zdravlje Doboj i Mostar, KLA Klinika za psihijatriju SKB Mostar i univerzitetski klinički centar Tuzla; KLA koji pružaju usluge pri udrugama za pomoć

osobama sa problemom ovisnosti o alkoholu Centar, Ciglane, Stari grad, Novi Grad i Čengić Vila u Sarajevu, KLA Banja Luka, Odžak i Sanski Most. U periodu provedbe istraživanja velik broj KLA nisu bili u mogućnosti organizirati grupni rad i učestvovati u istraživanju zbog okolišnog čimbenika pandemije bolesti Covida 19. Najviše korisnika KLA koji su obuhvaćeni ovim istraživanjem su bili iz Klinika za psihijatriju SKB Mostar (25,2%), Klinika za psihijatriju Tuzla (11%), Centra za mentalno zdravlje Doboj (6,7%) i Mostar (4,9%), Centar Ciglane (6,1%), Stari grad (6,1%), Novi Grad (8%), i Čengić Vila (7,4%), u Sarajevu, KLA Banja Luka (12,3%), Odžak (6,1%) i Sanski Most (6,1%).

Tablica 1. Uzorak sudionika prema Klubu liijećenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini

Ustanove i institucije koje su uključene u istraživanje	N	%
KLA Centar Ciglane	10	6,1
KLA Banja Luka	20	12,3
KLA Doboj	11	6,7
KLA Odžak	10	6,1
KLA Klinika za psihijatriju SKB Mostar	41	25,2
Centar za mentalno zdravlje Mostar	8	4,9
KLA Stari Grad Sarajevo	10	6,1
KLA psihijatrija Tuzla	18	11
KLA Novi Grad Sarajevo	13	8
KLA Čengić Vila Sarajevo	12	7,4
KLA Sanski Most	10	6,1
UKUPNO	163	100%

Detaljna demografska struktura uz relevantne analize je prikazana u Poglavlju VIII ovog rada. Prema načinu izbora sudionika radi se o prigodnom uzorku.

7.2. Postupak i etički aspekti provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od siječnja do prosinca 2021.godine. Za svaki od KLA prosljeđene su obavijesti/molbe za uključivanje u istraživanje. Nakon dobivanja suglasnosti Etičkog odbora Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i suglasnost Etičkog komiteta Službe za naučno istraživački rad Univerzitetsko-Kliničkog Centra Tuzla i suglasnost Klinike za psihijatriju, kontaktirani su voditelji KLA s kojim je dogovorena provedba istraživanja. Prije provedbe istraživanja sudionicima su predstavljani cilj i etika istraživanja te je pročitana uputa o etičkim aspektima i podacima o istraživanju. Sudionici su dali svoju suglasnost za sudjelovanje na posebnom obrascu. Podaci su prikupljeni uz prisustvo i vođenje anketara. Istraživanje se provodilo metodom „papier-olovka“ gdje su sudionici dobili upitnik koji su popunjavali nakon održane grupne terapije, odnosno sastanka KLA. Sudjelovanje u istraživanju je bilo na dobrovoljnoj bazi pa svi ispitanici članovi KLA koji nisu željeli sudjelovati u istraživanju mogli odbiti sudjelovanje. Anketar je cijeli period trajanja popunjavanja upitnika bio na raspolaganju za dodatna pitanja, pojašnjenja i konzultacije. Prikupljanje podataka je vršila istraživačica osobno te još jedna anketarka tj. socijalna radnica doktorandica na doktorskom studiju Socijalnog rada i socijalne politike na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Obje istraživačice imaju iskustva u radu s osobama s ovisnosti o alkoholu i u terenskom prikupljanju podataka. Trajanje ispunjavanja upitnika bilo je oko 40 minuta.

S ciljem završetka istraživanja u ovom istraživanju su zbog pandemije bolesti Covida 19 korištena dva pristupa kada su u pitanju korisnici KLA koji djeluju u bolničkim uvjetima:

1. U prvom ponuđenom pristupu, nadležnom liječniku/terapeutu su dane kuverte za ispitanike na način da je u svakoj kuverti bila još jedna frankirana kuverta na kojoj piše adresa primatelja istraživača koji provodi istraživanje. Korisnici koji su ispunili upitnik stavljali su u frankiranu kuvertu na kojoj je naznačena adresa primatelja istraživačice, ali nije navedena adresa pošiljatelja (tj. korisnika).
2. Drugi pristup istraživanju koji su korisnici izabrali bio je da u prvobitnoj komunikaciji između korisnika KLA i nadležnog liječnika gdje se nakon izvršenog kontrolnog pregleda pristupilo provedbi istraživanja uz prisutnost istraživačice.

Istraživanje je planirano za provedbu u periodu od rujna 2020. godine do studenog 2020. godine, ali zbog okolnosti pandemije Covida 19 i zatvaranja KLA istraživanje se provelo u tijeku 2021. godine.

7.3. Etički aspekti istraživanja

Sudionicima je prije početka sudjelovanja u istraživanju objašnjeno da je anketa anonimna i da će se rezultati koristiti isključivo u svrhu pisanja doktorske disertacije. Istraživanje se provodilo u dogovoru sa voditeljima KLA, no osnovni preduvjet za sudjelovanje u istraživanju bio je informirani pristanak članova KLA za sudjelovanje. Tijekom istraživanja vodilo se računa o poštivanju nekoliko odredbi koje su bitne za osobe koje učestvuju u istraživanju:

- Istraživačica je tokom provedbe istraživanja informirala sudionike istraživanja sa temom i svrhom istraživanja, anonimnosti i povjerljivosti podataka te načinu prezentacije rezultata, koji je imao za cilj dobivanje pismenog pristanka za sudjelovanje u istraživanju.
- Istraživačice su tokom provedbe istraživanja članove KLA informirali o mogućnosti odbijanja sudjelovanja u istraživanju u bilo kojem trenutku za vrijeme provedbe istraživanja.
- Istraživačice su uzele u obzir mogućnost sekundarne traumatizacije sudionika istraživanja zbog osjetljivosti teme istraživanja te u slučajevima gdje se ukazala potreba ponuđena je mogućnost razgovora nakon provedenog istraživanja, a istraživačice su se u KLA zadržale još neko vrijeme nakon provedenog istraživanja.
- Istraživanje je provedeno u sigurnim uvjetima i provodile su ga istraživačice osobno s korisnikom (licem u lice). Sudionicima je omogućena pauza prilikom popunjavanja upitnika i imali su ponuđeno osvježenje.
- Istraživačice su ponudile mogućnost prekida i ponovnog nastavka popunjavanja upitnika u slučaju prevelikog opterećenja.

7.4. Prikaz korištenih mjernih instrumenata

U svrhu provedbe ovog istraživanja konstruirali smo upitnik za procjenu sociodemografskih obilježja i obilježja liječenja te smo uz njega koristili niz drugih prethodno validiranih skala. Svi navedeni instrumenti koji su korišteni u istraživanju su otvoreni i javno dostupni te se prilikom odabira instrumenata za izradu doktorske disertacije vodilo računa o navedenom kriteriju. Mjerni instrumenti koji su korišteni u istraživanju su:

1. *Upitnik sociodemografska obilježja i obilježja liječenja*, konstruiran za potrebe ovog istraživanja.
2. *Skala percipirane samoefikasnosti u apstinenciji* (eng. Brief Abstinence Self-Efficacy Measure, BASEM), (Patrick McKiernan i sur., 2011).
3. *Skala indeks osobne dobrobiti za odrasle*, (eng. Personal Wellbeing Index–Adult), (Cummins, 2013).
4. *Skala za procjenu oporavka*, (eng. The Recovery Assessment Scale), (Giffort i sur., 1995).
5. *Upitnik pomažućeg saveza, verzija za pacijente*, (Helping Alliance Questionnaire (HAQ)- Patient version), (Luborsky, 1987).
6. *Upitnik procjene grupne klime* (eng. Group Climate Questionnaire- GCQ), (MacKenzie, 1983).
7. *Upitnik razina grupne uključenosti* (Group engagement measure GEM), (Macgowan, 2000).
8. *Skala obiteljskog funkcioniranja*, (eng. ICPS Family Functioning scale), (Noler, 1988).
9. *Višedimenzionalna skala percipirane socijalne podrške*, (eng. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) (Zimet i sur., 1988).
10. *Skala percipirane stigme osoba s problemom ovisnosti o alkoholu*, (eng. Perceived Stigma of Addiction Scale, PSAS), (Luom i sur., 2010).

Sociodemografska obilježja i obilježja liječenja

Sociodemografski upitnik i obilježja liječenja. Za potrebe ovog istraživanja kreirali smo upitnik općih podataka o sudionicima istraživanja, koji sadržava varijable o dobi sudionika, spolu, bračnom statusu, komorbiditet sa drugim bolestima sudionika istraživanja. Pojedinačne varijable o liječenju i obilježjima prve konzumacije alkohola, duljine konzumacije alkohola, duljine članstva u KLA, redovitost dolaska na sastanke KLA, recidiv, duljina apstinencije, način dolaska u KLA lična odluka ili sudska uputa, čestina dolaska u KLA, dolazak na sastanke KLA samostalno/u pratnji partnera, redovitost u korištenju antabusa kao lijeka.

1. Kratka skala percipirane samoefikasnosti u apstinenciji, (Patrick McKiernan i sur., 2011).

Kratka skala percipirane samoefikasnosti u apstinenciji (Patrick McKiernan i sur., 2011) je instrument koji mjeri djelotvornost, povjerenje i iskušenje za recidiv, pruža uvid u mjerenje pouzdanosti u apstinenciju od upotrebe alkohola unutar četiri pretpostavljene situacije. Uvid u stupanj samopouzdanja kod osoba koje su na liječenju od alkohola te u proces recidivnog ponašanja, pružaju nam informacije za razvoj učinkovitih intervencija planiranih za liječenje i evaluaciju. Mjerenje djelotvornosti apstinencije najprije su uvedeni pri programu prestanka pušenja (Beer i Lichtenstein i sur., 1988), a ovaj program se pokazao kao veoma koristan u istraživanju o prestanku i smanjenju broja pušača. Brojne studije podupiru terapijske intervencije temeljene na teoriji samoefikasnosti za osobe koje ispoljavaju ovisnička ponašanja. Autor skale Patrick McKiernan i sur su 2011 godine proveli studiju koja je upoređivala skalu samoefikasnosti apstinencije od alkohola (AASE) od 40 stavki s domenama povjerenja i iskušenja s novom verzijom od 12 stavki koju su razvili autori i koja se sastoji od istih domena. Anketu je popunilo 126 sudionika. Psihometrijska analiza je pokazala visoku pouzdanost i valjanost koju čine visoke korelacije između domena povjerenja ($\alpha = 0,92$) i iskušenja ($\alpha = 0,88$). Čini se da verzija od 12 stavki pruža klinički pouzdanu i validnu mjeru AASE domena povjerenja i iskušenja, pružajući efikasniji alat za kliničku praksu.

2. Indeks osobne dobrobiti za odrasle (Cummins, 2013).

Prilikom provedbe istraživanja za mjerenje kriterijske varijable osobne dobrobiti tretmana liječenja ovisnosti o alkoholu korišten je **Index osobne dobrobiti-za odrasle**, autora Robert A. Cumminsa (2013). Navedeni instrument se sastoji od 8 tvrdnji koje su nam tokom ispitivanja dale uvid u osobnu dobrobit osobe koja se nalazi na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Skala pruža mogućnost sudioniku da odabere tvrdnje odnosno koliko su zadovoljni sa navedenom

tvrdnjom na skali od 0 do 10. Nula znači da uopće ne osjeća zadovoljstvo a 10 da se osjeća potpuno zadovoljnim. Istraživanja pokazuju da je skala od deset mogućih odgovora psihometrijski najprikkladnija, odnosno ima veću osjetljivost i veću standardnu devijaciju rezultata zbog čega je korisnija od skala s manjim brojem mogućih odgovora i smatra se da daje rezultate koji najviše odgovaraju onim u stvarnoj populaciji (Cumins i Gullone, 2000; Scherpenzeel, 1995, prema Cumins, 2003).

3. Skala za procjenu oporavka, (Giffort i sur., 1995).

U ovom istraživanju procjene kriterijske varijable oporavka osoba koje boluju od ovisnosti o alkoholu korištena je **Skala za procjenu oporavka** koja je razvijena za mjerenje pet faktora koji se smatraju važnim za oporavak: odnos samopouzdanja i nade za pozitivnu promjenu, spremnost za traženjem pomoći, orijentacija prema uspjehu, oslanjanje na druge osobe, nadilaženje simptoma ovisnosti. Skalu su razvili Giffort i suradnici prije više od 20 godina, a trenutno je ova skala jedna od najčešće korištenih mjera osobnog oporavka u procesu liječenja (Giffort i sur., 1995). Giffort i sur (1995) kombinirali su participativno akcijsko istraživanje i narativnu analizu kako bi oformili skalu od 41 česticu uz adekvatnu pouzdanost testa, a odgovori se upisuju na skali od 5 stupnjeva (1-strogo se ne slažem, ne slažem se, nisam siguran, slažem se i 5- snažno se slažem).

4. Upitnik pomažućeg saveza, verzija za pacijente, (Luborsky., 1987).

U istraživanju prediktorske varijable pomažućeg odnosa korištena je skala pomažućeg saveza HAQ II, a skala je poboljšana verzija istoimenovane HAQ I, uz nadogradnju sa 14 novih stavki. Ovaj instrument nam je poslužio za ocjenjivanje nivoa zadovoljstva osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu tretmanom kojeg dobiva u KLA i odnosom sa stručnjakom/terapeutom. Na postavljenih 19 tvrdnji ispitanici su imali mogućnost odgovarati sa 6 ponuđenih odgovora gdje 1 predstavlja snažno se ne slažem do 6 koja predstavlja snažno osjećam da je to istina. U studiji o psihometrijskim svojstvima korištenjem skale HAQ II na uzorku od 246 sudionika koju su proveli Luborsky i suradnici 1996. godine, prikazani su rezultati o odličnom koeficijentu interne konzistencije (Cronbachov alpha se kretao od $\alpha=0,90$ do $\alpha=0,93$), gdje je HAQ II predstavljen kao važeći instrument za mjerenje pomažućeg odnosa pacijent/stručnjak/terapeut.

5. Upitnik procjene grupne klime (MacKenzie, 1983).

Navedena skala nam je koristila za procjenu individualne percepcije grupne klime u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Skala se sastoji od 12 tvrdnji koje mjere percepciju članova u grupi o grupnoj klimi. Prilikom ispunjavanja ove skale ispitanici ocjenjuju tvrdnje na skali od 7 bodova, u rasponu od „1 nimalo“ do „7 izuzetno“. Prema McClendonu i Burlingameu (2010), Skala grupne klime je najčešće korištena mjera grupne klime i postoji veliki broj studija koje podržavaju njegovu valjanost. Talijanska verzija upitnika grupne klime je u istraživanjima pokazala kvalitetna psihometrijska svojstva (Constantini i sur., 2002). Cronbachove alpha u ovoj studiji bile su $\alpha = 0,72$ za angažman u grupi, $\alpha = 0,59$ za izbjegavanje odgovornosti i $\alpha = 0,74$ za dio koji se odnosi na konflikte. Koeficijenti pouzdanosti su slični rezultatima do kojih su došli istraživači Johnson i sur. (2005) za populaciju iz područja SAD-a. U dvije prethodne studije koje su rađene na talijanskim uzorcima, Cronbachov alpha iznosio je $\alpha = 0,54$ u dijelu koji se odnosi na konflikte u grupi (Prestano i sur., 2008) i (Kivlighan i sur., 2012). Skala je i dalje jedan od najvažnijih i najčešće korištenih skala u grupnim istraživanjima (Burlingame i sur., 2004).

6. Skala obiteljskog funkcioniranja (Noller, 1988).

Skala obiteljskog funkcioniranja nam je u istraživanju poslužila kao instrument za mjerenje bliskosti i podrške u obitelji i obiteljskih konflikata. Sudionici istraživanja su odgovarali na ukupno 30 tvrdnji ocjenjujući koliko je svaka od tvrdnji istinita/točna za obitelj u kojoj trenutno žive, od 6 stupnjeva: 1 – Uopće se ne slažem, 2 – Uglavnom se ne slažem, 3 – Donekle se ne slažem, 4 – Donekle se slažem, 5 – Uglavnom se slažem, 6 – U potpunosti se slažem. Skala obiteljskog funkcioniranja korištena je i za potrebe istraživanja kod autorice Ajduković i sur. (2019) u istraživanju o Obiteljskim odnosima i roditeljstvu, gdje je ukupan rezultat na subskalama definiran kao suma tvrdnji na pojedinoj subskali. Subskala bliskosti u ovom istraživanju pokazuje visoku pouzdanost od $\alpha = 0,92$, a subskala konflikta zadovoljavajuću pouzdanost od $\alpha = 0,77$, što je u skladu sa pouzdanosti dobivenim unutar istraživanja autora skale gdje je subskala bliskosti imala pouzdanost također $\alpha = 0,92$ a subskala konflikta $\alpha = 0,82$ (Noller, 1992).

7. Upitnik razina grupne uključenosti, (Macgowan, 2000).

Upitnik razina grupne uključenosti u istraživanju smo koristili kako bi dobili uvid u razinu uključenosti u rad grupe. Upitnik je razvijen za korištenje u malim grupama od 3-12 članova koje dolaze na tretman liječenja. U izvornoj literaturi ponuđena je originalna verzija od 37 stavki, ali smo se u našem istraživanju koristili smo kraćom verzijom instrumenta pogodnog za

praksu ispitivanja razine grupne uključenosti (GEM-27), točnije dvjema subskalama. Sudionici su imali mogućnost davanja odgovora o razini grupne uključenosti stavke koje se ocjenjuju na Likertovoj skali od 1 (rijetko ili nijednom) do 5 (većinu ili cijelo vrijeme). Viši rezultati ukazuju na veći angažman u grupnom radu. Upitnik je korišten u istraživanju Macgowan i sur (2005) gdje su autori ispitivali strukturu instrumenta od 7 faktora. Upitnik je pokazao izvrsnu pouzdanost (Cronbachov $\alpha = 0,97$) (Macgowan i sur., 2000). Rezultati studije su pokazali da je upitnik koristan alat u istraživanju grupnih odnosa i poboljšanju grupnog odnosa.

8. Višedimenzionalna skala percipirane socijalne podrške, (Zimet i sur., 1988).

Prilikom provedbe istraživanja korištena je **Višedimenzionalna skala percipirane socijalne podrške** kojom smo mjerili percipiranu podršku iz tri različita izvora- obitelji, prijatelja i značajne osobe. Ljestvica se sastoji od 12 čestica na koje se odgovara na skali od 1 do 7 (1- uopće se ne slažem i 7- potpuno se slažem). Svaka od tri subskale ima četiri čestice, a subskale su: subskala socijalne podrške obitelji, subskala socijalne podrške prijatelja i subskala socijalne podrške značajne osobe. Instrument je višestruko validiran te je više studija ukazalo na to da se radi o instrumentu od dobrih do odličnih koeficijenata interne konzistencije i pouzdanosti test-retestova, pri čemu Cronbachov α iznosi od $\alpha = 0,81$ do $\alpha = 0,98$ na ne-kliničkim uzorcima, a od $\alpha = 0,92$ do $\alpha = 0,94$ na kliničkim uzorcima (Pedersen i sur, 2009, Zimet i sur, 1988, Zimet i sur, 1990, Clara i sur, 2003 prema Wongpakaran i Ruktrakul, 2011). Hrvatska verzija skale preuzeta je od autorica Brajša-Žganec, Kaliterna Lipovčan i Hanzec (2018). Cronbachov α hrvatskog prijevoda u tom radu iznosio je $\alpha = 0,92$ za subskalnu socijalne podrške značajne osobe i $\alpha = 0,94$ za onu obitelji i prijatelja.

9. Skala percipirane stigme osoba s problemom ovisnosti o alkoholu, (Luoma i sur., 2010).

U provedbi istraživanja koristili smo se **Skalom percipirane stigme ovisnosti**, koja sadrži 8 tvrdnji na koje smo dobili odgovore od osoba koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu u KLA. Navedenom skalom ocjenjivali smo nivo stigme ovisnosti u opće društvenom procesu s kojim se ova populacija suočava nakon dijagnosticiranja ovisnosti o alkoholu. Na postavljene tvrdnje sudionici su odgovarali na skali od 1- u potpunosti se ne slažem do 4- u potpunosti se slažem. Istraživanje koje su proveli Luoma i sur (2010) upotrebom navedene skale gdje su sudionici bili 252 odraslih osoba u tretmanu problema vezanih uz upotrebu droga u ambulantnom ($n = 223$) ili bolničkom ($n = 29$) programu liječenja ovisnosti. Rezultati do kojih se došlo provedbom ovog istraživanja su da je konvergentna valjanost dokazana umjerenom

korelacijom s mjerama drugih dimenzija povezanih sa stigmom kao što su internalizirana stigma, internalizirana sramota i samoskrivanje. Pronađeni su slabiji rezultati za unutrašnju konzistentnost ($\alpha = 0,73$), što je vjerovatno radi kratkoće skale. Dakle, razvijanje duže skale može rezultirati višim ocjenama interne pouzdanosti. Jedna od slabosti ove skale je prilagođenost mjerenju koja je prvobitno bila namijenjena teško psihički bolesnim osobama. Kao takva skala možda neće adekvatno zadovoljiti sve domene sadržaja koje bi mogle biti relevantne za uzorak osoba koje zloupotrebljava neku supstancu ili u pretjeranoj mjeri konzumiraju alkohol. S druge strane, ova bi se mjera mogla primijeniti u studijama intervencija namijenjenih smanjenju stigme kod osoba ovisnih o alkoholu. Stoga je u ovom istraživanju u dijelu koji se odnosi na stigmatizaciju ovisnosti o alkoholu korištena ova skala gdje smo od sudionika dobili uvid u njihovu percepciju odnosa društva prema pojedincu koji se nalazi na liječenju od ovisnosti o alkoholu.

7.5. Obrada podataka

Za obradu podataka korišten je statistički programski paket SPSS 22.0, a pored deskriptivne statistike, korištene su parametrijske statističke metode obrade podataka i to:

- a) faktorska analiza za ispitivanje faktorske zasićenosti čestica na pojedinim ljestvicama kojima su mjerene kriterijske i prediktorske varijable i
- b) hijerarhijska višestruka regresijska analiza za ispitivanje doprinosa pojedinih čimbenika odnosno prediktorskih varijabli (sociodemografska obilježja, odnos s terapeutom, grupna klima, socijalna i obiteljska podrška, percipirana stigmatizacija) u objašnjenju kriterijskih varijabli, tj. percipiranoj samoefiksnosti, osobnoj dobrobiti i procjeni oporavka.

7.6. Opis varijabli i instrumentarija

U ovom istraživanju korištene su tri kriterijske i nekoliko prediktorskih varijabli. Kriterijske varijable su se odnosile na ishode oporavka a sadržavale su: percipiranu samoefiksnost u apstinenciji, osobnu dobrobit i procjenu oporavka. Prediktorske varijable su se odnosile na: sociodemografska obilježja (dob, spol, obrazovni, radni i bračni odnosno obiteljski status), obilježja liječenja, obilježja grupnog i tretmanskog rada u KLA te socijalnu i obiteljsku podršku.

7.6.1. Operacionalizacija kriterijskih varijabli

Kriterijska varijabla percipirane samoefikasnosti u apstinenciji ispitana je uz pomoć Kratke skale percipirane samoefikasnosti u apstinenciji („Brief Abstinence Self-Efficacy Measure“, BASEM, Patrick McKiernan i sur, 2011). Za naše istraživanje koristili smo se skraćenom verzijom skale za procjenu samoefikasnosti, i to samo jednom subskalom od šest čestica koje mjere vlastito pouzdanje u apstinenciju. Skala je izrađena na osnovu prethodne analize Di Clementea i suradnika 1994. godine koji su predložili četiri faktora koji su ključni za svaku potkategoriju: negativni utjecaj ili socijalni pritisak, fizička bol, bolest i razmišljanje o uporabi neke tvari, u našem slučaju alkohola. Kako je navedeno, odabrana je jedna subskala od šest čestica na koje se odgovara na ljestvici od 1 do 5, gdje 1 označava najniži stupanj sigurnosti, odnosno nesigurnost, a 5 potpunu sigurnost. Pitanja su postavljena tako da traže od sudionika da se izjasne na to u kojem su stupnju od 1 do 5 sigurni da ne bi konzumirali alkohol ako su emocionalno uznemireni (osjećaju se ljutito, loše, uplašeno ili krivo), za vrijeme proslava ili na godišnjem odmoru, u slučaju psihičke opterećenosti i umora, ako bi im nešto prošlo kroz glavu ili bi sanjali da konzumiraju, ako osjete tjelesnu potrebu ili žudnju za alkoholom ili pak da isprobaju samo jedno piće tek toliko da vide što će se događati. Potvrđena je jednofaktorska struktura ove ljestvice, a pouzdanost iste se pokazala visokom i na našem uzorku je iznosila $\alpha=0,89$. Ukupan rezultat izračunat je kao srednja vrijednost odgovora na svim česticama.

Kriterijska varijabla osobne dobrobiti ispitivana je Indeksom osobne dobrobiti za odrasle (eng. Personal Wellbeing Index–Adult, Cummins, 2013). Navedeni instrument se sastoji od 8 tvrdnji. Ispitanici su procjenjivali svoje zadovoljstvo na ljestvici od 0 do 10. Nula znači da uopće ne osjeća zadovoljstvo, a 10 da se osjeća potpuno zadovoljnim. Tvrdnje u samoj ljestvici se odnose na to da ispitanici odgovore koliko su na ljestvici od 0 do 10 zadovoljni životom općenito, životnim standardom odnosno materijalnim stanjem, svojim zdravljem, onim što postižu u životu, svojim osobnim odnosima s drugima, činjenicom koliko se sigurno osjećaju, kao član svoje zajednice, svojom budućom sigurnošću, te svojom duhovnošću ili religijom. Na našem uzorku potvrđena je jednofaktorska struktura sa visokim koeficijentom pouzdanosti (Cronbachov alpha $\alpha= 0,95$). Ukupan rezultat izračunat je kao srednja vrijednost odgovora na svim česticama.

Kriterijska varijabla Procjena oporavka osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu procjenjivana je uz pomoć Skale za procjenu oporavka („*The Recovery Assessment Scale*“, Giffort i sur., 1995), a ista je razvijena za mjerenje pet faktora koji se smatraju važnim za

oporavak: odnos samopouzdanja i nade za pozitivnu promjenu, spremnost za traženjem pomoći, orijentacija prema uspjehu, upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe, nadilaženje simptoma ovisnosti.

Faktorskom analizom s uključenom kosokutnom Varimax rotacijom utvrđeni su sljedeći faktori: Samopouzdanje i pozitivna očekivanja; Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe; Orijetacija ka uspjehu i ciljevima i Nadilaženje simptoma. Dakle, u našem istraživanju dobivena su četiri faktora, a ne pet kako je to u prethodnim istraživanjima predviđeno s razlikom da se nije izdvojio faktor spremnost za traženjem pomoći.

Tablica 2. Faktorska zasićenja tvrdnji s četiri ekstrahirana faktora nakon rotacije

Faktori	Čestice	Komponente			
		1	2	3	4
Samopouzdanje i pozitivna očekivanja	Moj život ima svrhu.	,773	,427	,546	,066
	Čak i kada ne brinem o sebi, drugi ljudi brinu o meni.	,557	,352	,390	,468
	Ja volim sebe	,807	,379	,398	,152
	Da me ljudi zapravo poznaju, svidio/svidjela bi im se.	,657	,540	,192	,048
	Imam ideju tko želim postati.	,842	,426	,478	,277
	Nadam se da će se nešto dobro dogoditi.	,855	,440	,430	,237
	Nadam se svojoj budućnosti	,852	,375	,508	,275
	Nastavljam imati nove interese	,834	,472	,532	,303
Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe	Razumijem kako kontrolisati simptome svoje bolesti.	,569	,598	,523	,353
	Ja znam kada zatražiti pomoć	,353	,902	,409	,247
	Spreman/na sam zatražiti pomoć	,461	,889	,458	,130
	Tražim pomoć kada mi je potrebna.	,391	,905	,422	,190
	Mogu se nositi s stresom.	,516	,664	,463	,557
	Imam ljude na koje se mogu oslonuti.	,525	,708	,453	,393
	Čak i kada ne vjerujem u sebe, drugi ljudi vjeruju.	,530	,657	,446	,518
	Važno je imati razne prijatelje.	,258	,710	,274	,554
Orijentacija ka uspjehu i ciljevima	Imam želju da uspijem.	,295	,373	,842	,164
	Imam svoj plan kako ostati ili postati dobro.	,447	,482	,890	,422
	Imam ciljeve u životu koje želim ispuniti.	,568	,431	,854	,227
	Mislim da mogu ispuniti svoje trenutne ciljeve.	,625	,396	,794	,390
Nadilaženje simptoma ovisnosti	Ne mogu se nositi s onim što se dešava u mom životu.	-,081	,073	,085	,342
	Suočavanje s mojom mentalnom bolešću nije više fokus mog života	,392	,285	,309	,690
	Moji simptomi sve manje utiču na moj svakodnevni život.	,577	,423	,411	,732
	Moji simptomi su sve manji period trajanja prisutni, svaki put kada se pojave.	,593	,545	,558	,621

Rezultati u Tablici 2. prikazuju četiri faktora koji zajednički objašnjavaju 66,6% varijance u razini procjene oporavka korisnika KLA. Rezultati analize varijance za prvi faktor Samopouzdanje i pozitivna očekivanja objašnjava 47,6% ($\lambda=11,43$), drugi faktor Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe tokom tretmana u KLA objašnjava 8,16% varijance ($\lambda=1,96$), treći faktor Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima korisnika KLA objašnjava 5,55% varijance ($\lambda=1,33$), dok četvrti faktor objašnjava dodatnih 5,29% varijance koji se odnose na nadilaženje simptoma ovisnosti ($\lambda=1,27$). Koeficijenti pouzdanosti prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. Postotak objašnjene varijance, karakteristični korijen i pouzdanost subskala za varijablu Procjena oporavka osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu

	Faktor	Varijanca (%)	Lambda λ	Cronbachov a α
Procjena oporavka osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	Samopouzdanje i pozitivna očekivanja	47,61	11,43	0,912
	Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe	8,16	1,96	0,910
	Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima	5,55	1,33	0,886
	Nadilaženje simptoma ovisnosti	5,29	1,27	0,806

Sve subskale imaju koeficijent pouzdanosti Cronbachov alpha veći od 0,8 (Tablica 3.) pa možemo reći da su korištene subskale pouzdane i mogu se koristiti u daljem istraživanju. Ukupan rezultat na svakoj subskali izračunat je kao srednja vrijednost odgovora na svim česticama.

7.6.2. Operacionalizacija prediktorskih varijabli

Skup prediktorskih varijabli koje se odnose na sociodemografska obilježja sudionika - za potrebe ovog istraživanja kreirali smo upitnik općih sociodemografskih podataka o ispitanicima (sudionicima istraživanja), na osnovu kojeg smo dobili informacije o dobi, spolu, bračnom statusu, razini obrazovanja i radnom statusu.

Pojedinačna pitanja o liječenju i obilježjima konzumacije alkohola u ovom dijelu odnose se na načine kako je sudionik liječio ovisnost o alkoholu, koliko dugo su članovi KLA, koliko redovito dolaze u KLA, jesu li imali recidive od ulaska u Klub te koliko dugo apstiniraju, je li način dolaska u KLA osobna odluka ili sudska uputa, čestina dolaska u KLA, dolazak na sastanke KLA samostalno ili u pratnji partnera, jesu li redovito koristili antabus kao lijek. Pitanja su bila formulirana kroz nominalnu ljestvicu, kao otvorena pitanja ili zatvorena pitanja da-ne. Osim toga, postavljena su pitanja o postojanju druge psihičke bolesti ili psihičkih poremećaja.

Za istraživanje prediktorske varijable pomažućeg odnosa sa stručnjakom terapeutom kao pomažućeg faktora u procesu liječenja koristili smo se Upitnikom pomažućeg saveza, verzija za pacijente (eng. Helping Alliance Questionnaire (HAQ)- Patient version), (Luborsky 1987). Skala je poboljšana verzija prvobitne skale HAQ I, koji je nadograđen sa 14 novih tvrdnji. Ovaj instrument nam je služio za ocjenjivanje razine zadovoljstva sudionika tretmanom koji dobiva u KLA i odnosom sa stručnjakom/terapeutom. Na postavljenih 19 tvrdnji ispitanici su odgovarali na skali od 6 stupnjeva gdje 1 predstavlja najniži stupanj slaganja (strogo se ne slažem) do 6 koji predstavlja strogo se slažem s ponuđenom tvrdnjom.

Prilikom obrade podataka, tvrdnje koje su bile negativno formulirane rekodirali smo u pozitivne, a to su bile sljedeće tvrdnje: Ponekad ne vjerujem procjeni terapeuta, Metode koje koristi moj terapeut nisu prilagođene mojim potrebama, Terapeut se prema meni odnosi na način da usporava napredak terapije, Terapeut i ja nekad vodimo beskorisne razgovore, Terapeut je ponekad na distanci.

Tablica 4. Faktorska zasićenja tvrdnji s dva ekstrahirana faktora nakon rotacije

Faktor	Tvrdnja	Komponente	
		1	2
Povjerenje i razumijevanje sa terapeutom	Mislim da se mogu osloniti na svog terapeuta.	,852	,192
	Mislim da me moj terapeut razumije.	,901	,271
	Mislim da moj terapeut želi da ja ostvarim svoje ciljeve.	,770	,186
	Mislim da moj terapeut i ja radimo zajedničkim snagama.	,879	,278
	Mislim da terapeut i ja imamo sličan stav o karakteru mojih problema.	,773	,222
	Generalno poštujem terapeutov stav o meni.	,805	,213
	Sviđa mi se terapeut kao osoba.	,646	,471
	U većini seansi, terapeut i ja nađemo način da radimo na mojim problemima.	,661	,447
	Uspostavljena je dobra veza između mene i terapeuta.	,728	,528
	Mislim da terapeut ima iskustva u pomaganju ljudima.	,710	,486
	Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	Silno želim riješiti svoje probleme.	,458
Terapeut i ja imamo smislene razgovore.		,356	,729
S vremena na vrijeme, pričamo o važnim događajima iz moje prošlosti.		,099	,691
Mislim da se sviđam svom terapeutu kao osoba.		,154	,720

S obzirom na to da su se negativne tvrdnje drugačijeg sadržaja grupirale na jednom faktoru odlučeno je da će ih se isključiti te je u konačnici zadržano 14 tvrdnji na dva faktora, koje su prikazane u Tablici 4. Dva faktora koja su se analizom dobila nazvali smo Povjerenje i razumijevanje sa terapeutom i Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana.

Faktor Povjerenje i razumijevanje sa terapeutom, objašnjava 59,9% varijance ($\lambda=8,39$), dok faktor Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, objašnjava 8,73% varijance pomažućeg odnosa s terapeutom ($\lambda=1,22$). Oba faktora zajednički objašnjavaju 68,63% varijance pomažućeg odnosa s terapeutom. Cronbachov alpha koeficijent za subskalu definiranu faktorom Povjerenje i razumijevanje sa terapeutom iznosi $\alpha= 0,95$, dok ovaj koeficijent za subskalu definiranu faktorom Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, iznosi $\alpha= 0,74$, što predstavlja prihvatljive koeficijente pouzdanosti obje

ljestvice. Ukupni rezultati na subskalama izračunati su kao srednja vrijednost odgovora na svim česticama.

Prediktorska varijabla Grupna klima ispitana je pomoću Upitnika procjene grupne klime (eng. *Group Climate Questionnaire- GCQ*), (MacKenzie, 1983). Upitnik se sastoji od 12 čestica koje mjere percepciju članova u grupi o grupnoj atmosferi. Prilikom ispunjavanja ispitanici su ocjenjivali stupanj slaganja sa česticama na skali od 7 bodova u rasponu od „1 nimalo“ do „7 izuzetno“. Skala je podijeljena u tri subskale: prvi dio se odnosi na samootkrivanje, kognitivno razumijevanje i konfrontaciju, srednji dio se odnosi na izbjegavanje koje nam služi kao pokazatelj u kojoj mjeri članovi grupe izbjegavaju odgovornost za svoje procese i promjene dok se posljednji dio skale odnosi na međuljudske sukobe i nepovjerenje koji se pojavljuju u grupnim odnosima (MacKenzie, 1983).

U našem istraživanju članovi grupe koji redovito dolaze na sastanke u KLA navedenom ljestvicom ocjenjivali su odnose u grupi koju redovito posjećuju jednom do dva puta mjesečno.

Faktorskom analizom prikazanom u Tablici 5. utvrđena su dva faktora. Prvi faktor *Angažman korisnika KLA u grupnom radu*, objašnjava 34,78% varijance grupne klime ($\lambda=4,17$), dok drugi faktor *Grupni konflikti unutar KLA*, objašnjava 23,91% varijance grupne klime ($\lambda=2,87$). Oba faktora zajednički objašnjavaju 58,69% varijance grupne klime. Dakle, za razliku od originalne trofaktorske strukture, na ovom uzorku je dobiveno dvofaktorsko rješenje.

Tablica 5. Faktorska zasićenja čestica skale grupne klime s dva ekstrahirana faktora nakon rotacije

Faktori	Tvrdnje	Komponente	
		1	2
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	Članovi KLA se sviđaju jedni drugima i vode brigu o drugim učesnicima	-,103	,808
	Članovi KLA pokušavaju razumjeti zašto konzumiraju alkohol i pokušavaju pronaći razlog za svoje stanje	-,181	,825
	Članovi KLA otkrivaju osjetljive lične informacije i osjećaje u tijeku sastanka	,128	,572
	Čini mi se da članovi KLA rade stvari onako kako misle da grupi odgovara	,448	,497
	Članovi KLA smatraju da ovo što im se dešava je jako bitno i stalno su uključeni	-,163	,795
	Članovi KLA su ovisni o uputama voditelja/terapeuta	,355	,501
Grupni konflikti unutar KLA	Postoji napetost i ljutnja među članovima KLA	,874	-,140
	Članovi KLA su rezervirani i povučeni	,824	,004
	Članovi KLA se međusobno raspravljaju i izazivaju konflikte s ciljem rješavanja problema	,680	,252
	Članovi KLA izbjegavaju sagledati bitne problem koji se dešavaju u grupi	,687	-,011
	Članovi KLA odbijaju jedni druge i nemaju povjerenja	,839	-,034
	Članovi KLA se čine napeto i nervozno	,820	-,038

Koeficijent pouzdanosti Cronbach alpha za subskalu definiranu faktorom *Angažman korisnika KLA u grupnom radu* je $\alpha = 0,73$ za 6 tvrdnji, a koeficijent pouzdanosti Cronbach alpha za subskalu definiranu faktorom *Grupni konflikti unutar KLA* je $\alpha = 0,88$ za 6 tvrdnji, što su prihvatljivi koeficijenti pouzdanosti za uporabu ove skale na našem uzorku istraživanja. Prilikom analize dobivenih rezultata evidentno je da je za Skalu grupne klime u našem istraživanju dobivena veća pouzdanost u odnosu na već provedena istraživanja, od kojih se ističe Talijanska verzija upitnika grupne klime u kojoj su se izdvojila tri faktora za koje je Cronbach alfa iznosila ,72 za angažman u grupi, ,59 za izbjegavanje odgovornosti i ,74 za dio koji se odnosi na konflikte.

Prediktorska varijabla Razina uključenosti u grupni rad ispitana je pomoću Upitnika procjene razine uključenosti u grupu (eng. Group Engagement Measure), (Macgowan,2000). U našem istraživanju koristili smo dvije subskale upitnika koje su se sastojale od 8 čestica koje mjere percepciju članova o razini uključenosti u grupni rad. Prilikom ispunjavanja sudionici su ocjenjivali stupanj slaganja sa česticama na skali u rasponu od 1 do 5. Prilikom analize dobijenih rezultata dobijena je jednofaktorska struktura, gdje je Cronbach alfa iznosila $\alpha =$

0,915. Pritom smo isključili tvrdnju „Na sastanku reagiram zamišljeno na ono što svi ostali iznose“ koja bi značajno smanjila pouzdanost skale. U interpretaciji naših rezultata istraživanja u skali smo zadržali 7 tvrdnji. Ukupan rezultat izračunat je kao srednja vrijednost odgovora na svim česticama.

Skup prediktorskih varijabli Socijalna i obiteljska podrška obuhvatio je zapravo tri varijable obiteljsko funkcioniranje, percipiranu socijalnu podršku i percipiranu stigmatizaciju liječenja od ovisnosti o alkoholu. Za mjerenje obiteljskog funkcioniranja koristili smo se Skalom obiteljskog funkcioniranja (eng. ICPS Family Functioning scale), (Noler, 1988). Navedena skala nam je poslužila kao instrument za mjerenje bliskosti i podrške u obitelji i obiteljskih konflikata. Sudionici istraživanja su odgovarali na ukupno 30 tvrdnji ocjenjujući koliko je svaka od tvrdnji istinita/točna za obitelj u kojoj trenutno žive, od 6 stupnjeva: 1 – Uopće se ne slažem, 2 – Uglavnom se ne slažem, 3 – Donekle se ne slažem, 4 – Donekle se slažem, 5 – Uglavnom se slažem, 6 – U potpunosti se slažem. Na osnovu dobivenih rezultata uporabom navedene ljestvice dobili smo uvid u intimnost i odnose unutar obitelji koji su od značaja za članove KLA, konflikte koji se dešavaju u obiteljskim odnosima i stilove obiteljskih odnosa koji su bitan faktor za osobe koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu.

Tablica 6. Rezultati analize varijance obiteljskog funkcioniranja, karakteristični korijen i pouzdanost subskala

	Faktor	Varijanca (%)	Lambda λ	Cronbach's α
Obiteljsko funkcioniranje	Privrženost korisnika drugim članovima obitelji	40,17	12,05	0,961
	Neusklađenost u odnosima unutar obitelji	15,46	4,64	0,849
	Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	6,60	1,98	0,892
	Rigidnost članova obitelji	3,91	1,17	0,741

Faktorskom analizom su utvrđena četiri faktora, prikazana u Tablici 6. Prvi faktor, koji je nazvan Privrženost korisnika drugim članovima obitelji objašnjava 40,17% varijance obiteljskog funkcioniranja ($\lambda=12,05$); drugi faktor Neusklađenost u odnosima unutar obitelji objašnjava 15,46% varijance obiteljskog funkcioniranja ($\lambda=4,64$), treći faktor Funkcionalnost

unutar obiteljskih odnosa objašnjava dodatnih 6,60 % varijance obiteljskog funkcioniranja ($\lambda=1,98$), dok četvrti faktor Rigidnost članova obitelji objašnjava dodatnih 3,91% varijance obiteljskog funkcioniranja ($\lambda=1,17$), tako da je s ova četiri faktora moguće objasniti ukupno 66.14% varijance obiteljskog funkcioniranja korisnika KLA. Koeficijenti pouzdanosti za sva četiri faktora su iznad 0,7.

Tablica 7. Faktorska zasićenja čestica na Ljestvici obiteljskog funkcioniranja nakon ekstrahirana četiri faktora

Faktori	Tvrdnje	Komponente			
		1	2	3	4
<i>Privrženost korisnika drugim članovima obitelji</i>	Članovi obitelji su si međusobno jako bliski.	,658	,056	,618	,064
	Međusobno si iskazujemo ljubav i nježnost.	,825	-,089	,638	,039
	Zajedno radimo na rješavanju problema.	,790	-,079	,633	-,022
	Svaku osobu se potiče da ima vlastito mišljenje oko stvari.	,763	-,032	,454	-,156
	Članovi obitelji si međusobno pokazuju iskrene osjećaje.	,844	-,115	,552	,099
	Svaki član obitelji je prihvaćen takav kakav jest.	,758	-,112	,502	-,070
	Djecu se konzultira i oni sudjeluju u donošenju odluka.	,716	,005	,457	-,253
	Međusobno se slušamo i poštujemo tuđa mišljenja.	,835	-,170	,530	,135
	Članovi naše obitelji su sposobni samostalno "stati na noge".	,844	-,109	,400	-,175
	Obično možemo riješiti probleme tako da o njima razgovaramo.	,831	-,138	,398	-,197
	Članovi obitelji međusobno dijele interese i hobije.	,834	-,120	,435	-,318
	Članovi obitelji iskazuju svoje mišljenje u vezi obiteljskih pitanja.	,886	-,193	,468	-,152
	Pokazujemo ljubav jedni drugima čak i kada se ne slažemo.	,881	-,120	,534	-,135
	Roditelji i djeca razgovaraju o stvarima prije nego se donesu neke odluke.	,892	-,164	,480	-,186
Često se međusobno ne razumijemo.	-,158	,744	,094	-,370	

Faktori	Tvrdnje	Komponente			
		1	2	3	4
<i>Neusklađenost u odnosima unutar obitelji</i>	Iako želimo najbolje, previše se jedni drugima miješamo u živote.	-,166	,724	,173	-,421
	Mnogo je ljutnje između članova naše obitelji.	-,205	,812	-,166	-,457
	Prekidamo se i upadamo u riječ jedni drugima.	-,126	,737	-,052	,005
	Jedan roditelj unatoč mišljenju drugog roditelja staje na stranu djeteta.	,132	,518	,038	-,424
	Odlučivanje i planiranje predstavljaju probleme u našoj obitelji.	-,135	,763	-,083	-,415
	O problemima je lakše razgovarati s ljudima izvan obitelji nego s članovima obitelji.	-,193	,668	-,066	-,265
	Svaki član naše obitelji sudjeluje u važnim obiteljskim odlukama.	,579	-,052	,854	-,185
<i>Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa</i>	Članovi naše obitelji si međusobno pomažu i podržavaju se	,570	-,088	,884	,045
	Iskreni smo jedni prema drugima.	,577	-,077	,882	-,048
	Roditelji se obično slažu oko stvari koje se tiču obitelji.	,505	-,012	,860	-,124
	Fleksibilni smo oko toga tko što radi u našoj obitelji.	,500	,047	,839	-,052
	Djeca sudjeluju u postavljanju pravila.	,405	,212	,411	-,343
	Naveliko nastojimo mijenjati jedni druge.	,107	,337	,043	-,761
<i>Rigidnost članova obitelji</i>	Jednom kada nešto odlučimo teško nam je raditi promjene.	,317	,360	,217	-,748
	U našoj obitelji je teško mijenjati pravila	,189	,389	,248	-,733

Ukupni rezultati na susbskalama definiranim pojedinih faktorom dobiveni su kao srednje vrijednosti odgovora svih čestica na subskali.

Prediktorska varijabla *Percipirana socijalna podrška u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu* mjerena je višedimenzionalnom ljestvicom percipirane socijalne podrške (eng. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), (Zimet i sur., 1988). To je ljestvica koja mjeri percipiranu podršku iz tri različita izvora – obitelji, prijatelja i značajne osobe. Ljestvica se sastoji od 12 čestica sa 7 stupnjeva slaganja (1-uopće se ne slažem i 7-

potpuno se slažem). Svaka od tri subskale ima četiri čestice, a subskale su – socijalna podrška obitelji (npr. Moja mi se obitelj stvarno trudi pomagati), socijalne podrške prijatelja (npr. Mogu računati na prijatelje kada stvarno krene loše) i socijalne podrške značajne osobe (npr. Imam osobu koja mi je pravi izvor utjehe).

Autori Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške (Zimet, Dahlem, Zimet i Farley, 1988), razlikuju tri izvora podrške: obitelj, prijatelje i posebnu osobu. Rezultati pojedinih istraživanja koji su koristili ovu skalu pokazuju da je percipirana socijalna podrška posebne osobe i obitelji značajno pozitivno predviđala kvalitetu života i zdravlje (Arkar i sur, 2004), ali i da opažena podrška iz sva tri izvora negativno korelira s usamljenošću, od čega je podrška prijatelja najjači korelat usamljenosti, a podrška obitelji najslabiji (Duru, 2007). Na ovom uzorku faktorskom analizom rezultata na Višedimenzionalnoj skali percipirane socijalne podrške izdvojena su dva umjesto tri faktora koji su se pokazali posebno značajnim, a to su Podrška prijatelja i Podrška obitelji koja je uključivala i čestice koje se tiču podrške bliske osobe (Tablica 8.). Slično faktorsko rješenje dobiveno je u istraživanju McAdam (2008).

Tablica 8. Faktorska zasićenja na česticama Višedimenzionalne skale percipirane socijalne podrške nakon ekstrahiranja dva faktora

Faktor	Tvrdnje	Komponente	
		1	2
Percipirana podrška obitelji	Postoji posebna osoba koja je tu negdje kad mi je potrebno	,786	,677
	Postoji posebna osoba s kojom mogu podijeliti svoju sreću i tugu	,792	,690
	Moja porodica se trudi pomoći mi da prevaziđem ovaj period	,912	,572
	Dobivam emocionalnu podršku i pomoć od svoje porodice	,945	,521
	Postoji posebna osoba koja mi je pravi izvor utjehe	,809	,716
	Mogu pričati o svojim problemima s svojom porodicom	,867	,526
	Postoji posebna osoba u mom životu koja brine o mojim osjećajima	,736	,717
	Moja porodica je spremna pomoći mi u donošenju određenih odluka	,911	,549
Percipirana podrška prijatelja	Moji prijatelji mi zaista pokušavaju pomoći	,625	,929
	Mogu računati na svoje prijatelje kada nešto krene po zlu	,552	,944
	Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti i sreću i tugu	,614	,934
	Mogu pričati s svojim prijateljima o problemima	,602	,924

Prvi faktor je nazvan *Percipirana podrška obitelji* i njime je objašnjeno ukupno 67,93% varijance percipirane socijalne podrške ($\lambda=8,15$), dok je drugi faktor nazvan *Percipirana podrška prijatelja* i njime je dodatno objašnjeno 11,52% varijance percipirane socijalne podrške ($\lambda=1,38$). Oba faktora zajedno objašnjavaju ukupno 79,45% varijance percipirane socijalne podrške. Koeficijenti pouzdanosti Cronbach alpha su za oba faktora visoki i iznose $\alpha=0,95$ za *Percipiranu podršku obitelji* i $\alpha=0,96$ za *Percipiranu podršku prijatelja*. Ukupno 8 tvrdnji se odnosi na subskalu *Percipirana podrška obitelji* i 4 tvrdnje na subskalu *Percipirana podrška prijatelja*. Ukupni rezultati na subskalama dobiveni su kao srednje vrijednosti odgovora na svim česticama subskale.

Prediktorska varijabla *Percipirane stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu* mjerena je Skalom percipirane stigme osoba s problemom ovisnosti o alkoholu, (eng. Perceived Stigma of Addiction Scale, PSAS), (Luom i sur., 2010), koja sadrži 8 tvrdnji. Ovom skalom ocjenjivana je razina stigme s kojom se ova populacija suočava nakon dijagnosticiranja i tretmana ovisnosti o alkoholu. Na postavljene tvrdnje sudionici su mogli odgovoriti na ljestvici od 1- u potpunosti se ne slažem do 4 - u potpunosti se slažem.

U konačnoj analizi rezultata na ovoj ljestvici zadržano je šest tvrdnji koje su sve imale zasićenje na jednom faktoru, a pouzdanost cijele ljestvice je bila izuzetno visoka te Cronbachov alfa je iznosio $\alpha=0,92$. U odnosu na originalnu skalu, dvije tvrdnje su izbačene jer se njihovim isključivanjem značajno povećava koeficijent pouzdanosti.

U narednom poglavlju prikazane su i raspravljani rezultati provedenog istraživanja sukladno postavljenom istraživačkom cilju, problemima istraživanja i hipotezama.

U početnom dijelu prikazana su sociodemografska obilježja sudionika istraživanja, osoba sa dijagnozom ovisnosti o alkoholu F10.2. Nakon toga, kao odgovor na prvi istraživački problem upotrebom višestruke hijerarhijske regresijske analize ispitan je doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog i grupnog rada, socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja razini percipirane samoefikasnosti u apstinenciji.

Nadalje u sklopu drugog istraživačkog problema prikazani su i raspravljani rezultati hijerarhijske regresijske analize kojim se ispita doprinos obilježja liječenja, obilježja terapijskog i grupnog rada, socijalne i obiteljske podrške, na razinu osobne dobrobiti korisnika KLA.

Kao odgovor na treći istraživački problem, prikazani su i raspravljeni rezultati hijerarhijsko regresijske analize kojim se ispitaio doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog i grupnog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja na razinu procjene oporavka korisnika liječenih od ovisnosti o alkoholu kao kriterijske varijable.

VIII. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Kada su u pitanju socio-demografska obilježja uzorka, podaci o tome su prikazani u Tablici 9. kako bi se preglednije vidjela sociodemografska obilježja koja se tiču dobi, spola, stručne spreme, zanimanja i bračnog statusa sudionika u istraživanju.

Tablica 9. Sociodemografska obilježja uzorka: dob, spol, obrazovni, radni i bračni status

		N	%
Dob sudionika istraživanja	35-40 godina	28	17,2
	40-45 godina	28	17,2
	45-55 godina	54	33,1
	55 godina i više	53	32,5
Spol sudionika	Muški	133	81,6
	Ženski	30	18,4
Stručna sprema sudionika	OŠ	29	17,8
	SSS	114	69,9
	VSS	20	12,3
Zanimanje sudionika	Radnik	43	26,4
	Obrtnik/privatni poduzetnik	55	33,6
	Tehničari	34	20,7
	Inžinjeri	9	5,4
	nezaposlen	4	2,5
	umirovljeni	15	9,2
Bračni status sudionika	Oženjen	96	58,9
	Neoženjen	30	18,4
	Udovac	10	6,1
	Razveden/a	27	16,6

Kako je prikazano u Tablici 9., najizraženija skupina sudionika je u životnoj dobi od 45 godina dok dvije trećine uzorka se odnosi na korisnike koji su iznad 45 godina. Što se tiče spolne strukture uzorka istraživanja, vidljivo je da nešto manje od petine uzorka čine osobe ženskog spola, dok su ostali sudionici osobe muškog spola.

Kada je u pitanju stručna sprema uzorka, najzastupljenije su bile osobe sa završenom srednjom stručnom spremom, oko jedna šestina uzorka je imala osnovno obrazovanje, a nešto manje je bilo i onih koji su završili visoko obrazovanje. U pogledu zanimanja, dominantni su privatni

obrtnici i radnici, a onih koji se bave nekim tehničkim zanimanjem je oko petine uzorka. U uzorak je ušao i manji broj inženjera, nešto manje od desetine uzorka pripalo je umirovljenicima, dok je najmanji postotak osoba obuhvaćenih uzorkom spadao u grupu nezaposlenih.

8.1. Deskriptivni podaci za prediktorske i kriterijske varijable

8.1.1. Deskriptivni podaci za prediktorski skup varijabli obilježja liječenja

Jedan od blokova prediktorskih varijabli odnosio se na obilježja liječenja te su bile uključene sljedeće varijable: recidiv, način dolaska u KLA, duljina apstinencije, druge psihičke bolesti i sudjelovanje u radu KLA.

Kada se radi o postojanju dijagnosticirane neke od psihičkih bolesti, ukupno je 44 sudionika ili njih 27% odgovorilo da je imalo dijagnosticiranu neku psihičku bolest, a njih 63 ili 38,7% je izjavilo da su imali poremećaje koji su uzrokovani prije ili za vrijeme konzumiranja alkohola. Najveći broj sudionika istraživanja (njih 21 ili 35,59%) od onih koji su naveli da su se psihički problemi pojavili tijekom ovisnosti o alkoholu, navelo je od dodatnih dijagnoza neke od anksioznih poremećaja, njih 13 (22,03%) je ukazalo na afektivni poremećaj raspoloženja, a 16,95% odnosno njih 10 je izjavilo da im je dijagnosticiran i PTSP. Duševni poremećaj im je dijagnosticiran u 9 slučajeva, tj. kod 15,25% onih koji su izjavili da su imali dijagnosticiran još neki poremećaj pored ovisnosti o alkoholu.

Tijekom pretjerane konzumacije alkohola, ispitanici su naveli da su se kod njih povremeno javljali i specifični oblici ponašanja, a od njih se izdvajaju: impulzivnost u 25,8% slučajeva, alkoholom potaknuta agresija u 20,2% slučajeva i nasilničko ponašanje u 14,1% slučajeva. Zabrinjavajuć je podatak da se kod deset sudionika odnosno u 6,1% slučajeva javio i pokušaj suicida. Oko trećine ispitanog uzorka nisu odredili koja su se specifična ponašanja javila tijekom pretjerane konzumacije alkohola, s tim da su neki od njih naveli da su se javljala i ponašanja koja nisu ponuđena u odgovorima o nasilničkom ponašanju, pokušaju suicida, alkoholom potaknutoj agresiji i impulzivnosti, ali nisu eksplicitno naveli koja su to specifična ponašanja bila u pitanju.

Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara raspoređena je u četiri grupe i to na onu grupu koja na sastanke dolazi od 1 do 2 godine, zatim na grupu koja na sastanke dolazi od 2 do 4 godine, te na treću grupu koja na sastanke dolazi između 4 i 5 godina i onu koja na

sastanke dolazi dulje od pet godina. Zapravo su se ove posljednje dvije grupe mogle spojiti u jednu grupu, kao onu u koju korisnici dolaze preko 4 godine. Dobiveno je da je u uzorak ušlo ukupno 71 ispitanik ili 43,1% onih koji na KLA dolaze od 1 do 2 godine, zatim 51 sudionik istraživanja ili 31,7% koji na KLA dolaze 2 do 4 godine i 40 ili 25,2% sudionika koji na terapiju dolaze preko 4 godine, od čega 30 dolazi na terapiju od 4 do 5 godina, a njih 10 ili 7% na terapiju dolazi preko pet godina. Prosječna duljina dolaska na sastanke KLA iznosila je 33 mjeseca ($M=32,82$; $SD=34,58$), s prilično visokim standardnim odstupanjima.

Što se tiče ukupne duljine apstinencije, ona visoko korelira s periodom članstva u KLA ($r=0,961$, $p<0,001$) te članovi u prosjeku apstiniraju 32 mjeseca ($M=32,31$, $SD=35,86$). Do godinu dana apstinira 33,74% članova ($N=55$), od 1 do 2 godine njih 22,7% ($N=37$), od 2 do 4 godine njih 28,22% ($N=46$), a više od 4 godine njih 15,34% ($N=25$).

U tijeku perioda liječenja od ovisnosti o alkoholu korisnici KLA su imali određeni broj recidiva, odnosno jedna trećina sudionika ($N=52$ ili 32%) izjasnila se da je u tijeku liječenja imala recidiv, dok kod 42,9% ($N=70$) nije bilo recidiva u tijeku liječenja od alkohola. 23,9% ($N=39$) sudionika nije odgovorilo na ovo pitanje. Prema pravilima članstva u KLA osoba koja se učlani u klub, iz istog bez obzira na recidiv ne može biti izbačena niti izbrisana. O njoj klub vodi stalnu skrb. Stoga je i recidiv koji naprave osobe u tijeku boravka u KLA jedna od nedaća s kojima se suočavaju tijekom liječenja, ali u tom periodu imaju stručnu podršku voditelja KLA i aktivnih članova.

U tijeku perioda liječenja većinom korisnici dolaze sami bez pratnje u 63,8% slučajeva ($N=104$), dok je u pratnji supruga odnosno supruge dolazilo 31,3% sudionika ($N=51$). Ukupno 7 sudionika dolazi u pratnji djece ili neke druge osobe, dok jedan sudionik nije odgovorio na ovo pitanje.

Prosječan broj dolazaka u Klubove liječenih alkoholičara govori nam da je najveći broj korisnika dolazi jednom tjedno na sastanke u KLA ($N=138$ ili 84,7%), dok jednom u tijeku mjeseca dolazi 20 sudionika ili njih 12,3%. Negdje oko 2% ispitanih samo su izjavili da na KLA dolaze jednom godišnje ili nekoliko puta godišnje, što potvrđuje kontinuitet u liječenju korisnika KLA.

Istraživanjem smo dobili i podatke o tome jesu li ispitanici koristili antabus kao lijek nakon ulaska u KLA, pa je dobiveno da je oko petine uzorka, tj. njih 34 ili 20,9% redovito koristilo taj lijek, dok ih je 8 odnosno 4,9% taj lijek koristilo povremeno. Većina sudionika nije koristila taj lijek (njih 117 ili 71,7%), a nekoliko sudionika nije dalo odgovor na to pitanje.

Na odluku o ulasku u Klubove liječenih alkoholičara osoba koje boluju od ovisnosti o alkoholu prema dobivenim podacima u najvećoj mjeri utjecala je obitelj u 50,9% odnosno kod 83 korisnika jer su u većini situacija doživjeli strah od razdvajanja obitelji, razvoda bračne zajednice, odvajanja djece zbog pretjerane konzumacije alkohola, zatim prijatelji oko 15% (N=24) i radne kolege oko 10% (N=16). Šest sudionika istraživanja ili njih 3,7% izjavilo je da im je izrečena sudska mjera, a negdje oko petine uzorka je ukazalo da ih je na dolazak u KLA motivirao netko drugi.

8.1.2. Deskriptivni podaci za prediktore pomažući odnos s terapeutom, grupna klima, razina uključenosti u rad grupe

Obilježja terapijskog grupnog grada predstavljena su kroz skup prediktorskih varijabli koje smo nazvali Pomažući odnos s terapeutom (stručnjakom), Grupna klima i Razina uključenosti u rad grupe. Što se tiče pomažućeg odnosa s terapeutom, on je razložen na dva faktora: Povjerenje i razumijevanje s terapeutom i Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana.

Tablica 10. Deskriptivni pokazatelji za čestice za Pomažući odnos s terapeutom u KLA (Min- 1; Maks. - 6)

	N	M	SD
F1 Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	163	5,30	,769
Mislim da se mogu oslonuti na svog terapeuta.	163	5,31	,991
Mislim da me moj terapeut razumije.	163	5,37	,875
Mislim da moj terapeut želi da ja ostvarim svoje ciljeve.	163	5,39	1,02
Mislim da moj terapeut i ja radimo zajedničkim snagama.	163	5,31	,933
Mislim da terapeut i ja imamo sličan stav o karakteru mojih problema.	163	5,13	,985
Generalno poštujem terapeutov stav o meni.	163	5,25	,958
Sviđa mi se terapeut kao osoba.	163	5,34	,885
U većini seansi, terapeut i ja nađemo način da radimo na mojim problemima.	163	5,17	,953
Uspostavljena je dobra veza između mene i terapeuta.	163	5,28	,796
Mislim da terapeut ima iskustva u pomaganju ljudima.	163	5,44	,770
F2 Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	163	5,00	,809
Silno želim riješiti svoje probleme.	163	5,39	,892
Terapeut i ja imamo smislene razgovore.	163	5,20	1,001
S vremena na vrijeme, pričamo o važnim događajima iz moje prošlosti.	163	4,76	1,159
Mislim da se sviđam svom terapeutu kao osoba.	163	4,67	1,223

Deskriptivni pokazatelji čestica za ova dva faktora prikazani su u Tablici 10. gdje se mogu vidjeti prosječni odgovore na pojedinim tvrdnjama. Ukupno su procjene pomažućeg odnosa

visoke na oba faktora s time da je nešto veće slaganje sa time da postoji povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($M=5,3$, $SD=0,769$) u odnosu na faktor Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($M=5,00$, $SD=0,892$). Najveći stupanj slaganja je s tvrdnjama *Mislim da moj terapeut želi da ja ostvarim svoje ciljeve*, *Mislim da terapeut ima iskustva u pomaganju ljudima* i *Silno želim riješiti svoje probleme*. Ispitanici se najmanje slažu s tvrdnjama *S vremena na vrijeme, pričamo o važnim događajima iz moje prošlosti* i *Mislim da se sviđam svom terapeutu kao osoba*.

Faktorskom analizom upitnika kojim smo mjerili prediktorsku varijablu koja se odnosila na Grupnu klimu, ekstrahirali smo dva faktora. Prvi faktor nazvali smo Angažman korisnika u grupnom radu unutar KLA (skraćeno: *Angažman u grupi*), a drugi faktor smo nazvali Grupni konflikti unutar KLA (skraćeno: *Grupni konflikti*), a deskriptivni pokazatelji za čestice su prikazane u Tablici 11.

Tablica 11. Deskriptivni pokazatelji za čestice Skale grupne klime (Min – 1, Maks. – 6)

	N	M	SD
F1. ANGAŽMAN KORISNIKA U GRUPNOM RADU UNUTAR KLA	163	4,49	0,909
Članovi KLA se sviđaju jedni drugima i vode brigu o drugim učesnicima	163	4,87	1,163
Članovi KLA pokušavaju razumjeti zašto konzumiraju alkohol i pokušavaju pronaći razlog za svoje stanje	163	5,00	1,018
Članovi KLA smatraju da ovo što im se dešava je jako bitno i stalno su uključeni	163	4,91	1,119
Članovi KLA su ovisni o uputama voditelja/terapeuta	163	4,06	1,568
Čini mi se da članovi KLA rade stvari onako kako misle da grupi odgovara	163	3,72	1,807
Članovi KLA otkrivaju osjetljive lične informacije i osjećaje u toku sastanaka	163	4,39	1,505
F2. GRUPNI KONFLIKTI UNUTAR KLA	163	2,48	1,307
Članovi KLA izbjegavaju sagledati bitne probleme koji se dešavaju u grupi	163	2,79	1,825
Postoji napetost i ljutnja među članovima KLA	163	2,21	1,497
Članovi KLA su rezervisani i povučeni	163	2,39	1,630
Članovi KLA se međusobno raspravljaju i izazivaju konflikte s ciljem rješavanja problema	163	2,82	1,795
Članovi KLA odbijaju jedni druge i nemaju povjerenja	163	2,15	1,609
Članovi KLA se čine napeto i nervozno	163	2,51	1,585

Tablica 11. nam daje prikaz grupne klime gdje su prikazani prosječni odgovori na pojedinim tvrdnjama. Korisnici visoko procjenjuju angažman korisnika u grupnom radu ($M=4,49$; $SD=0,909$), pri čemu se najviše slažu s tvrdnjom *Članovi KLA pokušavaju razumjeti zašto konzumiraju alkohol i pokušavaju pronaći razlog za svoje stanje*, a najmanje s tvrdnjom *Čini*

mi se da članovi KLA rade stvari onako kako misle da grupi odgovara. Donekle se prepoznaju i grupni konflikti ($M=2,48$; $SD= 1,307$), ali oni nisu u toj mjeri izraženi. Tako se u nekoj mjeri slažu s tvrdnjom *Članovi KLA se međusobno raspravljaju i izazivaju konflikte s ciljem rješavanja problema* i *Članovi KLA izbjegavaju sagledati bitne probleme koji se dešavaju u grupi*, ali primjerice najmanje je slaganje s tvrdnjom *Članovi KLA odbijaju jedni druge i nemaju povjerenja*. Dakle, više se radi o konfliktima oko sagledavanja problema i konfrontacija, nego o konfliktima osobne prirode.

Što se tiče varijable Razina uključenosti u grupni rad, ona je mjerena sa skalom od osam čestica. Deskriptivni podaci su prikazani u Tablici 12.

Tablica 12. Deskriptivna statistika za varijablu Razina uključenosti (Min – 1; Maks. – 5).

	N	M	SD
Na sastanke KLA dolazim na vrijeme/ prije početka sastanka	163	4,42	,823
Na sastancima KLA ostajem do kraja sastanka ili napuštam sastanak samo u slučaju važnog razloga	163	4,52	,773
Nakon završenog sastanka KLA ne želim odmah otići kući	163	3,87	1,184
U toku izlaganja tokom trajanja sastanka KLA njeno/njegovo vrijeme za razgovor se poštuje (ne predugo, ne prekratko)	163	4,40	,791
Na sastancima KLA redovno pratim i razumijem šta drugi govore	163	4,42	,800
Na sastanku KLA verbalno komuniciram sa drugim članovima na temu koju je grupa odabrala za taj sastanak	163	4,24	1,017
Redovno na sastancima KLA učestvujem u grupnim projektima i aktivnostima	162	4,27	,885
UKUPNA RAZINA UKLJUČENOSTI	163	4,31	0,739

Ukupna razina uključenosti u grupni rad je visoka i iznosi $M=4,31$ ($SD=0,739$). Čestica s kojom se ispitanici najviše slažu jest *Na sastancima KLA ostajem do kraja sastanka ili napuštam sastanak samo u slučaju važnog razloga*, a najmanji stupanj slaganja je s tvrdnjom *Nakon završenog sastanka KLA ne želim odmah otići kući*.

8.1.3. Deskriptivni podaci za skup prediktora - Socijalna i obiteljska podrška

Socijalna i obiteljska podrška u ovom istraživanju odnosila se na skup od tri prediktorske varijable: Obiteljsko funkcioniranje, Percipirana socijalna podrška i Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu.

Mjerenjem Obiteljskog funkcioniranja uz pomoć Skale obiteljskog funkcioniranja (ICPS, Noler, 1988), ekstrahirana su četiri faktora, koja smo nazvali: Privrženost korisnika drugim članovima obitelji, Neusklađenost u odnosima unutar obitelji, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa i Rigidnost članova obitelji.

Tablica 13. Deskriptivna statistika za varijablu Privrženost korisnika drugim članovima obitelji (Min- 1; Maks. – 6)

	N	M	SD
Članovi obitelji su si međusobno jako bliski.	163	4,43	1,291
Međusobno si iskazujemo ljubav i nježnost.	162	4,46	1,257
Zajedno radimo na rješavanju problema.	163	4,48	1,264
Svaku osobu se potiče da ima vlastito mišljenje oko stvari.	163	4,29	1,365
Članovi obitelji si međusobno pokazuju iskrene osjećaje.	163	4,40	1,303
Svaki član obitelji je prihvaćen takav kakav jest.	163	4,48	1,312
Djecu se konzultira i oni sudjeluju u donošenju odluka.	163	4,25	1,379
Međusobno se slušamo i poštujemo tuđa mišljenja.	163	4,44	1,306
Članovi naše obitelji su sposobni samostalno "stati na noge".	163	4,36	1,313
Obično možemo riješiti probleme tako da o njima razgovaramo.	163	4,42	1,300
Članovi obitelji međusobno dijele interese i hobije.	163	4,20	1,411
Članovi obitelji iskazuju svoje mišljenje u vezi obiteljskih pitanja.	163	4,50	1,249
Pokazujemo ljubav jedni drugima čak i kada se ne slažemo.	163	4,42	1,324
Roditelji i djeca razgovaraju o stvarima prije nego se donesu neke odluke.	163	4,38	1,371
UKUPNO Privrženost korisnika drugim članovima obitelji	163	4,39	1,07

Mjerenjem Obiteljskog funkcioniranja uz pomoć Skale obiteljskog funkcioniranja, u dijelu koji se odnosi na privrženost korisnika drugim članovima obitelji, visoko su procijenjena slaganja s tvrdnjama Zajedno radimo na rješavanju problema i Svaki član obitelji je prihvaćen takav kakav jest gdje je M za obje tvrdnje 4,48, dok su najniže vrijednosti uočene kod Članovi obitelji međusobno dijele interese i hobije gdje je M = 4,20.

Tablica 14. Deskriptivna statistika za varijablu Obiteljsko funkcioniranje, Neusklađenost u odnosima unutar obitelji (Min- 1; Maks. – 6)

	N	M	SD
Često se međusobno ne razumijemo.	163	3,66	1,657
Iako želimo najbolje, previše se jedni drugima miješamo u živote.	163	3,80	1,632
Mnogo je ljutnje između članova naše obitelji.	163	3,05	1,655
Prekidamo se i upadamo u riječ jedni drugima.	163	3,75	1,581
Jedan roditelj unatoč mišljenju drugog roditelja staje na stranu djeteta.	163	3,72	1,442
Odlučivanje i planiranje predstavljaju probleme u našoj obitelji.	163	3,42	1,606
O problemima je lakše razgovarati s ljudima izvan obitelji nego s članovima obitelji.	163	3,33	1,674
UKUPNO Neusklađenost u odnosima unutar obitelji	163	3,46	1,16

Mjerenjem Obiteljskog funkcioniranja kod faktora, neusklađenost u odnosima unutar obitelji, najviše je slaganja s tvrdnjom Iako želimo najbolje, previše se jedni drugima miješamo u živote gdje je M= 3,80, zatim slijedi Prekidamo se i upadamo u riječ jedni drugima gdje M =3,75.

Tablica 15. Deskriptivna statistika za varijablu Obiteljsko funkcioniranje, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa (Min- 1; Maks. – 6)

	N	M	SD
Članovi naše obitelji si međusobno pomažu i podržavaju se.	163	4,75	1,367
Svaki član naše obitelji sudjeluje u važnim obiteljskim odlukama.	163	4,53	1,398
Iskreni smo jedni prema drugima.	163	4,69	1,283
Roditelji se obično slažu oko stvari koje se tiču obitelji.	163	4,61	1,340
Fleksibilni smo oko toga tko što radi u našoj obitelji.	163	4,70	1,208
UKUPNO Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	163	4,66	1,16

U pogledu funkcionalnosti unutar obiteljskih odnosa, najviše je slaganja na tvrdnji Članovi naše obitelji si međusobno pomažu i podržavaju se gdje je M= 4,75, dok je najmanji stupanj slaganja kod Svaki član naše obitelji sudjeluje u važnim obiteljskim odlukama gdje je M= 4,53. Ostali rezultati prikazani su u Tablici 15. gdje je vidljivo da ispitanici tendiraju da daju pozitivnije odgovore, odnosno da se više slažu nego što se ne slažu sa česticama Skale obiteljskog funkcioniranja, koje se odnose na faktor Funkcionalnosti među članovima obitelji osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu.

Tablica 16. Deskriptivna statistika za varijablu Obiteljsko funkcioniranje, Rigidnost članova obitelji (Min- 1; Maks. – 6)

	N	M	SD
U našoj obitelji je teško mijenjati pravila.	163	3,87	1,505
Jednom kada nešto odlučimo teško nam je raditi promjene.	163	3,75	1,375
Naveliko nastojimo mijenjati jedni druge.	163	3,70	1,487
UKUPNO Rigidnost članova obitelji	163	3,77	1,183

U Tablici 16. prikazani su deskriptivni statistički pokazatelji koji se odnose na faktor Rigidnosti članova obitelji, gdje je vidljivo da ispitanici uglavnom tendiraju da daju odgovore koji su donekle pozitivniji u smjeru slaganja s pojedinim česticama, ali znatno manje nego što je slučaj sa faktorima Privrženost i Funkcionalnost. To znači da su tendencija odgovaranja na čestice približnije faktoru Neusklađenosti u obiteljskim odnosima. Najveći stupanj slaganja je s tvrdnjom U našoj obitelji je teško mijenjati pravila gdje je $M = 3,87$. Ostali rezultati prikazani su u Tablici 17. Za percipiranu socijalnu podršku u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu dobiveno je dvofaktorsko rješenje, pa su tako čestice koje se odnose na percipiranu podršku obitelji i značajnih osoba zapravo pripale faktoru percipirane podrške obitelji, a ostale čestice su pripale faktoru percipirane podrške prijatelja. Kako je moguće primijetiti iz Tablice 17. vidljivo je da su aritmetičke sredine na oba faktora takve da tendiraju ka većem slaganju s pojedinačnim česticama, te su i same aritmetičke sredine za pojedine faktore slične. Pritom je tendencija standardnog odstupanja nešto veća kod drugog faktora, odnosno kod percipirane podrške prijatelja.

Tablica 17. Deskriptivni statistički pokazatelji za percipiranu podršku obitelji i prijatelja (Min-1; Maks. – 7)

	N	M	SD
Faktor 1 Percipirana podrška obitelji	163	5,53	1,319
Postoji posebna osoba koja je tu negdje kad mi je potrebno	163	5,56	1,540
Postoji posebna osoba s kojom mogu podijeliti svoju sreću i tugu	163	5,56	1,511
Moja porodica se trudi pomoći mi da prevaziđem ovaj period	163	5,58	1,567
Dobijam emocionalnu podršku i pomoć od svoje porodice	163	5,62	1,471
Postoji posebna osoba koja mi je pravi izvor utjehe	163	5,57	1,563
Mogu pričati o svojim problemima sa svojom porodicom	163	5,44	1,576
Postoji posebna osoba u mom životu koja brine o mojim osjećajima	163	5,39	1,589
Faktor 2 Percipirana podrška prijatelja	163	5,32	1,488
Moji prijatelji mi zaista pokušavaju pomoći	163	5,27	1,576
Moja prijatelji su spremni pomoći mi u donošenju određenih odluka	163	5,48	1,541
Mogu računati na svoje prijatelje kada nešto krene po zlu	163	5,27	1,576
Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti i sreću i tugu	163	5,31	1,646
Mogu pričati sa svojim prijateljima o problemima	163	5,42	1,519

Prikazani rezultati u Tablici 17. ukazuju da je najviše slaganje bilo na tvrdnji Dobijam emocionalnu podršku i pomoć od svoje porodice gdje je $M = 5,62$, dok se kod percipirane podrške prijatelja značajnom se izdvojila varijabla Moji prijatelji su spremni pomoći mi u donošenju određenih odluka za koju je $M = 5,48$.

Za Percipiranu stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu deskriptivni pokazatelji prikazani su u Tablici 18.

Tablica 18. Deskriptivni statistički pokazatelji za Percipiranu stigmatu osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu (Min- 1; Maks. – 4)

	N	M	SD
Percipiranu stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	163	2,66	0,779
Većina ljudi bi rado prihvatila nekoga ko je bio na tretmanu odvikavanja od alkohola kao bliskog prijatelja	162	2,86	0,874
Većina ljudi vjeruje da je neko ko je liječen zbog upotrebe alkohola podjednako pouzdan kao i drugi građanin.	163	2,77	0,933
Većina ljudi bi prihvatila nekoga ko je liječen zbog upotrebe alkohola kao učitelja male djece u javnoj školi	163	2,50	0,952
Većina ljudi bi zaposlila nekoga ko je bio liječen od alkohola da se brine o njegovoj djeci.	162	2,48	0,907
Većina poslodavaca će zaposliti nekoga ko se liječio od uporabe alkohola ako je kvalificiran za posao.	163	2,71	0,901
Većina ljudi je spremna stupiti u vezu se s nekim ko je bio liječen zbog upotrebe alkohola	163	2,66	0,932

Analizirajući odgovore sudionika istraživanja, stigma je donekle prisutna pa tako u najvećoj mjeri izražavaju slaganje sa tvrdnjom da je društvo spremno prihvatiti osobu na liječenju kao svog bliskog prijatelja ($M=2,86$), a najmanje da bi mogao biti učitelj male djece u javnoj školi ili uopće raditi poslove koji uključuju brigu o djeci ($M=2,50$ i $M=2,48$).

8.1.4. Deskriptivni pokazatelji za kriterijsku varijablu Percipirana samoeфикаsnost u apstinenciji

Percipirana samoeфикаsnost u apstinenciji od alkohola mjerena je sa šest čestica, koje su mjerile vlastitu pouzdanost u samoeфикаsnost osoba ovisnih o alkoholu u uspostavljanje i održavanje apstinencije.

Tablica 19. Deskriptivna statistika za percipiranu samoeфикаsnost u apstinenciji (Min- 1; Maks. – 5)

	N	M	SD
PERCIPIRANA SAMOEFIKASNOST	163	4.00	.871
Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol kad ste emocionalno uznemireni (osjećate se loše, ljutito, uplašeno ili krivo)?	163	3,44	.876
Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol kad budete u blizini ili gledate druge koji konzumiraju - na primjer, za vrijeme proslava ili na godišnjem odmoru?	163	3,71	.626
U slučaju psihičke opterećenosti i umora ne biste podlegli konzumaciji alkohola	163	4,12	1,364
Koliko ste sigurni da ne biste ponovno konzumirali alkohol ili razmišljali o korištenju nakon tretmana koji ste prošli ?	163	4,21	1,180
Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol ukoliko osjetite tjelesnu potrebu ili žudnju za alkoholom?	163	4,28	1,135
Koliko ste sigurni da ne biste nastavili konzumirati alkohol kada imate nagon isprobati samo jedno piće da biste vidjeli što se događa?	162	4,25	1,201

U Tablici 19. prikazani su deskriptivni statistički pokazatelji (N, M i SD) za svaku česticu skale koja je mjerila percipiranu samoeфикаsnost. Kako je moguće vidjeti jedino prve dvije čestice pokazuju nešto manje aritmetičke sredine, ali ujedno i manja odstupanja, u smislu da ispitanici tendiraju da budu manje sigurni u to da ne bi konzumirali alkohol kada bi bili emocionalno uznemireni ili da ne bi konzumirali alkohol kada bi se nalazili u blizini nekoga tko konzumira alkoholna pića. Mjerni parametri koji objašnjavaju percipiranu samoeфикаsnost najizraženiji su u dijelu sigurnosti korisnika da ne bi konzumirali alkohol ukoliko osjete tjelesnu potrebu ili žudnju za alkoholom gdje M iznosi 4,28, nakon čega slijedi čestica Koliko ste sigurni da ne biste nastavili konzumirati alkohol kada imate nagon isprobati samo jedno piće da biste vidjeli što se događa (M=4,25). Cilj samoeфикаsnosti koja označava doživljaj kompetencije je efikasno nošenje s različitim stresnim situacijama (Schwartzter i sur.1995), povezane su sa nemogućnosti organizacije samostalnog života (Link,1982). U našem istraživanju sudionici su iskazali visok stupanj percipirane samoeфикаsnosti koja im olakšava proces oporavka od ovisnosti o alkoholu u KLA.

8.1.5. Deskriptivna statistika za kriterijsku varijablu Osobna dobrobit

Kriterijska varijabla osobne dobrobiti mjerena je uz pomoć Indeksa osobne dobrobiti za odrasle (PWI-A, Cummins, 2013), a koja se sastojala od osam tvrdnji. Na svaku tvrdnju ispitanici označavaju koliko se slažu s njom na skali od 0 do 10, odnosno svaka tvrdnja zapravo znači

stupanj zadovoljstva s određenim aspektom životne dobrobiti (materijalno stanje, zdravlje, život općenito, duhovnost, itd.).

Tablica 20. Deskriptivna statistika za tvrdnje analize Indeksa osobne dobrobiti (Min- 1; Maks. – 10)

	N	M	SD
OSOBNJA DOBROBIT	163	7,65	1,853
Koliko ste zadovoljni Vašim životnim standardom (materijalnim stanjem)?	159	7,47	2,125
Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	162	7,73	2,158
Koliko ste zadovoljni onim što postižete u životu?	160	7,71	2,124
Koliko ste zadovoljni svojim osobnim odnosima?	161	7,61	2,168
Koliko ste zadovoljni činjenicom koliko se sigurno osjećate?	162	7,81	2,011
Koliko ste zadovoljni što se osjećate dijelom svoje zajednice?	161	8,00	2,031
Koliko ste zadovoljni budućom sigurnošću?	160	7,52	2,232
Koliko ste zadovoljni svojom duhovnošću ili religijom?	161	7,73	2,188

U Tablici 20. su prikazane aritmetičke sredine i standardne devijacije, za svaku tvrdnju, kao i za cijelu skalu, uzimajući u obzir ukupan rezultat na skali podijeljen s brojem tvrdnji same skale. Samoprocjenom aspekata osobne dobrobiti najveći broj sudionika izjasnio se da osjeća pripadnost unutar svoje lokalne zajednice u kojoj djeluje KLA gdje je najveća vrijednost $M=8,00$, $SD=2,031$, nakon koje slijedi koliko se korisnici osjećaju sigurnim u svakodnevnom životu u kojoj $M=7,81$, $SD=2,011$, dok su nešto manje zadovoljni životnim standardnom materijalnim stanjem gdje je $M=7,47$, $SD=2,125$.

8.1.6. Deskriptivni pokazatelji za kriterijsku varijablu Procjena oporavka

Kriterijska varijabla Procjena oporavka liječenih alkoholnih apstinenata (ili skraćeno Procjena oporavka) mjerena je uz pomoć skraćene verzije Skale za procjenu oporavka (RAS-R, Gilfort i sur., 1995), a koja se sastojala od 24 tvrdnje na koje se odgovara na Likertovoj skali od 1 do 5, gdje 1 znači da se u potpunosti ne slaže, a 5 da se u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom. Faktorskom analizom su ekstrahirana četiri faktora: Samopouzdanje i pozitivna očekivanja, Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe, Orijentacija ka uspjehu i ciljevima i Nadilaženje simptoma ovisnosti.

Deskriptivni statistički pokazatelji za sva četiri dobivena faktora prikazani su u Tablici 21, dok su ukupni statistički pokazatelji za svaki pojedinačni faktor prikazani u narednim tablicama.

Tablica 21. Deskriptivni statistički pokazatelji za sva četiri faktora kriterijske varijable procjena oporavka (Min- 1; Maks. – 5)

	N	M	SD
Samopouzdanje i pozitivna očekivanja	163	4,23	0,681
Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe	163	4,21	0,67
Orjentacija ka uspjehu i ciljevima	163	4,27	0,685
Nadilaženje simptoma ovisnosti	163	4,06	0,839

Kako je moguće vidjeti iz Tablice 21. a koja se odnosi na deskriptivnu statistiku za sva četiri faktora, ispitanici tendiraju da imaju pozitivnije vrijednosti aritmetičke sredine na sva četiri faktora, na temelju čega je odmah moguće naslutiti da klubovi liječenih alkoholičara pozitivno doprinose procjeni oporavka od ovisnosti o alkoholu kod ispitanog uzorka. Najvišima procjenjuju svoj oporavak u domeni pozitivnih očekivanja od budućnosti i orijentaciji ka uspjehu, a najmanje u domeni nadilaženje samih simptoma ovisnosti što ukazuje izravnije na oporavak u vidu ozdravljenja. U narednim tablicama je moguće vidjeti i ukupne statističke pokazatelje na pojedinim česticama svakog od faktora (Tablice 22. 23. 24. 25.).

Tablica 22. Deskriptivna statistika za prvi faktor Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

	N	M	SD
Moj život ima svrhu.	163	4,39	0,788
Čak i kada ne brinem o sebi, drugi ljudi brinu o meni.	163	4,03	1,009
Ja volim sebe	163	4,27	0,868
Da me ljudi zapravo poznaju, svidio/svidjela bi im se.	163	4,25	0,794
Imam ideju tko želim postati.	163	4,12	0,935
Nadam se da će se nešto dobro dogoditi.	163	4,28	0,848
Nadam se svojoj budućnosti	163	4,29	0,822
Nastavljam imati nove interese	163	4,21	0,835

Tablica 23. Deskriptivna statistika za drugi faktor Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge u procesu liječenja

	N	M	SD
Razumijem kako kontrolirati simptome svoje bolesti.	163	4,2	0,86
Ja znam kada zatražiti pomoć	163	4,29	0,807
Spreman/na sam zatražiti pomoć	163	4,44	0,694
Tražim pomoć kada mi je potrebna.	163	4,33	0,817
Mogu se nositi sa stresom.	163	4,06	0,934
Imam ljude na koje se mogu oslonuti.	163	4,26	0,821
Čak i kada ne vjerujem u sebe, drugi ljudi vjeruju.	163	4,03	0,946
Važno je imati razne prijatelje.	163	4,07	0,944

Tablica 24. Deskriptivna statistika za treći faktor Orijentacija ka uspjehu ciljevima

	N	M	SD
Imam želju da uspijem.	163	4,41	0,791
Imam svoj plan kako ostati ili postati dobro.	163	4,23	0,774
Imam ciljeve u životu koje želim ispuniti.	163	4,28	0,790
Mislim da mogu ispuniti svoje trenutne ciljeve.	163	4,16	0,816

Tablica 25. Deskriptivna statistika za četvrti faktor Nadilaženje simptoma bolesti

	N	M	SD
Ne mogu se nositi s onim što mi se dešava u životu.	163	2,78	1,401
Suočavanje sa mojom mentalnom bolešću nije više fokus mog života	163	3,89	1,133
Moji simptomi sve manje utiču na moj svakodnevni život.	163	4,12	0,915
Moji simptomi su sve manji period trajanja prisutni, svaki put kada se pojave.	163	4,16	0,902

8.2. Čimbenici koji doprinose percipiranoj samoefikasnosti osoba ovisnih o alkoholu

Prvi problem ovoga istraživanja odnosio se na ispitivanje doprinosa sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog i grupnog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine percipirane samoefikasnosti u apstinenciji.

Tablica 26. Prikaz korelacija prediktorskih varijabli s kriterijem Percipirane samoeфикаsnosti u apstinenciji

Percipirana Samoeфикаsnost	r
Spol	,127
Stručna sprema	,119
Bračni status	,018
Recidiv	,036
Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest	,081
Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara	,119
Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola	,115
Čestina dolazaka u KLA	-,008
Dolazite li na sastanke u pratnji ?	,038
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,286**
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,292**
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	,291**
Grupni konflikti unutar KLA	-,020
Razina uključenosti u rad članova grupe KLA	,267**
Obiteljsko funkcioniranje, privrženost među članovima obitelji	,221**
Obiteljsko funkcioniranje, neusklađenost u odnosima unutar obitelji korisnika KLA	-,114
Obiteljsko funkcioniranje, funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,222**
Obiteljsko funkcioniranje, rigidnost članova obitelji	,030
Percipirana podrška obitelji tijekom tretmana u KLA	,211**
Percipirana podrška prijatelja tijekom tretmana u KLA	,203**
Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,052

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

Kriterijska varijabla samoeфикаsnosti mjerena je na uz pomoć Kratke ljestvice za mjerenje samoeфикаsnosti apstinencije, te je za korištenu skalu potvrđena jednofaktorska struktura, a za provjeru doprinosa navedenih grupa čimbenika provedena je hijerarhijska regresijska analiza.

Prediktorske varijable za koje je utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti s kriterijem Samoeфикаsnosti su: povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($r=,286$ $p<0,01$), zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($r=,292$, $p<0,01$), Angažman korisnika KLA u grupnom radu ($r=,291$, $p<0,01$), Razina uključenosti u rad grupe ($r=,267$,

$p < 0,01$), Obiteljsko funkcioniranje, privrženost među članovima obitelji ($r = ,221$, $p < 0,01$), Obiteljsko funkcioniranje, funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa ($r = ,222$, $p < 0,01$), Percipirana podrška obitelji ($r = ,211$, $p < 0,01$), Percipirana podrška prijatelja ($r = ,203$, $p < 0,01$).

Temeljem utvrđenih korelacija, izbačene su prediktorske varijable s korelacijom manjom od 0,1. To su varijabla Bračnog statusa iz I bloka varijabli koji se odnosi na sociodemografska obilježja sudionika, zatim preostale varijable iz II bloka varijabli koji se odnosi na obilježja liječenja izuzev varijable Duljina dolaska na sastanke KLA. Zatim su provjerene korelacije među prediktorima unutar pojedinih blokova varijabli te su zadržane varijable koje su u međusobnoj korelaciji manjoj od 0,5 ($p < 0,05$).

U Tablicama od 27. do 30. prikazane su korelacije među prediktorskim varijablama unutar pojedinih blokova te su zadržane varijable koje su u međusobnoj korelaciji manje od 0,5.

Tablica 27. Korelacije među prediktorskim varijablama I bloka (Sociodemografska obilježja)

varijable	Spol	Stručna sprema	Bračni status
spol	-	,048	,131
Stručna sprema	,048	-	,037
Bračni status	,131	,037	-

U I blok varijabli koje se odnose na sociodemografska obilježja, za hijerarhijsku regresijsku analizu, zadržali smo varijable koje koreliraju s kriterijem u razini većoj od 0,1, a to su Spol i Obrazovni status, dok je varijabla Bračnog statusa isključena iz daljnje analize.

Tablica 28. Korelacije među prediktorskim varijablama II bloka (Obilježja liječenja)

Varijable	Dg bolest	Duljina dolaska	Apstinencija	Recidiv	Čestina dolazaka	Pratnja
Druga bolest	-	-,204**	-,213**	-,170*	-,125	,048
Duljina dolaska	-,204**	-	,961**	,086	,268**	-,050
Apstinencija	-,213**	,961**	-	,134	,287**	-,070
Recidiv	-,170*	,086	,134	-	-,025	-,334**
Čestina dolazaka	-,125	,268**	,287**	-,025	-	-,067
Pratnja	,048	-,050	-,070	,334**	-,067	-

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

Od varijabli iz II bloka, zadržana je varijabla Duljine dolaska na sastanke u KLA, jer preostale varijable nisu značajno korelirale s kriterijem oporavka Samoefikasnost. Osim toga duljina

apstinencije je u visokoj korelaciji s duljinom dolaska u KLA, ali odabran je drugi indikator radi više korelacije s kriterijem.

Tablica 29. Korelacije među prediktorskim varijablama trećeg bloka (Grupna klima i odnos s terapeutom)

varijable	Razina uključ,	Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom	Grupna klima Angažman	Grupna klima konflikti
Razina uključenosti	-	,412**	,320**	,310**	-,033
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,412**	-	,652**	,400**	-,154*
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom	,320**	,652**	-	,490**	-,063
Angažman grupna klima	,310**	,400**	,490**	-	,182*
Konflikti grupna klima	-,033	-,154*	-,063	,182*	-

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

III blok varijabli su činile varijable koje se odnose na Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Zajedničku usmjerenost korisnika s terapeutom na ostvarivanje ciljeva tretmana, Angažman korisnika KLA u grupnom radu, Razina uključenosti u grupni rad, dok je varijabla koja se odnosila na Grupne konflikte izbačena iz analize, jer nije utvrđena statistički značajna korelacija s kriterijem Samoefikasnosti. Osim toga dvije varijable koje se tiču pomažućeg odnosa s terapeutom su u korelaciji višoj od 0,5 pa je odlučeno zadržati Zajedničku usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana radi više korelacije s kriterijem.

Tablica 30. Korelacije među prediktorskim varijablama četvrtog bloka (Obiteljska i socijalna podrška)

Varijable	OF Privrženost	OF Neusklađenost u odnos,	OF Funkcion.	OF Rigidnost	Perc Podrška obitelj	Perc podrška Prijatelji	Stigma
OF - Privrženost	-	-,178*	,680**	,246**	,591**	,478**	,241**
OF Neusklađenost u odnosima	-,178*	-	-,072	,509**	-,220	-,057	,106
OF Funkcionalnost	,680**	-,072	-	,204**	,526**	,430**	,201*
OF Rigidnost	,246**	,509**	,204**	-	,036	,083	,184*

Perc, podr, obitelj	,591**	-,220**	,526**	,036	-	,716**	,160*
Percip, podr, prijatelji	,478**	-,057	,430**	,083	,716**	-	,172*
Stigma	,241**	,106	,201*	,184*	,160*	,172*	-

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

IV blok varijabli odnosio se na četiri faktora obiteljskog funkcioniranja (Privrženost članova obitelji, Neusklađenost u odnosima unutar obitelji, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa, Rigidnost članova obitelji), dva faktora percipirane socijalne podrške (Percipirana podrška obitelji i Percipirana podrška prijatelja), te Percipiranu stigmatu osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Varijable Rigidnosti i Percipirane stigme isključene iz dalje analize, jer nisu statistički značajno korelirale s kriterijem Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji. Pritom, dodatno su zbog visoke korelacije s drugim prediktorima izbačene varijable Privrženost članova obitelji i Percipirana podrška obitelji.

Sažetak modela hijerarhijske regresijske analize za procjenu doprinosa prediktorskih varijabli kriterijskoj varijabli Percipirane samoefikasnosti u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu prikazan je u Tablici 31.

Tablica 31. Sažetak modela sa zavisnom varijablom Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji

Model	R	R ²	Korig, R ²	Stand,pogr, procjene	Statistika promjene				
					R ² promj,	F promj,	df1	df2	Sig F Promj,
1	,170 ^a	,029	,017	,86327	,029	2,383	2	160 ^a	,096
2	,209 ^b	,044	,026	,85935	,015	2,462	1	159 ^b	,119
3	,422 ^c	,178	,146	,80442	,134	8,485	3	156 ^c	,000
4	,439 ^d	,192	,139	,80771	,015	,683	4	152 ^d	,605

a. Prediktori: (Constant), Stručna sprema, Spol

b. Prediktori : (Constant), Stručna sprema, Spol, Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara (navedite)

c. Prediktori : (Constant), Stručna sprema, Spol, Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara (navedite), Angažman korisnika u grupnom radu, Razina uključenosti u rad grupe, Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana

d. Prediktori : (Constant), Stručna sprema, Spol, Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara (navedite), Angažman korisnika u grupnom radu, Razina uključenosti u rad grupe, Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Neusklađenost u odnosima unutar obitelji, Percipirana podrška prijatelja, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa

I i II blok varijabli modela ovoga istraživanja nisu se pokazali posebno značajnim za kriterij Percipirane samoefikasnosti. Daljnjom analizom i uvođenjem III bloka varijabli u model ovoga istraživanja, dobivenim rezultatima utvrđena je značajnost jer uvodi najveću promjenu u objašnjenju kriterija Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji.

Dobiveni rezultat ukazuje da percipiranoj samoefikasnosti korisnika KLA koji redovito dolaze na sastanke doprinosi prediktor Duljina dolazaka na sastanke KLA, točnije korisnici koji dulje dolaze na sastanke u KLA ostvaruju bolje rezultate u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za doprinos pojedinih prediktorskih varijabli percipiranoj samoefikasnosti u apstinenciji od alkohola, prikazani su u Tablicama od 32. i 33.

Tablica 32. ANOVA za percipiranu samoefikasnost u apstinenciji od alkohola

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regresija	3,551	2	1,776	2,383	,096 ^b
	Rezidual	119,238	160	,745		
	Total	122,789	162			
2	Regresija	5,370	3	1,790	2,424	,068 ^c
	Rezidual	117,420	159	,738		
	Total	122,789	162			
3	Regresija	21,842	6	3,640	5,626	,000 ^d
	Rezidual	100,947	156	,647		
	Total	122,789	162			
4	Regresija	23,609	9	2,623	4,047	,000 ^e
	Rezidual	99,180	153	,648		
	Total	122,789	162			

Rezultati hijerarhijske regresijske analize postavljenog modela nisu se pokazali značajnim u prva dva bloka. Nadalje, nakon uvođenja III bloka varijabli u model koji se tiče odnosa u grupi odnosno prediktora Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Razina uključenosti u rad grupe i Angažman korisnika u grupnom radu, navedeni blok varijabli u analizi u najvećem stupnju doprinosi kriteriju Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji od

alkohola kod korisnika KLA. Tokom daljnje analize, ostali prediktori nisu značajno doprinosili kriteriju Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji.

Shodno dobivenim rezultatima ovoga istraživanja, većina sudionika istraživanja iskazuje da je u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu posebno značajan odnos koji ostvaruju s terapeutom odnosno voditeljem KLA. Nakon toga slijedi angažman korisnika KLA u grupnim odnosima tijekom tretmana, gdje ispitanici ističu da je od posebnog značaja individualno učešće odnosno mogućnost iznošenje mišljenja i stavova unutar grupe.

II blok varijabli odnosi se na duljinu dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara. Korisnici koji su dulje dolazili na sastanke KLA, percipiraju višu razinu poboljšanja u raznim aspektima života što značajno utječe na poboljšanje kvalitete života korisnika, ali tek onda kada se u model uvedu varijable obiteljskog funkcioniranja i percipirane podrške prijatelja.

III blok čine obilježja: zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, razina uključenosti u rad grupe i angažman korisnika u grupnom radu, gdje je razina uključenosti najizraženija u četvrtom koraku analize modela, točnije kod uvođenja prediktora socijalne i obiteljske podrške.

Prediktor za koji je u ovom istraživanju utvrđena statistički značajna povezanost s kriterijem Samoefikasnosti je Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana na način da ih različitim metodama upućuje u uzrok problema koji je prouzrokovao trenutno stanje u kojem se nalaze, što doprinosi prevladavanju i otklanjanju nastalih problema. Prediktor koji se također pokazao kao značajan je Angažman korisnika u grupnom radu, jer su korisnici KLA zajednički s ostalim članovima grupe radili na prevladavanju nastalih problema s posebnim naglaskom na recidive tijekom liječenja. Grupni rad djeluje podržavajuće na korisnika KLA, čime je potvrđen prediktor značajnosti grupnih odnosa tijekom liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA.

IV blok odnosi se na Socijalnu podršku i Obiteljsko funkcioniranje te uvođenjem ovih prediktorskih varijabli, druge varijable dobivaju na značajnosti.

Značajnost modela kod uvođenja I bloka prediktora nije potvrđena, te kao takav objašnjava svega 2,9% varijance kriterija. Uvođenjem prediktora II bloka varijabli se ne doprinosi značajnosti modela jer objašnjava 4,4% varijance kriterija. Nadalje, uvođenjem prediktora III bloka varijabli, a koje se odnose na grupnog i terapijskog rada, model dobiva na značaju i tada objašnjava 17,8% varijance kriterija percipirane samoefikasnosti. Uvođenjem IV bloka

varijabli u model, objašnjenje varijance kriterija povećava se do 19,2%, ali se socijalna i obiteljska podrška nisu pokazale značajnim prediktorima.

Detaljniji pregled doprinosa svakog pojedinačnog prediktora prikazan je u Tablici 33.

Tablica 33. Koeficijenti za kriterijsku varijablu Percipirana samoeфикаsnost^a

	Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
		B	Stand.pog.	Beta		
	(Konstanta)	3,329	,317		10,485	,000
1	Spol	,271	,175	,121	1,554	,122
	Stručna sprema	,181	,124	,114	1,456	,147
	(Konstanta)	3,222	,323		9,965	,000
2	Spol	,280	,174	,125	1,607	,110
	Stručna sprema	,179	,124	,113	1,450	,149
	Duljina dolaska na sastanke KLA	,003	,002	,122	1,569	,119
	(Konstanta)	,879	,561		1,567	,119
	Spol	,288	,165	,128	1,742	,083
	Stručna sprema	,188	,118	,118	1,597	,112
3	Duljina dolaska na sastanke KLA	,003	,002	,101	1,361	,175
	Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,184	,094	,171	1,960	,052
	Angažman korisnika u grupnom radu	,169	,083	,176	2,047	,042
	Razina uključenosti u rad grupe	,151	,094	,128	1,604	,111
	(Konstanta)	1,148	,608		1,889	,061
	Spol	,313	,166	,140	1,882	,062
	Stručna sprema	,165	,119	,104	1,387	,167
4	Duljina dolaska na sastanke KLA	,002	,002	,090	1,205	,230
	Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,158	,096	,147	1,652	,101
	Angažman korisnika u grupnom radu	,171	,088	,178	1,940	,054
	Razina uključenosti	,134	,098	,114	1,378	,170
	Obiteljsko funkcioniranje, neusklađenost u odnosima unutar obitelji	-,078	,056	-,105	-1,392	,166
	Obiteljsko funkcioniranje, funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,009	,066	,012	,141	,888
	Percipirana podrška prijatelja	,034	,049	,057	,685	,494

Kako je vidljivo, standardizirani koeficijent koji se pokazao značajnima odnosio se na angažman u terapijskom liječenju, ali se čak značajnost tog koeficijenta gubi prilikom uključivanja četvrtog bloka, što znači da četvrti blok ne doprinosi značajno objašnjenju varijance, a to je vidljivo i iz prethodnih tablica. Sve u svemu, ovakav model se ne pokazuje posebno značajnim, jer objašnjava svega oko 18% varijance s trećim blokom prediktora, pa su se tako kao jedino značajni prediktori u modelu pokazali oni koji se odnose na zajedničku usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana i angažman samih korisnika u terapijskom procesu, što znači da pacijenti najbolje percipiraju svoju samoeфикаsnost u apstinenciji od alkohola ne u odnosu na spol, stručnu spremu ili socijalnu i obiteljsku podršku, već isključivo u odnosu na to koliko su oni angažirani u vlastitom terapijskom procesu, odnosno u odnosu na to kako percipiraju grupnu klimu u samom terapijskom procesu.

Na temelju tako analiziranih podataka i dobivenih rezultata koji se odnose na prvi problem istraživanja, tj. na doprinos pojedinih čimbenika na percepciju samoeфикаsnosti u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu odnosno u apstinenciji, možemo konstatirati da odbacujemo naše tri hipoteze, tj. prvu, drugu i četvrtu, te prihvaćamo samo treću hipotezu koja glasi da Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, više su uključene u rad grupe i procjenjuju grupnu klimu boljom, da ujedno iskazuju i veću samoeфикаsnost u apstinenciji. Rezultati ovoga istraživanja nisu potvrdili da su osobe ženskog spola, višeg obrazovnog statusa i osobe koje su zaposlene percipirale i veću samoeфикаsnost u apstinenciji. Osobe bez druge psihičke bolesti i one koje nisu doživjele recidiv također ne percipiraju niti iskazuju veću samoeфикаsnost u apstinenciji od alkohola. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku, te nižu stigmatizaciju, ne pokazuju više razine percipirane samoeфикаsnosti u apstinenciji od alkohola.

8.3. Čimbenici koji doprinose osobnoj dobrobiti osoba ovisnih o alkoholu

Drugi problem ovoga istraživanja bio je utvrditi doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine osobne dobrobiti kod osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu. Provedena hijerarhijska regresijska analiza prikazana u Tablici 34.

Tablica 34. Pojedinačne korelacije prediktora s kriterijem Osobne dobrobiti

Percipirana Osobna dobrobit korisnika KLA	R
Spol	-,017
Stručna sprema	,070
Bračni status	-,113
Recidiv tijekom tretmana u KLA	,067
Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest	,163*
Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara	,078
Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola	,122
Čestina dolazaka u KLA	,065
Dolazite li na sastanke u pratnji ?	-,012
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,336**
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,298**
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	,255**
Grupni konflikti unutar KLA	,151
Razina uključenosti u rad članova grupe KLA	,329**
Obiteljsko funkcioniranje, privrženost među članovima obitelji	,518**
Obiteljsko funkcioniranje, neusklađenost u odnosima unutar obitelji korisnika KLA	-,107
Obiteljsko funkcioniranje, funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,367**
Obiteljsko funkcioniranje, rigidnost članova obitelji	,134
Percipirana podrška obitelji tijekom tretmana u KLA	,448**
Percipirana podrška prijatelja tijekom tretmana u KLA	,395**
Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,338**

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

Dobiveni rezultati pokazuju da sljedeći prediktori statistički značajno koreliraju s kriterijem osobne dobrobiti: Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest ($r = ,163$ $p < 0,05$); Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($r = ,336$ $p < 0,01$); Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($r = ,298$ $p < 0,01$), Angažman korisnika KLA u grupnom radu ($r = ,255$ $p < 0,01$), Razina uključenosti u rad grupe ($r = ,329$ $p < 0,01$); te varijable: Obiteljsko funkcioniranje, privrženost među članovima obitelji ($r = ,518$ $p < 0,01$), Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa ($r = ,367$ $p < 0,01$), Percipirana podrška obitelji ($r = ,448$ $p < 0,01$), Percipirana

podrška prijatelja tijekom tretmana u KLA ($r=.395$ $p<0,01$), Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu ($r=.338$ $p<0,01$). Pored toga, varijable koje imaju koeficijent korelacije s kriterijem veći od 0,1, ali ta povezanost nije statistički značajna su Bračni status sudionika, Ukupan period apstinencije od alkohola, Grupni konflikti unutar KLA i Rigidnost među članovima obitelji. Ostale varijable koje su imale manju povezanost s kriterijem nisu uključene u model.

Radi visokih korelacija s drugim prediktorima (većima od $r=0,5$), iz modela su izostavljene sljedeće varijable: Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa, Percipirana podrška obitelji. Korelacija među prediktorima po blokovima varijabli prikazana je u poglavlju 8,2.

Ukupno model sa četiri bloka varijabli objašnjava oko 44% varijance (Tablica 35.).

Tablica 35. Sažetak modela s kriterijskom varijablom Osobna dobrobit korisnika KLA

Blok	R	R ²	korigirani R ²	Stand.pogr. procjene	Statistika promj.				
					R ² Promj.	F Promj.	df1	df2	Sig. F promj.
1	,113 ^a	,013	,007	1,84665	,013	2,083	1	161 ^a	,151
2	,238 ^b	,057	,039	1,81643	,044	3,701	2	159 ^b	,027
3	,500 ^c	,250	,216	1,64049	,193	9,984	4	155 ^c	,000
4	,664 ^d	,441	,401	1,43449	,191	12,928	4	151 ^d	,000

a, Prediktor: (konst.): Bračni status

b, Prediktori: (konst.), Bračni status, Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest

c, Prediktori: (konst.), Bračni status, Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Grupni konflikti unutar KLA, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Razina uključenosti u rad grupe, Angažman korisnika u grupnom radu

d, Prediktori: (konst.), Bračni status, Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Grupni konflikti unutar KLA, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Razina uključenosti u rad grupe, Angažman korisnika u grupnom radu, Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu, Percipirana podrška prijatelja, Rigidnost članova obitelji, Privrženost drugim članovima obitelji.

U Tablici 35. prikazane su analize varijanci po blokovima unesenih varijabli u hijerarhijsku regresijsku analizu, dok su u Tablici 39. prikazani nestandardizirani i standardizirani beta koeficijenti sa razinama značajnosti i t-testovima. Model kao cjelina nije značajan u I, ali jest u II bloku $F(3,159)=3,185$, $p<0,05$. Daljom analizom u III i IV bloku model dobiva na značajnosti, dakle nakon uvođenja prediktorskih varijabli Grupne klime, Razine uključenosti u

rad grupe i Odnosa s terapeutom, jer se tu ANOVA pokazala statistički značajnom, $F(7,155)=7,38$, $p<0,001$, ali i kod uvođenja prediktorskih varijabli koje se odnose na Socijalnu i Obiteljsku podršku, $F(11, 151) = 10,842$, $p<0,001$.

U Tablici 36. prikazani su regresijski koeficijenti za varijablu Osobne dobrobiti korisnika KLA prema blokovima, gdje je vidljiva značajnost prediktora u pojedinim blokovima, ali i nakon uvođenja ostalih blokova varijabli.

Tablica 36. Regresijski koeficijenti za varijablu Osobne dobrobiti korisnika KLA

Model		Nestandard. koeficijenti		Standard. koef.	t	Sig.
		B	Std. Error			
1	(konstanta)	8,067	,321		25,151	,000
	Bračni status	-,252	,175	-,113	-1,443	,151
2	(Konstanta)	6,306	,749		8,421	,000
	Bračni status	-,151	,176	-,068	-,858	,392
	Ukupan period apstinencije/nekonzumacij e alkohola	,008	,004	,153	1,924	,056
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2 Ne)	,774	,333	,186	2,321	,022
3	(konstanta)	,043	1,220		,036	,972
	Bračni status	-,288	,163	-,129	-1,768	,079
	Ukupan period apstinencije/nekonzumacij e alkohola	,003	,004	,067	,891	,374
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2 Ne)	,712	,308	,171	2,313	,022
	Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,695	,202	,289	3,434	,001
	Angažman korisnika u grupnom radu	,003	,167	,002	,019	,985
4	Grupni konflikti unutar KLA	,298	,104	,210	2,858	,005
	Razina uključenosti u rad grupe	,535	,201	,213	2,659	,009
4	(Konstanta)	-1,182	1,102		-1,073	,285

Model	Nestandard. koeficijenti		Standard. koef.	t	Sig,
	B	Std, Error	Beta		
Bračni status	-,199	,144	-,089	-1,384	,168
Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola	,002	,003	,034	,512	,609
Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2 Ne)	,662	,270	,159	2,446	,016
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,542	,180	,225	3,002	,003
Angažman korisnika u grupnom radu	-,264	,156	-,130	-1,699	,091
Grupni konflikti unutar KLA	,313	,101	,221	3,116	,002
Razina uključenosti u rad grupe	,265	,181	,106	1,467	,144
Privrženost drugim članovima obitelji	,631	,134	,365	4,703	,000
Rigidnost članova obitelji	-,089	,111	-,057	-,803	,423
Percipirana podrška prijatelja	,178	,090	,143	1,969	,051
Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,367	,159	,154	2,309	,022

U drugom bloku kao značajan prediktor pokazala se varijabla izostanka druge psihičke bolesti. Ova varijabla ostaje značajna uvođenjem i trećeg bloka varijabli, no njena značajnost se gubi u konačnom modelu s uvedenim četvrtim blokom.

Što se tiče varijabli iz domene pomažućeg odnosa s terapeutom, grupne klime i uključenosti u rad grupe, i u trećem i u četvrtom bloku značajnima se pokazuju sljedeći prediktori: Povjerenje i razumijevanje s terapeutom te Grupni konflikti unutar KLA. Prediktor Razina uključenosti u rad grupe značajna je po uvođenju u trećem bloku, ali ta se značajnost gubi uvođenjem varijabli obiteljskog funkcioniranja, percipirane podrške i percipirane stigme. Što se tiče četvrtog bloka varijabli, za objašnjenje osobne dobrobiti značajnim se pokazuje Privrženost među članovima obitelji te Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Percipirana podrška

prijatelja ima značajnost od $p= 0,051$ te i nju možemo smatrati relevantnom za objašnjenje osobne dobrobiti korisnika.

Na temelju dobivenih rezultata hijerarhijske regresijske analize, nije utvrđeno da osobe muškog spola, višeg obrazovnog statusa, koje imaju manji broj djece i zaposlene su, iskazuju veći stupanj osobne dobrobiti u tijeku liječenja od ovisnosti o alkoholu.

Osobe kojima ranije nije dijagnosticirana psihička bolest iskazuju veću osobnu dobrobit od procesa liječenja od alkohola. U odnosu na postavljenu hipotezu H.2.2., recidiv se nije pokazao relevantnim, no duljina apstinencije iako je bila pozitivno povezana s kriterijem se na kraju nije pokazala osobito značajnom u objašnjenju osobne dobrobiti.

U skladu s postavljenim hipotezama H 2.3. i H.2.4. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim iskazuju veću osobnu dobrobit u procesu liječenja, kao i oni korisnici koji su više uključeni u rad grupe. Također, osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju iskazuju veću osobnu dobrobit u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

Ovdje treba posebno istaknuti jedan nalaz koji je neočekivan, a to je da i u trećem i u četvrtom bloku percepcija grupnih konflikata pozitivno povezana s procijenjenom razinom osobne dobrobiti. Zbog toga što su se sudionici izjasnili da se u najvećoj mjeri slažu s tvrdnjom *Članovi KLA se međusobno raspravljaju i izazivaju konflikte s ciljem rješavanja problema*, možemo zaključiti kako se radi o konfliktima oko sagledavanja problema i konfrontacija, nego o konfliktima osobne prirode, a što moguće doprinosi poboljšanju razine osobne dobrobiti korisnika KLA.

8.4. Čimbenici koji doprinose procjeni oporavka osoba liječenih od ovisnosti o alkoholu

Treći problem ovoga istraživanja bio je utvrditi doprinos prediktorskih varijabli sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine procjene oporavka korisnika liječenih od ovisnosti o alkoholu. Očekivani rezultati ovoga istraživanja bili su da oporavku osoba liječenih od ovisnosti o alkoholu značajno doprinose prediktorske varijable koje se odnose na sociodemografska obilježja, na način da će nezaposlene osobe i osobe koje imaju veći broj djece iskazivati niže procjene oporavka; obilježja liječenja, na način da će veći broj recidiva

apstinenata u tijeku liječenja ovisnosti o alkoholu utjecati na nižu procjenu oporavka korisnika; obilježja terapijskog rada, na način da će osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim iskazivati više procjene oporavka, te socijalnu podršku i obiteljsko funkcioniranje, na način da će osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju iskazivati višu procjenu oporavka. U nastavku rada slijedi prikaz rezultata hijerarhijske regresijske analize odvojeno za svaki od četiri faktora procjene oporavka: Samopouzdanje i pozitivna očekivanja, Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe, Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima, Nadilaženje simptoma ovisnosti.

8.4.1. Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

Za početak utvrđene su korelacije mogućih prediktora s kriterijem Samopouzdanje i pozitivna očekivanja te su isti prikazani u Tablici 37.

Tablica 37. Korelacije prediktora s kriterijem Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

Samopouzdanje i pozitivna očekivanja	
Varijable	r
Dob	,026
Spol	-,107
Stručna sprema	,005
Bračni status	-,014
Recidiv	,041
Pratnja bliske osobe	-,031
Duljina apstinencije	,058
Duljina članstva u KLA	,009
Prethodna dijagnoza psihičke bolesti (1 Da, 2 Ne)	,106
Čestina dolaska na sastanke KLA	,101
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,477**
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,459**
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	,293**
Grupni konflikti unutar KLA	-,002
Razina uključenosti u grupni rad	,521**
Privrženost članova obitelji	,443**
Neusklađenost u odnosima unutar obitelji	-,087
Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,428**
Rigidnost članova obitelji	,147
Percipirana podrška obitelji	,477**
Percipirana podrška prijatelja	,402**
Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,217**

** $p < 0,001$

Dobiveni rezultati provedenog istraživanja govore da je utvrđena statistički značajna povezanost kriterija Samopouzdanje i pozitivna očekivanja s prediktorima: Angažman korisnika u grupnom radu ($r=,293$), Razina uključenosti u rad grupe ($r=,521$), Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($r=,477$), Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($r=,459$), Privrženost članova obitelji ($r=,443$), Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa ($r=,428$), Percipirana podrška obitelji ($r=,477$), Percipirana podrška prijatelja ($r=,402$), Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu ($r=,217$). Osim toga, prediktori koji su korelirali s kriterijem više od 0,1 (ali ne statistički značajno) su: spol, prethodna dijagnoza psihičke bolesti, čestina dolaska na sastanke KLA, rigidnost članova obitelji iz domene obiteljskog funkcioniranja. Stoga su i ovi prediktori uključeni u model. Međutim, zbog visokih korelacija među pojedinim prediktorima (prikazane korelacije u poglavlju 8,2) iz modela su isključeni prediktori: Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Privrženost članova obitelji i Percipirana podrška prijatelja.

Sažetak modela hijerarhijske regresijske analize prikazan je u Tablici 38.

Tablica 38. Sažetak modela za kriterij Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

Blok	R	R ²	Korigirani R ²	Stand. pogreška procjene	Statistika promj,				
					R ² promjena	F	df1	df2	Sig, F
1	,107 ^a	,012	,005	,67880	,012	1,881	1	,107 ^a	,012
2	,181 ^b	,033	,015	,67566	,021	1,750	2	,181 ^b	,033
3	,621 ^c	,385	,362	,54386	,352	29,802	3	,621 ^c	,385
4	,690 ^d	,476	,446	,50678	,091	8,886	3	,690 ^d	,476

a. Prediktori: (Konst.), Spol

b. Prediktori: (Konst), Spol, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Čestina dolaska na sastanke KLA

c. Prediktori: (Konst), Spol, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Čestina dolaska na sastanke KLA, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Razina uključenosti u rad grupe, Angažman korisnika u grupnom radu

d. Prediktori: (Konst), Spol, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Čestina dolaska na sastanke KLA, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Razina uključenosti u rad grupe, Angažman korisnika u grupnom radu, Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu, Rigidnost članova obitelji, Percipirana podrška obitelji

Rezultati prikazani u Tablici 38. pokazuju da uvođenjem I bloka varijabli, koji se odnosi sociodemografska obilježja korisnika KLA i prediktor spol objašnjeno je svega 1,2% varijance kriterija. Uvođenjem varijabli II bloka, koje se odnose na obilježja liječenja i to: Ranije dijagnosticirana psihička bolest i Čestina dolazaka na sastanke KLA, objašnjeno je svega 3,3% varijance kriterija Samopouzdanje i pozitivna očekivanja.

Nadalje, uvođenjem trećeg bloka prediktorskih varijabli, modelom se objašnjava 38,5% varijance kriterija, a uvođenjem četvrtog bloka prediktorskih varijabli, modelom se objašnjava čak 47,6% varijance kriterija Samopouzdanje i pozitivna očekivanja. Dobiveni rezultati ovoga istraživanja ukazuju da, uvođenjem prediktora trećeg bloka, Odnos s terapeutom i Grupna klima, model postaje statistički značajan, $F(6,156)=16,29$, $p<0,001$; te se isti rezultati dobivaju i uvođenjem prediktorskih varijabli četvrtog bloka Obiteljsko funkcioniranje, Socijalna podrška i Percepcija stigme $F(9,153)=15,47$, $p<0,001$.

Detalniji uvid vrijednosti standardiziranih koeficijenata prediktorskih varijabli koje doprinose kriteriju Pozitivne orijentacije na budućnost je prikazan u Tablica 39.

Tablica 39. Koeficijenti modela kriterija Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

Model		Nestandardizirani Koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	T	Sig,
		B	Std, Error	Beta		
1	(Konstanta)	4,451	,171		26,042	,000
	Spol	-,188	,137	-,107	-1,371	,172
2	(Konstanta)	3,885	,348		11,168	,000
	Spol	-,161	,137	-,092	-1,175	,242
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest	,172	,121	,113	1,431	,154
	Čestina dolaska na sastanke KLA	,205	,148	,109	1,381	,169
3	(Konstanta)	1,032	,423		2,440	,016
	Spol	-,211	,111	-,120	-1,897	,060
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest	,166	,099	,109	1,671	,097
	Čestina dolaska na sastanke KLA	,060	,121	,032	,492	,624
	Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,274	,065	,310	4,211	,000
	Angažman korisnika u grupnom radu	,026	,053	,035	,491	,624
	Razina uključenosti u rad grupe	,353	,065	,383	5,433	,000
4	(Konstanta)	,485	,415		1,167	,245
	Spol (1- Muški, 2- Ženski)	-,210	,104	-,120	-2,026	,045
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2- Ne)	,199	,094	,130	2,129	,035
	Čestina dolaska na sastanke KLA	,079	,113	,042	,697	,487
	Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,234	,063	,264	3,682	,000
	Angažman korisnika u grupnom radu	-,038	,053	-,050	-,711	,478
	Razina uključenosti u rad grupe	,287	,062	,312	4,648	,000
	Rigidnost članova obitelji	,054	,036	,094	1,485	,140
	Percipirana podrška obitelji	,148	,034	,286	4,345	,000
Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,086	,054	,098	1,602	,111	

^a Kriterijska varijabla: Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

Dakle, dobiveni rezultati ovoga istraživanja prikazani u Tablici 39. govore da su se prediktorske varijable iz III bloka: Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($\beta=,310$ $p<0,001$) i Razina

uključenosti u rad grupe ($\beta=,383$ $p<0,001$) pokazale statističkim značajnima, te se značajnost navedenih prediktora ne gubi u završnom dijelu analize uvođenjem prediktora iz IV bloka. No, uviđenjem varijabli iz četvrtog bloka pored prethodnih varijabli, utvrđuje se statistički značajna povezanost i ranijih prediktora Spola ($\beta=-,120$ $p<0,05$), izostanka druge psihičke bolesti ($\beta=-,130$ $p<0,05$) s kriterijem Samopouzdanje i pozitivna očekivanja. I dalje su značajne dvije varijable iz trećeg bloka, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($\beta=,264$ $p<0,001$) i Razina uključenosti u rad grupe ($\beta=,312$ $p<0,001$), a značajna je i Percipirana podrška obitelji iz posljednjeg bloka ($\beta=,286$ $p<0,001$).

U odnosu na postavljene hipoteze, nisu potvrđena očekivanja o povezanosti radnog statusa i broja djece (H. 3.1.), ali je utvrđena povezanost s muškim spolom. Recidivi također nisu relevantni (H. 3.2.), ali se potvrdila značajnost izostanka druge psihičke bolesti. Potvrđena su očekivanja iskazana hipotezom H.3.3. i H.3.4. na način da osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim iskazuju više procjene oporavka te koje imaju više percipirane podrške obitelji. Tomu treba dodati značajnost uključenosti u rad grupe, a izostala je povezanost percipirane stigme s dimenzijom oporavka Samopouzdanje i pozitivna očekivanja.

8.4.2. Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe

U Tablici 40. prikazani su prediktori koji koreliraju s kriterijem Oslanjanje na druge osobe kao jednoj od dimenzija procjena oporavka.

Tablica 40. Korelacija nezavisnih varijabli s kriterijem Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe

	Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe
	r
Dob	-,030
Spol	-,039
Stručna sprema	,086
Bračni status	,056
Recidiv tijekom liječenja u KLA	,123
Pratnja bliske osobe	-,028
Apstinencija	,189*
Duljina dolaska u KLA	,156*
Dijagnoza druge psihičke bolesti	,014
Čestina dolaska na sastanke KLA	,065
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,378**
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,361**
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	,337**
Grupni konflikti unutar KLA	-,059
Razina uključenosti u grupni rad	,511**
Privrženost članova obitelji	,524**
Neusklađenost u odnosima unutar obitelji	-,014
Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,453**
Rigidnost članova obitelji	,170*
Percipirana podrška obitelji	,534**
Percipirana podrška prijatelja	,537**
Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,237**

Uvidom u korelacije prediktorskih varijabli s kriterijem Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe vidljive su povezanosti duljine apstinencije ($r=0,189$) i duljine dolaska u KLA ($r=156$). No, zbog visoke međusobne korelacije, u daljnjem modelu zadržan je prediktor duljine apstinencije.

S kriterijem značajno koreliraju i prediktori Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($r=,378$) i Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($r=,361^{**}$). S obzirom da i ova dva prediktora visoko koreliraju, u daljnjoj analizi je zadržan Povjerenje i razumijevanje s terapeutom. U model su ušli i prediktori Angažman korisnika KLA u grupnom radu ($r=,337$), Razina uključenosti u grupni rad ($r=,511$).

S kriterijem značajno koreliraju i gotovo svi prediktori obiteljskog funkcioniranja, socijalne podrške i percipirane stigme: Privrženost članova obitelji ($r=,524$), Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa ($r=,453$), Rigidnost članova obitelji ($r=,170$), Percipirana podrška obitelji ($r=,534$), Percipirana podrška prijatelja ($r=,537$), Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu ($r=,237$). Ipak zbog visokih korelacija među pojedinim prediktorima (poglavlje 8.2.), izbačeni su: Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa i Percipirana podrška obitelji. U konačni model ušao je i prediktor iskustva recidiva koji s kriterijem korelira s više od 0,1, ali ta povezanost nije statistički značajna.

Sažetak modela doprinosi pojedinih prediktora kriteriju oporavka Prevladavanje izazova je prikazan u Tablici 41.

Tablica 41. Sažetak modela za subskalu Oporavka - Prevladavanje izazova

Model	Statistika promj,								
	R	R ²	Korigirani R ²	Stand, pogreška procjene	R ² promjena	F	df1	df2	Sig, F
1	,214 ^a	,046	,034	,65904	,046	3,822	2	,214 ^a	,046
2	,584 ^b	,341	,320	,55298	,295	23,421	3	,584 ^b	,341
3	,707 ^c	,499	,470	,48809	,159	12,131	4	,707 ^c	,499

a. Prediktori: (Konst.), Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola, Iskustvo recidiva

b. Prediktori: (Konst.), Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola, Iskustvo recidiva, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Razina uključenosti u rad grupe, Angažman korisnika u grupnom radu

c. Prediktori: (Konst.), Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola, Iskustvo recidiva, Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Razina uključenosti u rad grupe, Angažman korisnika u grupnom radu, Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu, Rigidnost članova obitelji, Percipirana podrška prijatelja, Privrženost drugim članovima obitelji

U prvom koraku analize uvrštene su varijable koje se odnose na obilježja liječenja: iskustvo recidiva, te se utvrdilo da model nije značajan, i da objašnjava svega 3,4% varijance. Uvođenjem prediktora II bloka odnosa sa voditeljem KLA, razina uključenosti u rad grupe i grupna klima/angažman model postaje značajan i objašnjava čak 32% ukupne varijance, dok uvođenjem prediktorskih varijabli koje se odnose na obiteljsko funkcioniranje, socijalnu podršku i percipiranu stigmatu, model objašnjava ukupno 47% varijance. U Tablici 42. prikazani su rezultati analize varijance regresijskog modela.

Tablica 42. ANOVA rezultati regresijskog modela za kriterij Oporavka - Prevladavanje izazova

	Model	SS	df	MS	F	Sig,
1	Regresija	3,320	2	1,660	3,822	,024 ^b
	Rezidual	69,494	160	,434		
	Total	72,814	162			
2	Regresija	24,805	5	4,961	16,224	,000 ^c
	Rezidual	48,009	157	,306		
	Total	72,814	162			
3	Regresija	36,365	9	4,041	16,961	,000 ^d
	Rezidual	36,449	153	,238		
	Total	72,814	162			

Model ovoga istraživanja se pokazao značajnim uvođenjem drugog bloka varijabli, $F(5,157)=16,224$, $p<0,001$; a ostao je značajan i nakon uvođenja četvrtog bloka prediktorskih varijabli, $F(9,153)=16,961$, $p<0,001$.

Doprinos pojedinih prediktora kriteriju oporavka Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe, koji se tiče oporavka od ovisnosti o alkoholu prikazan je u Tablici 43.

Tablica 43. Koeficijenti za kriterijsku varijablu Oporavak – Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe

	Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig,
		B	Std.pog,	Beta		
1	(Konstanta)	3,910	,160		24,430	,000
	Recidiv (1- da ili nije sigurno, 2 – ne)	,135	,105	,100	1,280	,202
	Apstinencija	,003	,001	,176*	2,257	,025
2	(Konstanta)	1,144	,374		3,060	,003
	Recidiv (1- da ili nije sigurno, 2 – ne)	,207	,091	,154*	2,282	,024
	Apstinencija	,001	,001	,055	,817	,415
	Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,106	,066	,122	1,601	,111
	Angažman korisnika u grupnom radu	,144	,054	,195	2,636	,009
	Razina uključenosti u rad grupe	,355	,066	,391	5,343	,000
3	(Konstanta)	,828	,353		2,344	,020
	Recidiv (1- da ili nije sigurno, 2 – ne)	,118	,083	,088	1,429	,155
	Apstinencija	,001	,001	,063	1,041	,300
	Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,062	,060	,071	1,021	,309
	Angažman korisnika u grupnom radu	,015	,053	,020	,276	,783
	Razina uključenosti u rad grupe	,273	,060	,301	4,545	,000
	Privrženost drugim članovima obitelji	,130	,044	,207	2,920	,004
	Rigidnost članova obitelji	,029	,036	,052	,822	,413
	Percipirana podrška prijatelja	,135	,031	,299	4,403	,000
	Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,060	,052	,070	1,147	,253

^a Kriterijska varijabla: Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe

Dobiveni rezultati pokazuju da je u I bloku varijabli utvrđena statistički značajna povezanost prediktora Ukupne apstinencije od alkohola ($\beta=,176$) s kriterijem. Uvođenjem varijabli II bloka Recidiv ($\beta=,154$), Angažman korisnika ($\beta=,195$) i Razina uključenosti ($\beta=,391$) postaju značajni, a gubi se značajnost duljine apstinencije. Nadalje, uvođenjem prediktora koji se odnose na obiteljsko funkcioniranje, socijalnu podršku i percipiranu stigmju, prediktor Recidiva gubi na značaju, a značajni su prediktori Razina uključenosti u rad grupe ($\beta=,301$), Privrženost drugim članovima obitelji ($\beta=,207$) i Percipirana podrška prijatelja ($\beta=,299$).

Prema navedenome, možemo konstatirati da su djelomično potvrđeni tek dijelovi hipoteza koje se odnose na značaj obiteljske i socijalne podrške, te uključenosti u grupni rad (H. 3.3. i H.3.4.).

8.4.3. Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima

Prediktori koji doprinose varijabli Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima su prikazani u Tablici 44.

Tablica 44. Korelacija nezavisnih varijabli s kriterijem Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima

	Orijehtacija ka uspjehu i ciljevima
Prediktorske varijable	r
Dob	-,011
Spol	-,073
Stručna sprema	,057
Bračni status	-,027
Recidiv tijekom liječenja	,004
Pratnja bliske osobe	,005
Apstinencija	,061
Duljina dolaska na sastanke KLA	,035
Dijagnoza druge psihičke bolesti	,115
Čestina dolaska na sastanke KLA	,024
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,245**
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,344**
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	,253**
Grupni konflikti unutar KLA	,022
Razina uključenosti u grupni rad	,419**
Privrženost članova obitelji	,485**
Neusklađenost u odnosima unutar obitelji	,025
Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,417**
Rigidnost članova obitelji	,270**
Percipirana podrška obitelji	,455**
Percipirana podrška prijatelja	,408**
Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,207**

Prediktori koji statistički značajno koreliraju s kriterijem Orijentacija ka uspjehu i ciljevima su: Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($r=,245$), Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($r=,344$), Angažman korisnika KLA u grupnom radu ($r=,253$), Razina uključenosti u grupni rad ($r=,419$), Privrženost članova obitelji ($r=,485$), Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa ($r=,417$), Rigidnost članova obitelji ($r=,270$), Percipirana podrška obitelji ($r=,455$), Percipirana podrška prijatelja ($r=,408$), Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu ($r=,207$). Međutim zbog visokih korelacija među prediktorima (prikazanima u poglavlju 8.2.), iz modela su izbačeni prediktori Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa i Percipirana podrška obitelji. U model su uvršteni i prediktori koji s kriterijem koreliraju s više od 0,1, ali ta povezanost nije statistički značajna. Riječ je o prediktoru postojanja druge psihičke bolesti.

Hijerarhijskom regresijskom analizom testiran je model sa tri bloka varijabli, a koji ukupno objašnjava 39% varijance kriterija (Tablica 45.).

Tablica 45. Sažetak modela hijerarhijske regresijske analize za kriterij– Postavljanje ciljeva

Blok	R	R ²	Korigiran i R ²	Stand, pogreška procjene	Statistika promjene				
					R ² promjena	F	df1	df2	Sig, F
1	,115 ^a	,013	,007	,68214	,013	2,170	1	,115 ^a	,013
2	,482 ^b	,233	,213	,60718	,219	15,068	3	,482 ^b	,233
3	,624 ^c	,390	,358	,54849	,157	9,905	4	,624 ^c	,390

a. Prediktori: (Konst.), Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest

b. Prediktori: (Konst.), Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Razina uključenosti u rad grupe, Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Angažman korisnika u grupnom radu

c. Prediktori: (Konst.), Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Razina uključenosti u rad grupe, Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Angažman korisnika u grupnom radu, Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu, Rigidnost članova obitelji, Percipirana podrška prijatelja, Privrženost drugim članovima obitelji

Statistička značajnost regresijskog modela kriterijskih varijabli, prikazana je u Tablici 46.

Tablica 46. ANOVA za regresijsku analizu kriterija Postavljanje ciljeva

	Model	SS	df	MS	F	Sig.
1	Regresija	1,010	1	1,010	2,170	,143
	Rezidual	74,915	161	,465		
	Total	75,925	162			
2	Regresija	17,675	4	4,419	11,985	,000
	Rezidual	58,250	158	,369		
	Total	75,925	162			
3	Regresija	29,595	8	3,699	12,296	,000
	Rezidual	46,330	154	,301		
	Total	75,925	162			

Rezultati prikazani u Tablici 46. pokazuju da je model značajan uvođenjem drugog bloka varijabli koje se tiču pomažućeg odnosa, grupne klime i uključenosti u rad grupe $F(4,158)=11,985$, $p<0,001$, dok je uvođenjem varijabli III bloka, model je također ostao statistički značajan $F(8,154)=12,296$, $p<0,001$.

Tablica 47. sadrži standardizirane regresijske koeficijente, kako bismo dobili odgovor na pitanje koji to prediktori iz postavljenog modela blokova prediktorskih varijabli značajno doprinose kriteriju oporavka Postavljanje ciljeva.

Tablica 47. Koeficijenti modela kriterija Orijentacija ka uspjehu i ciljevima

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
		B	Std, pogr,	Beta		
1	(Konstanta)	3,965	,215		18,443	,000
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2- Ne)	,177	,120	,115	1,473	,143
2	(Konstanta)	1,681	,396		4,249	,000
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2- Ne)	,131	,108	,085	1,216	,226
	Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,182	,069	,215	2,629	,009
	Angažman korisnika u grupnom radu	,025	,062	,033	,403	,687
	Razina uključenosti u rad grupe	,312	,069	,336	4,493	,000
	(Konstanta)	1,195	,372		3,211	,002
	Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1 Da, 2- Ne)	,129	,098	,084	1,319	,189
	Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,134	,063	,159	2,118	,036
	Angažman korisnika u grupnom radu	-,100	,060	-,132	-1,671	,097
	Razina uključenosti u rad grupe	,223	,065	,241	3,445	,001
Privrženost drugim članovima obitelji	,167	,049	,262	3,387	,001	
Rigidnost članova obitelji	,095	,039	,164	2,409	,017	
Percipirana podrška prijatelja	,086	,034	,188	2,506	,013	
Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,043	,058	,049	,746	,457	

Kada govorimo o doprinosu pojedinih prediktora, ponovno se potvrđuje važnost prediktora tretmanskog i grupnog rada te obiteljskog funkcioniranja i socijalne podrške. Naime, u drugom bloku prediktorske varijable za koje je utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti s kriterijem: Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($\beta=,215$), Razina

uključenosti u grupni rad ($\beta=,336$). One ostaju značajne kada se dodaju prediktori trećeg bloka u kojemu su dodatno značajni i: Privrženost drugim članovima obitelji ($\beta=,262$), Rigidnost članova obitelji ($\beta=,164$ i Percipirana podrška prijatelja ($\beta=,188$). Time se mogu potvrditi hipoteze H.3.3. i H.3.4. s obzirom da su za usmjerenost ka uspjehu i ciljevima važni aspekti pomažućeg odnosa s terapeutom, razina uključenosti u grupni rad, elementi obiteljskog funkcioniranja i socijalna podrška prijatelja. Zanimljivo je da rigidnost članova obitelji također pridonosi ovom kriteriju, a za kriterij se percipirana stigma nije pokazala značajnom.

8.4.4. Nadilaženje simptoma ovisnosti

Završna hijerarhijska regresijska analiza trećeg istraživačkog problema omogućava odgovor na pitanje koji su to čimbenici koji doprinose kriteriju Nadilaženje simptoma ovisnosti osoba liječenih od ovisnosti o alkoholu koji su korisnici usluga KLA u Bosni i Hercegovini. U Tablici 48. prikazani su koeficijenti korelacija nezavisnih varijabli s kriterijem.

Tablica 48. Rezultati regresijske analize za subskalu oporavka – Nadilaženje simptoma ovisnosti

	Nadilaženje simptoma ovisnosti
	r
Dob	,083
Spol	-,083
Stručna sprema	,083
Bračni status	,080
Recidiv tijekom liječenja u KLA	,005
Pratnja bliske osobe	-,081
Apstinencija	,086
Duljina članstva u KLA	,065
Druga psihička bolest	,108
Čestina dolaska na sastanke KLA	,108
Povjerenje i razumijevanje s terapeutom	,258**
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,315**
Angažman korisnika KLA u grupnom radu	,236**
Grupni konflikti unutar KLA	-,028
Razina uključenosti u grupni rad	,406**
Privrženost članova obitelji	,357**
Neusklađenost u odnosima unutar obitelji	-,020
Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,372**
Rigidnost članova obitelji	,207**
Percipirana podrška obitelji	,388**
Percipirana podrška prijatelja	,360**
Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,214**

Nadalje, prediktori za koje je utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti s kriterijem su: Povjerenje i razumijevanje s terapeutom ($r = ,258$), Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($r = ,315$), Angažman korisnika KLA u grupnom radu ($r = ,236$), Razina uključenosti u rad grupe ($r = ,406$); te Privrženost članova obitelji ($r = ,357$), Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa ($r = ,372$), Rigidnost članova obitelji ($r = ,207$), Percipirana podrška obitelji ($r = ,388$), Percipirana podrška prijatelja ($r = ,360$), Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu KLA ($r = ,214$). Kao i u prethodnim analizama, određeni prediktori, iako u statistički značajnoj korelaciji s kriterijem, su bili izbačeni iz modela jer s drugim prediktorima imaju visoki koeficijent korelacije (Poglavlje 8.2.). Riječ je o prediktorima Povjerenje i razumijevanje s terapeutom, Privrženost članova obitelji i Percipirana podrška obitelji.

Kao i u prethodnim analizama, iz daljnje analize su isključene prediktorske varijable za koje nije utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti s kriterijem. To su varijable Sociodemografska obilježja; Recidiv, dolazak na sastanke KLA u pratnji bliske osobe i ukupan period apstinencije od alkohola; Grupni konflikti unutar KLA, Neusklađenost obiteljskih odnosa. Prediktori Prethodno dijagnosticirana psihičke bolesti i Čestina dolaska na sastanke KLA su zadržani u analizi jer s kriterijem koreliraju više od 0,1, iako ta korelacija nije statistički značajna.

Rezultati sažetog modela prikazani su u Tablici 49.

Tablica 49. Sažetak modela hijerarhijske regresijske analize za faktor Nadilaženje simptoma ovisnosti

Model	R	R ²	R ² korig,	Std,pog, procj,	Statistika promjene				
					R ² pr,	F pr,	df1	df2	Sig, F pr,
1	,157 ^a	,025	,012	,83413	,025	2,018	2	,157 ^a	,025
2	,462 ^b	,213	,188	,75634	,188	12,535	3	,462 ^b	,213
3	,551 ^c	,304	,263	,72050	,091	5,002	4	,551 ^c	,304

a. Prediktori: (Konst.), Čestina dolaska na KLA, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest

b. Prediktori: (Konst.), Čestina dolaska na KLA, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Razina uključenosti u rad grupe, Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Angažman korisnika u grupnom radu

c. Prediktori: (Konst.), Čestina dolaska na KLA, Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest, Razina uključenosti u rad grupe, Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, Angažman korisnika u grupnom radu, Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu, Rigidnost članova obitelji, Percipirana podrška prijatelja, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa

Prvi korak sa dvije varijable obilježja liječenja objašnjava tek 2,5% varijance. No, uvođenjem drugog koraka postotak objašnjenja varijance je 21,3%, a ukupnim modelom se objašnjava 30% varijance.

U Tablici 50. su prikazani rezultati analize varijance prediktora prema kriterijskoj varijabli Nadilaženje simptoma ovisnosti kao aspekta Oporavka od ovisnosti o alkoholu.

Tablica 50. ANOVA za kriterij Nadilaženje simptoma ovisnosti

Model		Suma kvadr,	df	MS	F	Sig,
1	Regresija	2,808	2	1,404	2,018	,136
	Rezidual	111,325	160	,696		
	Total	114,132	162			
2	Regresija	24,320	5	4,864	8,503	,000
	Rezidual	89,813	157	,572		
	Total	114,132	162			
3	Regresija	34,707	9	3,856	7,429	,000
	Rezidual	79,425	153	,519		
	Total	114,132	162			

Prediktorske varijable koje se tiču Obilježja odnosa s terapeutom i terapijskom grupom statistički značajno predviđaju kriterijsku varijablu, $F(5,157) = 8,503$, $p < 0,001$, te su slični rezultati dobiveni analizom predikcije kriterijske varijable prediktorima obiteljskog funkcioniranja i socijalne podrške $F(9,153)=7,429$, $p<0,001$ (Tablica 50.). Detaljniji opis rezultata dobivenih hijerarhijskom regresijskom analizom kriterija Nadilaženje simptoma ovisnosti prikazan je u Tablici 51.

Tablica 51. Koeficijenti modela za objašnjenje kriterija Nadilaženje simptoma ovisnosti

Model	Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
	B	Std, Error	Beta		
(Konst.)	3,352	,358		9,367	,000
1 Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1- Da, 2-Ne)	,230	,148	,122	1,550	,123
Čestina dolaska na sastanke KLA	,267	,183	,115	1,461	,146
(Konst.)	,948	,517		1,832	,069
Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1- Da, 2-Ne)	,164	,136	,087	1,209	,228
2 Čestina dolaska na sastanke KLA	,121	,168	,052	,723	,471
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,193	,086	,186	2,243	,026
Angažman korisnika u grupnom radu	,024	,077	,026	,308	,758
Razina uključenosti u rad grupe	,374	,087	,329	4,321	,000
(Konst.)	,469	,510		,918	,360
Imate li dijagnosticiranu neku psihičku bolest (1- Da, 2-Ne)	,168	,130	,089	1,292	,198
Čestina dolaska na sastanke KLA	,140	,161	,060	,869	,386
Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana	,136	,084	,131	1,631	,105
3 Angažman korisnika u grupnom radu	-,104	,080	-,112	-1,300	,195
Razina uključenosti u rad grupe	,291	,086	,256	3,404	,001
Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa	,106	,060	,147	1,786	,076
Rigidnost članova obitelji	,088	,051	,124	1,716	,088
Percipirana podrška prijatelja	,110	,044	,195	2,509	,013
Percipirana stigma osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu	,094	,076	,087	1,232	,220

Iz dobivenih rezultata primjetno je da prediktori I bloka ne doprinose značajno kriterijskoj varijabli, dok prediktori II bloka koji se odnose na Zajedničku usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana ($\beta=0,186$, $p<0,05$) i Razinu uključenosti u rad grupe u drugom koraku ($\beta=,329$, $p<0,001$) pokazuju značajno predviđanje kriterija Nadilaženje simptoma ovisnosti što nam ukazuje na činjenicu da procesu oporavka korisnika KLA značajno doprinosi

odnos koji ostvaruje sa voditeljem KLA i razina uključenosti u radne aktivnosti koje se provode u grupnom radu.

Uvođenjem prediktorskih varijabli III bloka, koji se odnosi na socijalnu i obiteljsku podršku, gubi se značaj pomažućeg odnosa sa stručnjakom, ali ostaje značajan prediktor Razine uključenosti ($\beta=,256$, $p<0,05$), dok podrška prijatelja je dodatni značajni prediktor iz tog bloka ($\beta=0,195$, $p<0,05$).

Sagledamo li sve dimenzije procjene oporavka, u odnosu na postavljene hipoteze možemo zaključiti sljedeće:

1. Sociodemografska obilježja niti za jedan od dimenzija oporavka se nisu pokazala značajnim prediktorom. Iznimka je muški spol za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja.
2. Obilježja liječenja također uglavnom nemaju značaj za objašnjenje procjene oporavka, osim što se za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja pokazuje značajnim izostajanje druge psihičke bolesti.
3. Za sve dimenzije oporavka od značaja su obilježja pomažućeg odnosa s terapeutom te razina uključenosti u grupni rad.
4. Za sve dimenzije procjene oporavka od značaja su aspekti obiteljskog funkcioniranja, socijalne podrške. Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu se nije pokazala značajnim prediktorom za objašnjenje dimenzija oporavka.

Nakon prikaza hijerarhijske regresijske analize trećega problema ovoga istraživanja i interpretacije dobivenih rezultata te dobivanja odgovora na pitanje koji su to čimbenici koji će doprinijeti ukupnoj procjeni oporavka osoba s ovisnosti o alkoholu, u nastavku ovoga doktorskog rada su prikazani završna rasprava i zaključci provedenog istraživanja.

IX. RASPRAVA

Polazeći od ekosistemske teorije temeljene na principima ekologije i teorije sustava (Brown i sur., 1999), pojedinac, ali i okolina utječu na proces liječenja ovisnosti o alkoholu. Tako se u objašnjenje činitelja povezanih s problemom ovisnosti o alkoholu uključuju strukturalne nejednakosti i psihosocijalne okolnosti obitelji koje nalazimo na različitim razinama obiteljskog ekološkog sustava. Polazeći od sustavnog koncepta obitelj osobe s problemom ovisnosti o alkoholu ne treba sagledavati samo kroz karakteristike i crte ličnosti korisnika, već kao cjelovit sustav određen međusobnim utjecajima koji djeluju na razvoj pojedinca. Upravo zbog toga za obitelji sa problemom ovisnosti o alkoholu važna je okolina te socijalna prilagodba i međuovisnost ekoloških sustava (Šućur i sur, 2015). Promjene u jednom dijelu obiteljskog sustava osobe sa problemom ovisnosti o alkoholu dovest će do promjene u drugom dijelu sustava, kako u procesu nastajanja ovisnosti o alkoholu tako i u procesu tretmana ili rješavanja problema povezanih s pijenjem i ovisnosti o alkoholu (Nastasić, 2005). Uzrok ovisnosti o alkoholu ne leži samo u čovjeku, već i u njegovoj okolini (Hudolin, 1991). Ovisnosti o alkoholu u obitelji, stres, negativno socijalno učenje i prigodno pijenje neki su predisponirajući faktori za razvoj ovisnosti o alkoholu (Dorić, 2016). Slijedom teorijskih konstrukata u ovom istraživanju dobili smo uvid u različite elemente koji doprinose procesu oporavka osobe koja dolazi na liječenje ovisnosti o alkoholu u KLA.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati doprinos pojedinih čimbenika u predviđanju ishoda oporavka liječenja od ovisnosti o alkoholu. Ishod oporavka se sastojao od tri kriterijske varijable i to: Percipirana samoefikasnost u apstinenciji od alkohola, Osobna dobrobit i Procjena oporavka, koja je bila podijeljena u četiri dimenzije (Samopouzdanje i pozitivna očekivanja, Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe, Orijentacija ka uspjehu i ciljevima, Nadilaženje simptoma ovisnosti). Prediktorske varijable, koje su rabljene za predviđanje ovih kriterijskih varijabli bile su: sociodemografska obilježja (dob, spol, bračni, obrazovni, radni status), obilježja liječenja (recidiv, dolasci na sastanke KLA – čestina dolazaka i dolasci u pratnji bliske osobe, period apstinencije, ranije dijagnosticirana psihička bolest), obilježja terapijskog grupnog rada (povjerenje i razumijevanje s terapeutom, zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana, angažman korisnika KLA u grupnom radu, grupni konflikti unutar KLA, razina uključenosti u rad grupe), te socijalna i obiteljska podrška (obiteljsko funkcioniranje – privrženost korisnika drugim članovima obitelji,

neusklađenost u odnosima unutra obitelji, funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa, rigidnost članova obitelji, percipirana podrška obitelji, percipirana podrška prijatelja i percepcija stigme).

Istraživanje polazi od tri problema, a u okviru svakog od problema postavljene su po četiri hipoteze koje predviđaju doprinos skupina prediktorskih varijabli (sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog grupnog rada, te socijalna i obiteljska podrška). Kriterijskim varijablama odnosno predikciji percipirane samoefikasnosti u apstinenciji od alkohola, zatim predikciji osobne dobrobiti i predikciji razine oporavka korisnika liječenih od ovisnosti o alkoholu (pri čemu je oporavak podijeljen u četiri aspekta: pozitivna orijentacija na budućnost, prevladavanje izazova, postavljanje ciljeva i ozdravljenje).

Istraživanjem je obuhvaćeno ukupno 163 ovisnika o alkoholu koji su evidentirani kao članovi Klubova liječenih alkoholičara na području Bosne i Hercegovine. Obuhvaćeni su sudionici od 20 do 65 godina. Istraživačku populaciju činile su osobe koje dolaze na liječenje u Klubove liječenih alkoholičara (KLA) najmanje tri mjeseca. Sudionici oba spola, koji na sastanke u KLA dolaze na temelju osobne odluke ili na temelju odluke sudova koji izriču sigurnosnu mjeru obveznog liječenja od ovisnosti o alkoholu. Kod svih sudionika prije uključivanja u KLA provedena je klinička procjena ovisnosti o alkoholu od strane psihijatra te su svi zadovoljavali dijagnostičke kriterije sindroma ovisnosti o alkoholu prema MKB 10 klasifikacijskom sustavu.

Kada je riječ o prediktorskoj varijabli dobi, najviše ispitanika pripada starosnoj dobi iznad 45 godina, ali svakako da nije zanemariv ni postotak onih koji se nalaze u skupini od 35 do 45 godina. Trećina uzorka pripada toj dobnoj skupini. Što se tiče spola ispitanika, i u našem uzorku su dominantni muški ispitanici, dok je u KLA veoma mali udio ženske populacije u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu, tj. nešto manje od petine uzorka zapravo se odnosi na ženski spol. Otprilike je takav omjer i u statističkim pokazateljima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2010; 2014). U istraživanju Opačić i sur. (2015), pokazalo je da oko 10% žena učestvuje na sastancima KLA, što je različito od našeg uzorka gdje je zapravo petina uzorka bila ženskog spola. U pogledu stručne spreme sudionika istraživanja, najzastupljenije su bile osobe za završenom srednjom stručnom spremom, a oko jedne šestine uzorka imalo je završenu samo osnovnu školu, dok je manji broj sudionika imao visoku stručnu spremu. Ovakav podatak čak i sugerira da obrazovni status nema veliku povezanost sa samom ovisnošću o alkoholu, jer je i u općoj populaciji najveći broj onih koji su završili neko srednje obrazovanje, tako da i ne čudi što se u rezultatima istraživanja i nisu dobile značajne povezanosti između obrazovnog statusa i ishoda oporavka kod korisnika koji se liječe od ovisnosti o alkoholu. U uzorku su bili najzastupljeniji privatni radnici i obrtnici (za što je potrebna srednja stručna sprema), te oni koji

se bave nekim tehničkim zanimanjem, a veoma mali postotak je bio onih koji su nezaposleni ili koji su umirovljeni, kao i onih koji su se izjasnili kao inženjeri. Ovo ukazuje na to da zaposlenost nije povezana s konzumiranjem alkohola, tj. da alkohol više konzumiraju ljudi koji su zaposleni ili imaju neki stupanj obrazovanja. U našem istraživanju rezultati su pokazali kako sociodemografska obilježja nisu značajna za objašnjenje kriterijskih varijabli. Obilježja koja se odnose na spol i obrazovni status sudionika nisu značajno predviđali oporavak od alkohola ni u jednom aspektu; percipiranoj samoefikasnosti u apstinenciji, osobnoj dobrobiti, procjeni oporavka kroz postavljanje ciljeva, prevladavanje izazova, pozitivnu orijentaciju ka budućnosti, niti su značajno utjecala na ozdravljenje korisnika u KLA.

Rezultati su pokazali da se većina sudionika istraživanja nalazi u bračnoj zajednici, što predstavlja pretpostavku da imaju blisku osobu koja im je bitna podrška u samom procesu liječenja od alkohola. Preostali dio sudionika nije u bračnoj zajednici, što predstavlja prilično veliki postotak (njih čak 41,1%), bez obzira na razloge radi kojih se ne nalaze u bračnoj zajednici. U svim istraživanjima se pokazuje da je obiteljska podrška veoma bitna u procesu liječenja od alkohola (npr. Bodor, 2018; Burton, 1982; Buton i Caplan, 1968; Corell i Clements, 2015; Mann i sur., 2015; O'Neil i Bornstein, 2001; Torre, 2006). Tako na primjer sudjelovanje oba partnera u bihevioralnoj bračnoj terapiji, za razliku od individualnog tretmana u kojem sudjeluje osoba ovisna o alkoholu, vrlo često za ishod ima dulji period apstinencije, veće zadovoljstvo bračnim odnosima i smanjivanje stupnja nasilja u partnerskom odnosu (Mann i sur., 2005). Podrška bračnog partnera od izuzetne je važnosti u procesu liječenja od ovisnosti, a što pokazuju i nalazi drugih istraživanja (npr. Corell i Clements, 2012), u kojima je ukazano na to da sudjelovanje u grupama podrške smanjuje emocionalne teškoće, osjećaj depresije i tjeskobe, te poboljšava vještine suočavanja kod partnera osobe ovisne o alkoholu. S druge strane, sudjelovanje u grupama podrške korisno je i za partnera osoba ovisnih o alkoholu, jer im pomoć od strane drugih članova grupe olakšava stjecanje uvida u vlastiti udio u bračnim problemima (Burton, 1962). Paralelno s promjenom partnera, kako napreduje sam tretman liječenja ovisnosti, tako su i liječene osobe sposobnije sudjelovati u svakodnevnim aktivnostima, što onda povratno dovodi do većeg zadovoljstva partnerskim odnosom (O' Neill i Bornstein, 2001). Zbog toga i ne čudi što je ovako veliki postotak liječenih ovisnika o alkoholu zapravo ostao u bračnim zajednicama, posebno kada imaju partnere koji su im bitna podrška tijekom procesa liječenja. Oni koji se podvrgavaju liječenju postaju kompetentniji u svakodnevnim životnim aktivnostima, a onda zauzvrat imaju kvalitetnije odnose u braku i obitelji. Kod partnera koji redovito dolaze na grupne tretmane s ciljem podrške u procesu

liječenja od ovisnosti o alkoholu, razvija se osjećaj odgovornosti i brige za druge članove te bliski odnos s terapeutom (Buton i Kaplan, 1968). Torre (2006) ističe da i članovi obitelji zajedno s apstinentom rade na ostvarenju drugačijeg životnog stila za cijelu obitelj.

Drugi skup prediktorskih varijabli odnosio se na obilježja liječenja, a činile su ga varijable: recidiv, način dolaska u KLA, duljina apstinencije, dijagnoza druge psihičke bolesti i sudjelovanje u radu KLA. Kada se radi o postojanju dijagnosticirane neke od psihičkih bolesti, ukupno je oko četvrtine sudionika istraživanja izjavilo da su imali dijagnosticiranu neku psihičku bolest, a njih skoro 40% je izjavilo da su imali poremećaje koji su uzrokovani prije ili za vrijeme konzumiranja alkohola. To znači da su psihički poremećaji uzrokovali posezanje za alkoholom, ili je konzumiranje alkohola rezultiralo javljanjem nekih psihičkih poremećaja. Najveći broj sudionika (njih oko trećine) navode da su se psihički problemi pojavili tijekom ovisnosti o alkoholu. Neke od dodatnih dijagnoza koje su sudionici izdvojili su poremećaj raspoloženja (oko petine ispitanika) i PTSP (oko šestine ispitanika). Duševni poremećaj je dijagnosticiran kod oko šestine uzorka od onih koji su izjavili da su imali dijagnosticiran još neki poremećaj pored ovisnosti o alkoholu. Dvije glavne američke studije koje su rađene devedesetih godina (Kessler i sur., 1996; Reiger i sur., 1990) bavile su se epidemiologijom komorbiditeta u svezi s poremećajima koji su vezani za konzumiranje i zlouporabu alkohola. U tim studijama utvrđeno je da su česti poremećaji koji su povezani sa ovisnošću o alkoholu i zlouporabu alkohola bili poremećaji raspoloženja (depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj) poremećaj raspoloženja, te PTSP. Procjene zastupljenosti komorbidnih psihičkih poremećaja su bile znatno više kod onih ovisnika o alkoholu, nego kod onih koji su alkohol samo zlorabili. To znači da se šansa za postojanje komorbiditeta psihičkih poremećaja povećava kod onih koji su ovisni o alkoholu, ali ne i kod onih koji zlorabe alkohol. Najizraženije dijagnoze kod osoba ovisnih o alkoholu u komorbiditetu sa dijagnosticiranim psihijatrijskim poremećajem su: depresivni poremećaj, poremećaj raspoloženja i generalizirani anksiozni poremećaj. Rezultati mnogobrojnih istraživanja ali i klinička praksa govore u prilog potrebi za specijaliziranim programima liječenja osoba ovisnih o alkoholu s komorbidnim psihijatrijskim dijagnozama (Petraakis i sur., 2002). Tijekom pretjerane konzumacije alkohola, ispitanici su naveli da su se kod njih povremeno javljali i neki specifični oblici ponašanja kao npr.: impulzivnost, alkoholom potaknuta agresija i nasilničko ponašanje. Kod nekolicine ispitanika je bio prisutan i pokušaj suicida. Nasilni oblici reagiranja nakon konzumiranja alkohola dovode i do nasilja u obitelji, a što je potvrđeno i kod nekih drugih autora (npr. Stanković, 2004).

Prosječna duljina dolaska na sastanke KLA iznosila je 33 mjeseca, s prilično visokim standardnim odstupanjima. Aktivnosti u klubu liječenih alkoholičara mogu trajati optimalno do pet godina, ali i kraće ili dulje razdoblje sudjelovanja u KLA donosi benefite za korisnika i njegovu obitelj (Tutić, 2016). Potrebno je naglasiti da i drugi autori (npr. Torre, 2006) naglašavaju da aktivni članovi KLA nisu samo osobe s problemom ovisnosti nego i njihove obitelji. Istraživanje Curzia i suradnika (2012) pokazalo je da oni članovi KLA koji pohađaju klubove dulje od tri godine imaju veću vjerojatnost po pitanju održavanja apstinencije, u usporedbi s onima koji klubove pohađaju manje od tri godine, tako da su nalazi našeg istraživanja u skladu s nalazima drugih autora, pa su uspjesi u samom oporavku od liječenja od ovisnosti vjerojatno povezani i s duljinom dolaska na sastanke KLA. Ukoliko uzmemo da je prosjek dolaska na sastanke KLA u našem uzorku bio oko 33 mjeseca, to znači da većina sudionika na sastanke dolazi nešto manje od tri godine, no odstupanja od ovog prosjeka su velika, a što je u skladu s nalazima drugih autora (Curzio i sur., 2012). Važno je istaknuti da je ukupno vrijeme članstva u KLA u visokoj korelaciji sa duljinom apstinencije.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je jedna trećina sudionika imala recidiv tijekom liječenja od alkohola, a što je u skladu i s drugim istraživanjima (npr. Čuljak i sur., 2013). Prema nalazima drugih istraživača (npr. Tutić, 2016), jednogodišnja apstinencija od alkohola u skupini anonimnih alkoholičara iznosi 60 do 70%. Prema pravilima članstva u KLA osoba koja se učlani u klub, iz njega bez obzira na recidiv ne može biti izbačena niti izbrisana. O njoj klub vodi stalnu brigu. Stoga je i recidiv tijekom boravka u KLA jedna od nedaća s kojima se suočavaju tijekom liječenja uz stručnu podršku voditelja KLA i aktivnih članova. Primarni cilj koji se nastoji postići u KLA jest održavanje apstinencije osobe koja se liječi od ovisnosti o alkoholu (Opačić i sur., 2017), ali i poticanje rehabilitacije i socijalne integracije te osobe. Čuljak i suradnici (2013) su pokazali da je uzrok recidiva kod 12% ispitanika povratak u staro društvo prije apstinencije, stres zbog narušenih komunikacijskih odnosa, a 42% ispitanika je izjavilo da nisu imali recidiv tijekom liječenja što je sličano rezultatima našeg istraživanja.

Ovim istraživanjem ispitali smo i koliko korisnici KLA na redovne sastanke dolaze sami ili uz pratnju. Tko dvije trećine sudionika dolazi samo, dok u pratnji supruga odnosno supruge dolazi negdje oko trećine sudionika istraživanja. Ovakav nalaz znatno se razlikuje u odnosu na nalaz drugih istraživanja (Opačić i sur., 2015), u kojem je pronađeno da 37% ispitanih dolaze bez prisustva članova obitelji, ali da veći broj članova ima podršku obitelji i na sastanke dolaze redovito. Prosječan broj dolazaka u Klubove liječenih alkoholičara pokazuje da je najveći broj korisnika dolazio jednom tjedno na sastanke, dok jednom u tjeku mjeseca dolazi nešto više od

desetine ispitanog uzorka. Oko dva posto ispitanih su izjavili da na KLA dolaze jednom godišnje ili nekoliko puta godišnje, što potvrđuje kontinuitet u liječenju korisnika KLA. I drugi autori (npr. Hudolin, 1991) navode da su sastanci u KLA kontinuirani i da se održavaju intenzitetom jednom tjedno i to uobičajeno istog dana i u isto vrijeme, a trajanje tih sastanaka je 90 minuta. U kontekstu Republike Hrvatske, može se reći da danas prema navodima Opačić i suradnica (2015) djeluje oko 180 KLA, a da su formirani i savezi ne samo na nacionalnoj, nego i na regionalnoj i lokalnoj razini. Djelovanje ovih klubova ima važno mjesto u tretmanu odnosno liječenju osoba ovisnih o alkoholu pa i njihovih obitelji, jer im je cilj održavanje apstinencije, nastavak liječenja, odnosno rehabilitacija osobe koja ima problem ovisnosti (Hudolin i sur., 2000). U Bosni i Hercegovini u ovom dijelu je situacija nešto drugačija, vrlo je mali broj KLA u funkciji u odnosu na potrebe korisnika. Tokom provedbe istraživanja djelovalo je ukupno 20 KLA, što je nedostavno u odnosu na potrebe za liječenjem ovisnosti o alkoholu.

Istraživanjem smo dobili i podatke o korištenju antabusa (disulfirama) kao lijeka nakon ulaska u KLA. Oko petine uzorka je redovito koristilo taj lijek. Većina ispitanika nije koristila taj lijek (preko dvije trećine uzorka). Disulfiram je lijek koji se koristi u tzv. averzivnoj terapiji u liječenju ovisnosti o alkoholu, jer izaziva mučninu kod osobe kada se uzima alkohol. Nalazi našeg istraživanja govore u prilog tome da svega jedna petina korisnika KLA koristi ovaj lijek, što ukazuje da se kod te petine vjerojatno još uvijek može očekivati da ako ne koriste taj lijek, nisu sposobni sami se oduprijeti konzumiranju alkohola. Zbog čega im je potrebna dodatna pomoć neke suplementacije, odnosno lijeka koji izaziva mučninu ako bi uzeli alkohol. Liječenje ovisnosti o alkoholu dijeli se na ono koje se provodi u instituciji (djelomična ili potpuna hospitalizacija) i ono koje se provodi van institucije u vidu ambulantnog liječenja odnosno individualnih i/ili grupnih psihoterapija, obiteljskih terapija ili odlazaka u KLA (Prekratić, 2016). Disulfiram se nekad koristi u liječenju ovisnosti o alkoholu i to kao doza od 250 mg, koja se ordinira dnevno kroz period od najmanje 6 do 12 mjeseci, te se ovaj lijek može piti kod početka bolničkog liječenja, ali i nastaviti piti kroz liječenje u KLA (Zoričić, 2018).

Na odluku o ulasku u Klubove liječenih alkoholičara osoba koje boluju od ovisnosti o alkoholu u najvećoj mjeri utjecala je obitelj, jer su u većini situacija doživjeli strah od razdvajanja obitelji, razvoda bračne zajednice, odvajanja djece zbog pretjerane konzumacije alkohola, zatim prijatelji i radne kolege. Stoga je kao prvi cilj prilikom ulaska u KLA nužno definirati, podršku koju apstinent posjeduje i sve njegove kapacitete. Identificirane kapacitete i resurse s kojim korisnici KLA raspolažu potrebno je u daljem periodu osnaživati i poticati na veću razinu podrške, s težnjom usvajanja novih stavova i vrijednosti tj. objektivnije sagledavanje vlastite

životne situacije i osvješćivanje osobne ovisnosti o alkoholu. Samo mali dio sudionika izjavio je da im je izrečena sudska mjera i da su zbog toga pristupili KLA. Oko petine uzorka je ukazalo na to da ih je na dolazak u KLA motivirao netko drugi, što znači da su na dolaske u KLA ipak najutjecajniji članovi obitelji. Obiteljska privrženost ili obiteljska podrška se pokazala i kao značajan ishod oporavka u svim promatranim dimenzijama.

Osim prediktorskih varijabli koje se odnose na sociodemografska obilježja (dob, spol, obrazovni, radni i bračni status) i obilježja liječenja (recidiv, način dolaska u KLA, duljina apstinencije, sudjelovanje u radu KLA i druga psihička bolest), u modelu istraživanja ispitivan je utjecaj i drugih prediktorskih varijabli i to obilježja terapijskog grupnog rada, te socijalne i obiteljske podrške. Obilježja terapijskog grupnog rada bila su ispitana kroz pomažući odnos s terapeutom i kroz grupnu klimu koja vlada u KLA. Osim toga, ispitana je i razina uključenosti u KLA. Ukupne procjene pomažućeg odnosa sa terapeutom izrazito su visoke na oba faktora koji se odnose na povjerenje i razumjevanje od strane terapeuta ($M=5,30$, $SD=0,769$) te Zajedničku usmjerenost korisnika KLA na ciljeve tretmana ($M=5,00$, $SD=0,809$). Korisnici KLA visoko procjenjuju angažman korisnika u grupnom radu gdje je $M=4,49$ ($SD=0,908$). Rezultati istraživanja pokazuju da korisnici u manjoj mjeri izazivaju konflikte u grupi s ciljem rješavanja problema pa su kod grupnih konflikata unutar KLA dobijene slijedeće vrijednosti ($M=2,48$) i ($SD=1,307$). Razina uključenosti u grupni rad sudionika istraživanja je visoka i iznosi ($M=4,31$) i ($SD=0,739$). O prednostima grupne terapije u liječenju ovisnosti o alkoholu govorili su i drugi autori (npr. Washton, 1987). Kada se završi bolničko liječenje, isto se nastavlja kroz programe u dnevnoj bolnici ili ambulanti, gdje je temelj grupna psihoterapija (Sarić, 2020). Grupni rad kluba liječenih alkoholičara nudi opću podršku i pomoć samoj apstinenciji, i to konfrontacijama, oblikovanjem uvida i kritičnosti te traženjem novih modela ponašanja. Nudi se također i mogućnost restrukturiranja obiteljskog sustava te nova bolja kvaliteta života.

Dobiveni rezultati ukazuju da je članstvo u KLA osobama koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu bitan proces. Članstvo u KLA u dodatnoj mjeri korisniku olakšava grupni rad koji se primjenjuje u klubovima, ali i obiteljsko savjetovanje, njegovom održavanju apstinencije kroz osobni rast i razvoj, uz stalnu međusobnu podršku članova kluba. Aspekti grupnog rada pokazali su se izrazito značajnim u objašnjenjima kriterijskih varijabli koje su se odnosile na: osobnu dobrobit, procjenu i ishod oporavka i samoefikasnost u apstinenciji. Prikazane rezultate dodatno potvrđuje istraživanje koje su proveli Brlek i suradnici (2014). Budući da grupna dinamika utječe na ponašanje i pojedinačnih članova grupe i grupe u cjelini,

ona je bila od velikog interesa za grupne istraživače dugi niz godina. Temeljno razumijevanje grupne dinamike je korisno za efikasne rezultate bilo koje vrste grupe. Iako su mnoge teorije razvijene za konceptualizaciju grupnog funkcioniranja, fundamentalno zajedničko za sve njih je interesiranje za razumijevanje grupa kao društvenih sustava. Sustav se sastoji od elemenata i njihovih interakcija, stoga, grupe imaju zadatke tretmana gdje pojedinci u interakciji s drugima mogu rješavati svoje trenutne probleme (Tosseland i sur. 2005). Članovi grupe daju prednost kvaliteti odnosa unutar grupe, a ne statusu ili ulozi drugih, tj. terapeuta, člana ili cijele grupe (Johnson i sur., 2005).

Tretman u grupi odvija se koristeći razne komunikacijske vještine stručnjaka voditelja grupe čime se doprinosi razvoju psihosocijalnih vještina i podizanju samopoštovanja kod osobe koja je na liječenju od ovisnosti o alkoholu, ali i kontinuiranom odvijanju grupnih sastanaka u KLA. Najveći broj članova u našem istraživanju izrazio je mišljenje da tijekom grupnih sastanaka članovi KLA pokušavaju razumjeti zašto konzumiraju alkohol i pokušavaju pronaći razlog za svoje stanje, te u konačnici teže održavanju apstinencijskog perioda i uspostavljanju kvalitetnijeg modela života. Aspekti pomažućeg odnosa s terapeutom, tj. razumijevanje i povjerenje kao i zajednička usmjerenost korisnika KLA s terapeutom na ciljeve tretmana pokazali su se značajnim za objašnjenje ishoda oporavka.

Socijalna i obiteljska podrška se odnosila na skup prediktorskih varijabli koje su ispitane pomoću nekoliko instrumenata, a koje su se odnosile na obiteljsko funkcioniranje, zatim percipiranu socijalnu podršku i percipiranu stigmatizaciju osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Socijalna i obiteljska podrške kao prediktor obuhvaća tri varijable: obiteljsko funkcioniranje, percipiranu socijalnu podršku i percipiranu stigmatizaciju liječenja od ovisnosti o alkoholu. Za mjerenje varijable obiteljskog funkcioniranja koristili smo Skalu obiteljskog funkcioniranja (Noler, 1988), a navedena skala nam je poslužila kao instrument za mjerenje bliskosti i podrške u obitelji i obiteljskih konflikata. Skala obiteljskog funkcioniranja korištena je i za potrebe istraživanja Ajduković i sur. (2019). Deskriptivni podaci za obiteljsko funkcioniranje pokazali su posebnu značajnost obiteljskih odnosa, privrženost korisnika drugim članovima obitelji, funkcionalnost unutar obitelji, korisnici sa članovima obitelji zajednički rade na rješavanju problema, članovi obitelji se međusobno pomažu i podržavaju. Procjena obiteljskog funkcioniranja i obiteljske podrške tokom tretmana liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA pokazala se značajnom u objašnjenju osobne dobrobiti i procjene oporavka.

Ispitanici iskazuju visoke procjene za socijalnu podršku i na faktoru podrške obitelji i na faktoru podrške prijatelja. Prvi faktor je percipirana podrška obitelji članova KLA za koju je $M=5,53$ dok je $SD=1,359$. Drugi faktor je percipirana podrška prijatelja gdje je $M=5,32$ i $SD=1,488$.

Prediktor percipirana stigmatizacija osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu mjerena je Skalom percipirane stigme osoba s problemom ovisnosti o alkoholu autora Luoma i suradnika (2010). Dobiveni rezultati ukazuju da većina korisnika KLA ne smatra da ima iskustva stigme od strane prijatelja i da bi većinom bili prihvaćeni od strane drugih osoba kao prijatelji bez obzira na iskustvo liječenja od alkohola. Percipirana stigma se pokazala jednim od značajnih prediktora za objašnjenje osobne dobrobiti, no nije za druge kriterijske varijable. Dobiveni rezultati nisu u skladu s nalazima drugih autora (npr. Keyes i sur., 2010) čiji rezultati istraživanja govore o postojanju stigme od strane prijatelja prema osobama sa problemom bolesti ovisnosti o alkoholu.

U našem istraživanju sudionici su iskazali visok stupanj percipirane samoefikasnosti koja olakšava proces oporavka od ovisnosti o alkoholu u KLA, za koju M iznosi 4,00 dok je $SD=,871$.

Osobna dobrobit je također visoko procijenjena ($M=7,65$, $SD=1,853$). Pritom, najviše su procjene na pripadnosti unutar svoje lokalne zajednice ($M=8,00$), nakon čega slijedi osjećaj sigurnosti u svakodnevnom životu ($M=7,81$), a nešto manje su zadovoljni životnim standardom i materijalnim stanjem gdje je $M=7,47$.

Što se tiče procjene oporavka, sudionici imaju visoke procjene na svim faktorima, na temelju čega je moguće zaključiti da klubovi liječenih alkoholičara pozitivno doprinose procjeni oporavka od ovisnosti o alkoholu kod ispitanog uzorka. Najvišim stupnjem procjenjuju svoj oporavak u domeni pozitivnih očekivanja od budućnosti i orijentaciji ka uspjehu, a najmanji stupanj slaganja iskazuju u domeni nadilaženje simptoma ovisnosti što ukazuje izravnije na oporavak u vidu ozdravljenja.

9.1. Rasprava o doprinosu prediktorskih varijabli percipiranoj samoefikasnosti

Skupovi prediktorskih varijabli koji su se odnosili na sociodemografska obilježja i obilježja liječenja nisu se pokazali značajnim za objašnjenje percipirane samoefikasnosti u apstinenciji. Spol i stručna sprema se nisu pokazali značajnim prediktorima percipirane samoefikasnosti u

apstinenciji od alkohola kod korisnika KLA, što je u suprotnosti s nalazima nekih drugih istraživanja. Tako je na primjer u istraživanju Curzia i suradnika (2012), između ostalog, dobiveno da čimbenici poput ženskog spola, kao i niži status obrazovanja, povećavaju vjerojatnost poboljšanja životnog stila.

Tek su varijable u trećem bloku koje se tiču uključenosti u KLA i rada terapeuta uvele najveću promjenu u objašnjenju percipirane samoefikasnosti. Grupni rad u KLA se organizira na način da svaki član grupe pojedinačno iznosi svoje probleme, stavove i mišljenja, pozitivne i negativne aktivnosti koje su se dešavale tijekom liječenja u KLA. Korisnici KLA su prepoznali značaj terapeuta na način da ih isti uvodi u srž problema koji je prouzrokovao trenutno stanje u kojem se nalaze, što doprinosi prevladavanju i otklanjanju nastalih problema. Specifično se značajnim pokazala razina angažiranosti članova KLA kao jednog aspekta grupne klime. Ovakav nalaz je u skladu s drugim istraživanjima, gdje je pronađeno da oni korisnici koji su angažiraniji i klubove pohađaju dulje, pokazuju i veću vjerojatnost po pitanju održavanja apstinencije u odnosu na one koji klubove pohađaju kraće od tri godine (Curzio i sur., 2012). Grupa u ovim situacijama djeluje podržavajuće na korisnika KLA, čime je potvrđen prediktor značajnosti grupnih odnosa tijekom liječenja ovisnosti o alkoholu u KLA. I drugi istraživači su istakli prednosti grupne terapije u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu (Sarić, 2020; Washton, 1987). Tretman u grupi se odvija koristeći se raznim komunikacijskim vještinama terapeuta te na taj način osoba koja se nalazi na liječenju od ovisnosti o alkoholu stječe odgovarajuće psihosocijalne vještine, ali joj se podiže i samopouzdanje (Sarić, 2020).

Uvođenjem četvrtog bloka, nije se dobilo posebno na značaju, iako se objašnjenje varijance neznatno povećalo.

Ovakav model je objasnio određeni postotak varijance s trećim blokom prediktora, pa su se tako kao jedino značajni prediktori u modelu pokazali oni koji se odnose na grupnu klimu i angažman samih korisnika u terapijskom procesu, što znači da korisnici najbolje percipiraju svoju samoefikasnost u apstinenciji od alkohola ne u odnosu na spol, stručnu spremu ili socijalnu i obiteljsku podršku, već isključivo u odnosu na to koliko su oni angažirani u vlastitom terapijskom procesu, odnosno u odnosu na to kako percipiraju grupnu klimu u samom terapijskom procesu. Ovo bi značilo da se i sami korisnici KLA više oslanjaju na sebe u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu i na terapeuta, te da prediktori poput duljine dolaska, recidiv, druga psihička bolest, nemaju nekog značajnog utjecaja na samu percipiranu samoefikasnost.

Ovakvi rezultati ne iznenađuju, jer liječenje i ovisi najviše o onima koji su uključeni, odnosno od njihove spremnosti na promjene s čime se slažu i drugi autori. Tako npr. Miller i Rollnick (2002) i Rafferty i sur. (2013) govore o motivaciji za promjenom i upućuju na korisnost iste.

Na temelju tako analiziranih i interpretiranih podataka i dobivenih rezultata, možemo konstatirati da odbacujemo naše tri hipoteze koje se odnose na naš prvi istraživački problem, tj. prvu, drugu i četvrtu, te prihvaćamo samo treću hipotezu koja glasi da Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, više su uključene u rad grupe i procjenjuju grupnu klimu boljom, da ujedno iskazuju i veću samoefikasnost u apstinenciji. Nismo potvrdili da su osobe ženskog spola, višeg obrazovnog statusa i osobe koje su zaposlene percipirale i veću samoefikasnost u apstinenciji. Osobe bez druge psihičke bolesti i one koje nisu doživjele recidiv također ne percipiraju niti iskazuju veću samoefikasnost u apstinenciji od alkohola. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku, te nižu stigmatizaciju, ne pokazuju više razine percipirane samoefikasnosti u apstinenciji od alkohola.

Razlozi zbog kojeg nismo potvrdili naše istraživačke hipoteze leže i u prilično malom uzorku u odnosu na neka druga istraživanja (npr. Curzio i sur., 2012), kao i nejednakom udjelu sudionika u istraživanju muškog i ženskog spola. Generalno je moguće da korisnici KLA osjećaju adekvatnu obiteljsku i socijalnu podršku, uslijed čega se nisu diferencirale razlike u ovom aspektu. To znači da socijalna i obiteljska podrška nisu dovoljne u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu, nego je za taj proces od najvećeg značaja ono što se dešava u grupnom tretmanu, kakav je odnos s terapeutom, kakva je grupna klima i kako korisnici doživljavaju sam terapijski proces i koliko su involvirani u njega, posebno povezujući to s njihovom motivacijom za promjenom i koliko je bitno da se oni promijene. Prema autorima Demmel i sur. (2004) i Hester i sur. (1989), neophodno je naglasti da postupak liječenja ovisnosti o alkoholu (medicinski ili psihološki) nije moguće bez motivacije korisnika da želi prestati sa konzumacijom alkohola. Daljnji ključni korak u liječenju je rana procjena stanja u kojem se korisnik nalazi i jačanje motivacije kako bi se osigurao kontinuitet liječenja korisnika KLA. Angažman u procesu liječenja te odnos s terapeutom i drugim korisnicima, tj. grupna klima, pokazuju se prema tome kao najjači prediktori percipirane samoefikasnosti u liječenju od ovisnosti odnosno u apstinenciji od alkohola. To i ne iznenađuje, jer su korisnici vjerojatno jedni drugima najveća podrška s obzirom na to da se javljaju sa sličnim problemima i onda kako svaki od njih izdržava u apstinenciji od alkohola, to daje motivaciju drugim članovima da i oni izdrže u toj apstinenciji, a grupna klima, angažman u njoj i profesionalnost terapeuta svemu tome daju još veći doprinos. Moglo bi se očekivati da bi ovakav model u budućim

istraživanjima na većim uzorcima ili onima koji su ujednačeni po određenim sociodemografskim i drugim obilježjima pokazao veću značajnost i objasnio bi veći udio ukupne varijance nego što je to slučaj s ovim istraživanjem.

9.2. Rasprava o doprinosu pojedinih čimbenika osobnoj dobrobiti

Drugi istraživački problem ticao se utvrđivanja doprinosa pojedinih prediktora sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada i socijalne i obiteljske podrške na percipiranu osobnu dobrobit samih korisnika KLA. Osobna dobrobit je procjenjivana Indeksom osobne dobrobiti za odrasle (Cummins, 2013). Krenulo se od pretpostavke da će osobe muškog spola, višeg obrazovnog statusa, s manjim brojem djece i osobe koje su zaposlene, te osobe bez druge psihičke bolesti, koje nisu doživjele recidiv, osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, te osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku, te nižu stigmatizaciju, ujedno i iskazivati i veću osobnu dobrobit u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu.

Ni ovdje se socio-demografske varijable nisu pokazale značajnima. No, u drugom bloku kao značajan prediktor pokazala se varijabla izostanka druge psihičke bolesti. Ova varijabla ostaje značajna uvođenjem i trećeg bloka varijabli, no njena značajnost se gubi u konačnom modelu s uvedenim četvrtim blokom.

Što se tiče varijabli iz domene pomažućeg odnosa s terapeutom, grupne klime i uključenosti u rad grupe, i u trećem i u četvrtom bloku značajnima se pokazuju sljedeći prediktori: Povjerenje i razumijevanje s terapeutom te Grupni konflikti unutar KLA. Prediktor Razina uključenosti u rad grupe značajna je po uvođenju u trećem bloku, ali ta se značajnost gubi uvođenjem varijabli obiteljskog funkcioniranja, percipirane podrške i percipirane stigme. Ovdje treba posebno istaknuti jedan nalaz koji je neočekivan, a to je da i u trećem i u četvrtom bloku percepcija grupnih konflikata pozitivno povezana s procijenjenom razini osobne dobrobiti. Povoljna grupna atmosfera može potaknuti razvoj zajedničkog razumijevanja te poboljšati grupni rad na način da pomogne članovima grupe da predvide ponašanja drugih osoba i bolje koordiniraju različite aktivnosti unutar grupe čime utječu na povećanje motivacije i efikasnije rješavanje problema (Rey i sur. 2014). Ukoliko se unutar grupe razvijaju pozitivni konflikti utjecat će se na razvijanje pozitivnih grupnih odnosa i povećanje povjerenja među članovima grupe.

Što se tiče četvrtog bloka varijabli, za objašnjenje osobne dobrobiti značajnim se pokazuje Privrženost među članovima obitelji te Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Percipirana podrška prijatelja također je relevantna za objašnjenje osobne dobrobiti korisnika.

Percepcija stigme članova KLA se pokazala značajnom za percepciju osobne dobrobiti korisnika KLA. Ovaj zadnji nalaz je u skladu s nalazima nekih prethodnih istraživanja, npr. Kovačević i sur. (2020) u kojima je utvrđeno da ljudi pokazuju prilično visoku socijalnu distancu prema korisnicima psihoaktivnih tvari kao i prema ovisnicima o alkoholu. I drugi autori su nastojali naglasiti problem sa stigmom (npr. Labaš, 2015), a koja se u našem istraživanju kod korisnika KLA pokazala značajnim prediktorom za objašnjenje osobne dobrobiti.

I u drugim istraživanjima je potvrđeno da je za promjenu članova s problemom ovisnosti o alkoholu osim raznovrsnih tema tijekom grupnih terapija, vrlo značajan i odnos sa stručnjakom odnosno terapeutom (Oreb i sur., 2017). Prema autorima Marques i sur. (2001) i Sobel i sur. (2009) grupna terapija uključuje veći broj korisnika i značajno utječe na smanjenje ekonomskih troškova liječenja ovisnosti o alkoholu. Prilikom suočavanja s tim poteškoćama neophodna je osposobljenost socijalnog radnika/voditelja KLA, dakle terapeuta koji ima obvezu usmjeriti proces liječenja osobe ovisne o alkoholu, a sam socijalni radnik aktivno radi na otklanjanju svih poteškoća koje otežavaju proces liječenja (Huremović i Mahmutović, 2018). Uloga socijalnog radnika zahtijeva izravno suočavanje s individualnim problemima članova. Brlek i suradnici (2014) su također u svom istraživanju ukazali na praktičnu učinkovitost savjetovanja u KLA kroz pozitivne osobne promjene korisnika i unaprjeđenje odnosa korisnika s okolinom. Socijalni radnik kao voditelj u KLA ima ključnu ulogu u procesu liječenja pružajući pozitivan model s kojim se apstinenti mogu poistovjetiti te im treba pružiti podršku kako bi se prevenirao recidiv (Tutić, 2015). Osobe koje su u pratnji, kao i osobe koje se liječe od ovisnosti o alkoholu pozitivno ocjenjuju stručni rad voditelja, te grupnu dinamiku (Opačić i sur., 2017). Stručnjaci koji vode KLA visoko procjenjuju svoje kompetencije za rad s članovima, te prepoznaju da KLA doprinosi osobnom i profesionalnom razvoju (Oreb i sur., 2017). Terapeuti u grupnom radu koriste raznovrsne tehnike, a najčešće se sastanci temelje na potjecanju grupnih rasprava (Opačić i sur., 2017).

Za objašnjenje osobne dobrobiti značajnom se pokazala obiteljska privrženost i podrška prijatelja. Ovo je u skladu i s teorijskim postavkama našeg istraživanja koje ukazuju na snažan okolinski utjecaj na osobni razvoj pojedinca i njegovo psihosocijalno funkcioniranje, ističući

da pojedinac i okolina neprekidno utječu jedno na drugo na dvosmjernan transakcijski način (Bell i Sameroff, 2005; prema: Vasta, Haith i Miller, 2005). I suvremene teorije stavljaju snažan naglasak na doprinos čimbenika unutar obitelji (Andrews i Bonta, 2006; Blaszczyński i Nowe, 2002; Sharpe, 2002; prema: Ricijaš, 2009). I drugi istraživači su došli do takvih nalaza da sudjelovanje u grupama podrške smanjuje emocionalne poteškoće, osjećaj depresije i tjeskobe, te poboljšava vještine suočavanja kod partnera osobe ovisne o alkoholu (O Farrell i Clements, 2012). Sudjelovanje oba partnera u bihevioralnoj bračnoj terapiji, za razliku od individualnog tretmana u kojem sudjeluje samo osoba ovisna o alkoholu, vrlo često za ishod ima dulji period apstinencije, veće zadovoljstvo bračnim odnosima i smanjenu stopu nasilja (Mann i sur., 2005). Obiteljska podrška u terapiji doprinosi i osobnoj dobrobiti ne samo korisnika KLA, nego i njihovih partnera i članova obitelji. Članovi obitelji dolaze na sastanke KLA da bi pomogli sebi, a onda i svojim bližnjima koji u pretjeranoj mjeri konzumiraju alkohol (Pennington, 2014). Zagovornici obiteljskog pristupa u liječenju od ovisnosti o alkoholu, počeli su uviđati značaj stabilnosti i odnosa unutar obitelji za poboljšanje ili rješavanje simptoma kod članova obitelji s kojom su radili (Vidanović, 2003).

Na temelju dobivenih rezultata hijerarhijske regresijske analize, nije utvrđeno da osobe muškog spola, višeg obrazovnog statusa, koje imaju manji broj djece i zaposlene su, iskazuju veći stupanj osobne dobrobiti u tijeku liječenja od ovisnosti o alkoholu. Stoga prvu hipotezu odbacujemo. Osobe kojima ranije nije dijagnosticirana psihička bolest iskazuju veću osobnu dobrobit od procesa liječenja od alkohola. U odnosu na postavljenu hipotezu H.2.2., recidiv se nije pokazao relevantnim, no duljina apstinencije iako je bila pozitivno povezana s kriterijem se na kraju nije pokazala osobito značajnom u objašnjenju osobne dobrobiti.

U skladu s postavljenim hipotezama H 2.3. i H.2.4., osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim iskazuju veću osobnu dobrobit u procesu liječenja, kao i oni korisnici koji su više uključeni u rad grupe. Također, osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju iskazuju veću osobnu dobrobit u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

9.3. Rasprava o doprinosu pojedinih čimbenika percepciji oporavka

Treći problem istraživanja se odnosio na utvrđivanje doprinosa sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog grupnog rada, te socijalne i obiteljske podrške percipiranom oporavku od ovisnosti o alkoholu. Napravljene su četiri odvojene hijerarhijske regresijske analize za pojedine domene procjene oporavka.

Što se tiče prve dimenzije Samopouzdanje i pozitivna očekivanja, u odnosu na postavljene hipoteze, nisu potvrđena očekivanja o povezanosti radnog statusa i broja djece (H. 3.1.), ali je utvrđena povezanost s muškim spolom. Recidivi također nisu relevantni (H. 3.2.), ali se potvrdila značajnost izostanka druge psihičke bolesti. Potvrđena su očekivanja iskazana hipotezom H.3.3. i H.3.4. na način da osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim i koje imaju više percipirane podrške obitelji iskazuju više procjene oporavka. Tomu treba dodati značajnost uključenosti u rad grupe, a izostala je povezanost percipirane stigme s dimenzijom oporavka Samopouzdanje i pozitivna očekivanja.

Za drugu dimenziju procjene oporavka Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe, utvrđena je statistički značajna povezanost prediktora Ukupne apstinencije od alkohola s kriterijem. Uvođenjem varijabli II bloka, Recidiv, Angažman korisnika, i Razina uključenosti u rad grupe postaju značajni, a gubi se značajnost duljine apstinencije. Nadalje, uvođenjem prediktora koji se odnose na obiteljsko funkcioniranje, socijalnu podršku i percipiranu stigmatu, prediktor Recidiva gubi na značaju, a značajni su prediktori Razina uključenosti u rad grupe, Privrženost drugim članovima obitelji i Percipirana podrška prijatelja. Prema navedenom, možemo konstatirati da su djelomično potvrđeni dijelovi hipoteze koje se tiču značaja obiteljske i socijalne podrške, te uključenosti u grupni rad (H. 3.3. i H.3.4.).

Što se tiče doprinosa pojedinih prediktora objašnjenju dimenzije Orijentacija ka uspjehu i ciljevima, ponovno se potvrđuje važnost prediktora tretmanskog i grupnog rada te obiteljskog funkcioniranja i socijalne podrške. Naime, prediktorske varijable za koje je utvrđeno postojanje statistički značajne povezanosti s kriterijem su Zajednička usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana i Razina uključenosti u grupni rad. One ostaju značajne kada se dodaju prediktori trećeg bloka u kojemu su dodatno značajni i: Privrženost drugim članovima obitelji, Rigidnost članova obitelji i Percipirana podrška prijatelja. Time se mogu potvrditi hipoteze H.3.3. i H.3.4. s obzirom da su za usmjerenost ka uspjehu i ciljevima važni aspekti pomažućeg odnosa s terapeutom, razina uključenosti u grupni rad, elementi obiteljskog funkcioniranja i

socijalna podrška prijatelja. Zanimljivo je da rigidnost članova obitelji također pridonosi ovom kriteriju, a za objašnjenje kriterija se percipirana stigma nije pokazala značajnom.

Posljednja dimenzija bila je Nadilaženje simptoma ovisnosti. Iz dobivenih rezultata primjetno je da sociodemografska obilježja ne doprinose značajno kriterijskoj varijabli, dok prediktori koji se odnose na Zajedničku usmjerenost korisnika s terapeutom na ciljeve tretmana i Razinu uključenosti u rad grupe u drugom koraku pokazuju značajno predviđanje kriterija. Dakle, procesu oporavka korisnika KLA značajno doprinosi odnos koji ostvaruje sa voditeljem KLA i razina uključenosti u radne aktivnosti koje se provode u grupnom radu.

Uvođenjem prediktorskih varijabli socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja, gubi se značaj pomažućeg odnosa sa stručnjakom, ali ostaje značajan prediktor Razine uključenosti u rad grupe, dok je dodatno značajna podrška prijatelja. Percipirana stigma nije značajna za objašnjenje ove dimenzije oporavka.

Sagledamo li sve dimenzije procjene oporavka, u odnosu na postavljene hipoteze možemo zaključiti sljedeće:

1. Sociodemografska obilježja niti za jedan od dimenzija oporavka se nisu pokazala značajnim prediktorom. Iznimka je muški spol za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja.
2. Obilježja liječenja također uglavnom nemaju značaj za objašnjenje procjene oporavka, osim što se za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja pokazuje značajnim izostajanje druge psihičke bolesti.
3. Za sve dimenzije oporavka od značaja su obilježja pomažućeg odnosa s terapeutom te razina uključenosti u grupni rad.
4. Za sve dimenzije procjene oporavka od značaja su aspekti obiteljskog funkcioniranja i socijalne podrške. Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu se nije pokazala značajnim prediktorom za objašnjenje dimenzija oporavka.

Procjenjujući cjelokupni oporavak osoba u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu, najznačajniji prediktori se tiču razine uključenosti u grupni rad, odnosno grupne klime i odnosa s terapeutom. Osim toga, značajnom se pokazuje i socijalna i obiteljska podrška, dok aspekti sociodemografskih obilježja kao i obilježja liječenja ne pridonose objašnjenju procjene oporavka. Ovakvi nalazi su u skladu s nalazima drugih istraživača i teorijskih koncepata, koji su ukazali na značaj obiteljskog i socijalnog okruženja za proces liječenja od ovisnosti (npr. Golik-Gruber, 2003; Gačić, 1987, 1992; Kaufman, 1985, 1994, 1995, 1999; Nastasić, 1998,

2005, 2011; Stanković i Grčić, 1995; Tkalčević, 2018; Trbić, 1999). To znači da se ovisnost o alkoholu pojedinca ne može svesti na razmatranje ili liječenje pojedinca, već razumijevanje ovisnosti o alkoholu traži razmatranje obiteljskih i širih grupnih procesa te razmatranje grupe kao cjeline u sveobuhvatnosti međuodnosa njenih članova (Nastasić, 2005). U procesu prekidanja ovisnosti i rješavanja poremećenih interakcija neophodan je rekonstrukcijski pristup u kojem će se jačati i osposobiti elementi sustava za novi oblik i novu ideologiju u ostvarivanju interakcija unutar klubova liječenih alkoholičara i obiteljskog sustava (Tropman, 2006). I drugi autori ističu da su osobe koje imaju problem s ovisnošću o alkoholu one osobe koje, između ostalog, imaju i socijalne, pa čak nekad i pravne probleme zbog te ovisnosti (Sakoman i sur., 1999). Stoga ne čudi činjenica što se socijalna i obiteljska podrška čine značajnim prediktorom oporavka u svim aspektima, zbog čega se i smatra da liječenje ovisnosti o alkoholu nije samo medicinski nego medicinsko-socijalni problem (Hudolin, 1981, 1986, 1991). Psihosocijalni tretmani koji imaju za cilj zaštitu mentalnog zdravlja, u svom radu kao nezaobilazan resurs koriste i trebaju koristiti obitelj. Svaka stručna psihosocijalna podrška kao potpora obitelji i korisniku doprinosi povećanju kvalitete života i jačanju kapaciteta za prilagodbu tijekom životnog ciklusa (Zoričić, 2018). Da je percipirana obiteljska podrška bitna, pokazuju i drugi autori. U skladu s obiteljskom sistemskom terapijom, tretman koji se provodi u KLA uključuje educiranje svih članova obitelji o tome kako obiteljski sustavi funkcioniraju, reduciranje razine tjeskobe u obitelji, kao i promoviranje diferencijacije kod svih članova obitelji (Chan, 2003). Zato partneri odnosno partnerice osoba koje su ovisne o alkoholu uče o načinima emocionalnog odvajanja od osobe ovisne o alkoholu i kako pomoći samima sebi (Torre, 2006). Pomažući sebi, pomažu i partneru, odnosno partnerici koji se liječe, što posljedično dovodi i do optimističnijeg stava prema budućnosti i životu općenito (Arcidiacono i sur., 2009).

Ključni proces u tretmanu jest osnaživanje kako apstinenta od alkohola, tako i člana obitelji. Grupa je za to pogodno okruženje koje daje priliku da se osobnim resursima podrži apstinent i obratno (Miljenović, 2010). Sudjelovanje u grupama podrške smanjuje osjećaj depresije i tjeskobe, pomaže u rješavanju emocionalnih poteškoća te jačanju vještina konfrontacije kod partnera osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu (O'Farell i Clements, 2012). Kada su članovi obitelji uključeni u proces liječenja, kada postoji percipirana obiteljska podrška, onda to doprinosi i rješavanju određenih simptoma kod članova obitelji (Vidanović, 2003).

U procesu oporavka od ovisnosti o alkoholu, značajnom se pokazala prediktorska varijabla razine uključenosti u tretman, dakle osobni angažman samog korisnika kao i grupna klima, i odnos s terapeutom. Rezultati drugih istraživanja su također pokazali korisnost pristupa

grupnog terapijskog rada KLA (npr. Bodor, 2018; Opačić, Oreb i Radat, 2014; Zoričić, Ivančić i Matošić, 2006). Aktivni članovi u KLA nisu samo osobe koje su ovisne o alkoholu, nego i njihove obitelji, koje isto tako rade na promjeni i zajedno s apstinentom rade na ostvarivanju drugačijeg životnog stila za cijelu obitelj (Torre, 2006). Razne su prednosti grupne terapije u liječenju ovisnosti o alkoholu: prihvaćanje i podrška od strane drugih, nalaženje uzora u drugim članovima koji duži vremenski period apstiniraju, stjecanje identiteta, učenje discipline kroz poštovanje normi i granica ponašanja, edukacija o ovisnosti o alkoholu, dijeljenje istih problema s drugima, dobivanje informacija o načinima liječenja (Washton, 1987). Pozitivne promjene kod korisnika KLA istaknute su i u drugim istraživanjima (Bodor, 2018; Brlek i sur., 2014; Maloić, 2007; Opačić i sur., 2017; Oreb i sur., 2017; Tutić, 2016). U našem istraživanju nije se pokazala značajnom percipirana stigmatizacija kod osoba koje se liječe od ovisnosti o alkoholu, što nije u skladu s istraživanjima u kojima su istaknuti negativni aspekte same stigme (npr. Dovidio i sur., 2000; Goffman, 1974; Kovačević i sur., 2020; Labaš, 2015, Šarić, 2020).

X. PRAKTIČNE I ZNANSTVENE IMPLIKACIJE ISTRAŽIVANJA

Praktična vrijednost istraživanja ogleda se na nekoliko razina. Istraživanje je bilo prilika za identificiranje već postojećih istraživanja o KLA, metodama rada, načinu funkcioniranja, vođenja grupnog terapijskog rada. Vrijednost istraživanja ogleda se i u značaju za profesiju socijalnog rada s obzirom da su prema istraživanjima najčešće voditelji KLA upravo socijalni radnici. Praktični doprinos se također ogleda u činjenici da će nam rezultati istraživanja poslužiti u svrhu poboljšanja pristupa grupnog terapijskog rada sa osobama koje su na liječenju unutar KLA, uz korištenje dobivenih rezultata ovog istraživanja sa fokusom na primjeni u praksi rada KLA u Bosni i Hercegovini.

Posebna pozornost ogleda se u dobivenim rezultatima socijalnih aspekata koji ukazuju na činjenicu da je promjena zaista moguća u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu kroz KLA, značaju psihosocijalne klime u grupnom radu ili socijalne podrške, međutim vrijedni su i nalazi u području individualnih karakteristika osoba koje redovno dolaze na sastanke KLA, kao što su informacije o percepciji osobne dobrobiti dolaska u KLA, percepcija o značaju i ulozi grupne klime u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu, značaju obiteljske podrške, percepciji socijalne podrške i percepciji stigme liječenja od ovisnosti. Istraživanje time pruža mogućnost korištenja rezultata u svrhu poboljšanja i unapređenja rada KLA.

Znanstveni doprinos ovog istraživanja ogleda se prije svega u jasnijoj operacionalizaciji konstrukata o istraživanju tretmana ovisnosti o alkoholu u Klubovima liječenih alkoholičara. Problem ovisnosti o alkoholu postaje sve izražajniiji kako u Bosni i Hercegovini tako i u susjednim zemljama, ali je usprkos tome broj istraživanja na ovu temu nedostatan. Iz tog razloga bilo koji oblik znanstvenog istraživanja na ovu temu je značajan. Teorijski doprinos ovog istraživanja ogleda se kroz interpretaciju, sažimanje i prikaz definicija, stavova i činjenica o KLA u Bosni i Hercegovini, bolje upoznavanje procesa liječenja ovisnosti o ovisnosti o alkoholu, utjecaju modela grupnog rada i učinkovitosti grupe u liječenju unutar KLA.

Načelno je poznata činjenica da oporavku i rehabilitaciji u KLA značajno doprinose odnosi unutar obitelji, stoga je u ovom istraživanju dat prikaz značaja obitelji u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu gdje nam je obitelj na osnovu dobivenih rezultata provedenog istraživanja prikazana kao bitan resurs u liječenju ovisnosti o alkoholu.

Posebno su značajni dobiveni rezultati o funkcioniranju pojedinih KLA, koji djeluju unutar zdravstvenih/bolničkih uvjeta, a iste je potrebno izdvojiti i omogućiti djelovanje u lokalnoj

zajednici kako bi se prevenirala pojava stigme koja u negativnom kontekstu može utjecati na mogućnosti za oporavak.

Istraživanje je dalo potvrdu kako su KLA značajan faktor u liječenju, rehabilitaciji i održavanju apstinencije. Slijedom navedenog neophodno je dodatno razvijanje i organiziranje pristupa novim KLA, koji bi bili dostupni korisnicima u njihovoj najbližoj lokalnoj zajednici.

Praktični doprinos se ogleda i u prezentiranju dobivenih rezultata voditeljima KLA uključenih u proces liječenja ovisnosti o alkoholu, a njihova perspektiva biti će značajna u implementaciji dobivenih podataka u svrhu unapređenja kvalitete usluga u KLA.

Ništa manje nisu značajni i rezultati koji se dobiju o individualnim karakteristikama osoba koje redovito dolaze na sastanke KLA, kao što su informacije o percepciji osobne dobrobiti dolaska u KLA, percepcija o značaju i ulozi grupne klime u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu, značaj obiteljske podrške, percepcija socijalne podrške i percepcija stigme osoba koje se liječe od ovisnosti. Istraživanje time pruža mogućnost korištenja rezultata u svrhu poboljšanja i unaprjeđenja rada KLA. Korisnici su sudjelovanjem dobili priliku podići razinu participacije u prikaz stanja o radu KLA na području Bosne i Hercegovine koje je neophodno dodatno razvijati a koje će bolje odgovarati na potrebe korisnika i biti usmjerene ka njihovom oporavku i podizanju razine mentalnog zdravlja.

Pored znanstvenog i praktičnog doprinosa ovog istraživanja nužno je istaknuti i značajan metodološki doprinos koji se ogleda u primjeni instrumenata za istraživanje/skala koje će biti prevedene s engleskog na bosanski jezik i kao takve mnoge od njih prvi put biti upotrebene u ovom istraživanju, što je značajan doprinos za naredna istraživanja koja će moći postojeće instrumente koristiti za istraživanja na ovom području.

Provedeno istraživanje predstavlja svojevrsan doprinos edukaciji budućih socijalnih radnika, a rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti kao smjernice u osnaživanju i senzibiliziranju studenata socijalnog rada za rad u tretmanu ovisnosti te im ukazati na poteškoće u procesu liječenja sa kojima se susreću osobe koje boluju od ovisnosti o alkoholu.

Provedeno istraživanje predstavlja i doprinos edukaciji budućih stručnjaka i terapeuta KLA, gdje nam rezultati mogu poslužiti kao smjernice za razvoj postojećih, ali i formiranje novih KLA u Bosni i Hercegovini.

10.1. Metodološka ograničenja istraživanja

U ovom dijelu ćemo prikazati ograničenja koja se odnose na provedbu i metodologiju istraživanja, koje je potrebno uvažiti prilikom donošenja zaključaka te u planiranju i provedbi budućih istraživanja.

Istraživanje je provedeno za vrijeme pandemije Covid-a 19, kada su se primjenjivale epidemiološke mjere zabrane ili ograničenja grupnog rada, navedeno se smatra jednim od ograničenja, s obzirom na izmjenjene okolnosti socijalnog i psihičkog života sudionika istraživanja.

Ograničenje istraživanja ogleda se u uzorkovanju korištenom u ovom istraživanju koje je uključilo manji broj sudionika 163 u odnosu na planirani 200 sudionika, zbog čega proizlazi nemogućnost generalizacije rezultata na cjelokupnu populaciju. Rad KLA u periodu provedbe istraživanja bio je zbog epidemioloških mjera u ograničenim kapacitetima funkcioniranja, neki KLA su u tom periodu zatvoreni zbog COVID mjera ili trajno zatvoreni. Zbog izvanredne situacije izazvane pandemijom COVID-a 19 i činjenice da neki od KLA u vrijeme provedbe istraživanja nisu radili, izvršeno je individualno anketiranje jednog dijela sudionika istraživanja.

Vrijedna je sama spoznaja da je istraživanje provedeno u periodu zabrane ili ograničenja rada KLA, no unatoč tomu dobili smo uvid korisnika KLA o doprinosu procesa liječenja ali i dinamiku grupnog rada u otežavajućim uvjetima izazvanim pandemijom Covida 19. Tokom najstrožih epidemioloških mjera grupe za podršku unutar nekih KLA su funkcionirale ograničenim kapacitetima, ali su korisnici redovno dolazili na sastanke što dodatno govori u prilog o značaju ovog tretmana u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Rezultati istraživanja su pridonijeli uvidu u analizu stanja i rada KLA i prikaz stanja broju klubova na području Bosne i Hercegovine koji djeluju u znatno umanjenim kapacitetima.

Nalazi provedenog istraživanja govore o tome da istraživanje ima ograničenje u neravnomjernom udjelu muških i ženskih sudionika što je dijelom rezultat stvarnog stanja u KLA gdje je općenito daleko manje žena koje dolaze na liječenje u KLA. Imajući u vidu navedene činjenice, rezultati koji uključuju spol kao varijablu treba uzeti uz oprez s obzirom na uočenu disproportionalnost.

XI. ZAKLJUČAK

Temeljni cilj našeg istraživanja bio je dobiti uvid u čimbenike koji pridonose osobnoj promjeni osoba koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu, a koji su uključeni u aktivnosti KLA, te utvrditi čimbenike koji doprinose poboljšanju životnog stila apstinencijom uz osvrt na obiteljsku podršku u procesu apstinencije. Provedenim istraživanjem nastojali smo ispitati doprinos pojedinih prediktorskih varijabli kriterijskoj varijabli koja se odnosila na ishode oporavka. Prediktorske varijable, čiji se doprinos ishodom oporavka ispitaao smo podijelili u četiri bloka i to: sociodemografska obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog grupnog rada i socijalna i obiteljska podrška. Obilježja liječenja su se odnosila na recidiv, duljinu apstinencije, ranije dijagnosticiranu psihičku bolest (pored ovisnosti o alkoholu), način dolaska na sastanke KLA i sudjelovanje u radu KLA. Obilježja terapijskog grupnog rada su se odnosila na odnos s terapeutom i grupnu klimu u okviru KLA. Socijalna i obiteljska podrška se odnosila na percipiranu obiteljsku podršku, percipiranu socijalnu podršku i percipiranu stigmatizaciju liječenja od ovisnosti o alkoholu. Krenuli smo od pretpostavki da će ove prediktorske varijable značajno doprinositi ishodu oporavka. Ishod oporavka smo definirali kao: percipiranu samoefikasnost u apstinenciji, osobnu dobrobit i procjenu oporavka. Percipirana samoefikasnost se odnosila na percepciju koliko bi se osoba mogla suzdržati od konzumacije alkohola u određenim situacijama. Osobna dobrobit je procjenjivana posebnom skalom pomoću koje su dobiveni odgovori na pitanja koliko su korisnici koji se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu zadovoljni životom općenito, životnim standardom odnosno materijalnim stanjem, svojim zdravljem, onim što postižu u životu, svojim osobnim odnosima s drugima, činjenicom koliko se sigurno osjećaju, kao član svoje zajednice, svojom budućom sigurnošću, te svojom duhovnošću ili religijom. Procjena oporavka je bila podijeljena na četiri posebne analize odnosno za svaku subskalu kojom je mjeren oporavak. Faktorskom analizom je dobiveno da se ljestvica sastoji iz četiri podljestvice koje smo mi u našem istraživanju nazvali nešto drugačije i to: Samopouzdanje i pozitivna očekivanja (što je pandan podljestvici Pouzdanost/očekivanja), Orijentacija ka uspjehu i ciljevima (pandan podljestvici Ispunjenost/postavljeni ciljevi), Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge (što se odnosi na Uspješnost apstinencijskog procesa) i Nadilaženje simptoma ovisnosti (što se odnosilo na podljestvicu Samokontrola). Za svaki istraživački problem koristili smo se hijerarhijskom višestrukom regresijskom analizom, koja je podrazumijevala uvođenje prediktorskih varijabli po blokovima, pa su tako prediktorske varijable sociodemografskih obilježja činile prvi blok, drugi blok su činile prediktorske varijable obilježja liječenja, treći blok se odnosio na obilježja terapijskog rada i četvrti blok na

socijalnu i obiteljsku podršku. Svaki istraživački zadatak je imao postavljene četiri hipoteze, te smo neke hipoteze odbacili, neke prihvatili, a neke samo djelomično prihvatili, a dijelom odbacili, kako su nam to rezultati našeg istraživanja sugerirali. U nastavku rada je prikazana verifikacija postavljenih hipoteza i sažeti odgovori na probleme istraživanja.

PROBLEM 1:

U skladu sa prvim istraživačkim problemom, koji se odnosio na utvrđivanje doprinosa sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja od ovisnosti o alkoholu, obilježja terapijskog grupnog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine percipirane samoefikasnosti u apstinenciju od alkohola su:

1. Osobe ženskog spola, višeg obrazovnog statusa i osobe koje su zaposlene nisu iskazale veću percipiranu samoefikasnost u apstinenciji od alkohola.
2. Osobe bez druge psihičke bolesti i koje nisu doživjele recidiv nisu iskazale veću percipiranu samoefikasnost u apstinenciji od alkohola.
3. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, više su uključene u rad grupe, te procjenjuju grupnu klimu boljom, iskazale su veću percipiranu samoefikasnost u apstinenciji od alkohola.
4. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku, te nižu stigmatizaciju, ne iskazuju veću percipiranu samoefikasnost u apstinenciji od alkohola.

Na temelju tako analiziranih, interpretiranih podataka i dobivenih rezultata, možemo konstatirati da odbacujemo naše tri hipoteze koje se odnose na naš prvi istraživački problem tj. prvu, drugu i četvrtu, te prihvaćamo samo treću hipotezu koja glasi da Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, više su uključene u rad grupe i procjenjuju grupnu klimu boljom, da ujedno iskazuju i veću samoefikasnost u apstinenciji.

PROBLEM 2:

U sklopu drugog istraživačkog problema, koji se odnosio na utvrđivanje doprinosa sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog grupnog rada te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine osobne dobrobiti i to:

1. Osobe muškog spola, višeg obrazovnog statusa, s manjim brojem djece i osobe koje su zaposlene nisu iskazale veći stupanj osobne dobrobiti u tijeku liječenja od ovisnosti o alkoholu.
2. Osobe bez druge psihičke bolesti i koje nisu doživjele recidiv, iskazale su veću osobnu dobrobit od procesa liječenja od ovisnosti o alkoholu.
3. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, iskazuju veću osobnu dobrobit u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu.
4. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu podršku i manju razinu percipirane stigme, iskazuju i veću osobnu dobrobit u procesu liječenja od ovisnosti o alkoholu.

U skladu s analiziranim i interpretiranim rezultatima, možemo izvesti i drugi zaključak našeg istraživanja, a to je da prvu hipotezu odbacujemo, drugu hipotezu djelomično prihvaćamo, a treću i četvrtu hipotezu prihvaćamo. Prvu hipotezu, odbacujemo iz razloga što se sociodemografske varijable nisu pokazale značajnima u doprinosu predviđanja kriterija osobne dobrobiti. Drugu hipotezu možemo djelomično prihvatiti, jer se pokazalo da prethodna dijagnoza psihičke bolesti doprinosi objašnjenju kriterijske varijable. Za objašnjenje osobne dobrobiti značajnim su se pokazali prediktori pomažućeg odnosa s terapeutom, veće grupne uključenosti, više razinu obiteljskog funkcioniranja, veće percipirane socijalne podrške te manje percipirane stigme.

PROBLEM 3:

Za analizu trećeg problema koji se odnosio na istraživački problem kojim se ispitaio doprinos sociodemografskih obilježja, obilježja liječenja, obilježja terapijskog rada, te socijalne podrške i obiteljskog funkcioniranja u predikciji razine procjene oporavka korisnika liječenih od ovisnosti o alkoholu su:

1. Nezaposlene osobe i osobe koje imaju veći broj djece ne iskazuju niže procjene oporavka u liječenju od ovisnosti o alkoholu.
2. Veći broj recidiva apstinenata u tijeku liječenja od ovisnosti o alkoholu ne utječe na nižu procjenu oporavka kod korisnika koji se liječe od ovisnosti o alkoholu.

3. Osobe koje procjenjuju odnos s terapeutom boljim, iskazuju više procjene oporavka u liječenju od ovisnosti o alkoholu.
4. Osobe koje iskazuju višu razinu obiteljskog funkcioniranja, veću percipiranu socijalnu podršku te nižu stigmatizaciju će iskazivati višu procjenu oporavka.

Sagledamo li sve dimenzije procjene oporavka, u odnosu na postavljene hipoteze možemo odbaciti prvu i drugu hipotezu, u potpunosti prihvaćamo treću hipotezu te djelomično četvrtu. Sociodemografska obilježja niti za jedan od dimenzija oporavka se nisu pokazala značajnim prediktorom. Iznimka je muški spol za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja. Obilježja liječenja također uglavnom nemaju značaj za objašnjenje procjene oporavka, osim što se za dimenziju Samopouzdanje i pozitivna očekivanja pokazuje značajnim izostajanje druge psihičke bolesti. Za sve dimenzije oporavka od značaja su obilježja pomažućeg odnosa s terapeutom te razina uključenosti u grupni rad. Za sve dimenzije procjene oporavka od značaja su aspekti obiteljskog funkcioniranja, socijalne podrške. Percepcija stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu se nije pokazala značajnim prediktorom za objašnjenje dimenzija oporavka.

Sociodemografska obilježja uglavnom nemaju relevantan utjecaj na predikciju razine ishoda oporavka, a slično je i s obilježjima liječenja. Iznimka je na pojedinim ishodima gdje značajni doprinos imaju muški spol te izostanak druge psihičke bolesti.

Na osnovu dobivenih rezultata evidentan je značaj grupnog i savjetodavnog rada voditelja KLA, ali i važnosti obiteljske i socijalne podrške te smanjenja stigme osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Stoga je neophodno dodatno educirati stručno osoblje/voditelje KLA, intenzivirati organizaciju ljetnih škola o ovisnosti o alkoholu, posjeta međunarodnim alkohološkim skupovima, edukacije u vidu seminara i slično. Na osnovu dobivenih i analiziranih rezultata istraživanja zaključeno je da u liječenju ovisnosti o alkoholu poseban značaj zauzima grupna terapija u KLA koja će osnaživati rad s obiteljima. Samim time neophodno je razvijati i unapređivati ovaj model rada te raditi na izradi budućih istraživanja i longitudinalnih studija koje bi dodatno potvrdile opravdanost i učinak grupnog rada u KLA kao modela liječenja ovisnosti o alkoholu.

XII. LITERATURA

1. Ackerman, N. (1996). *Psihodinamika porodičnog života*. Grafički zavod: Titograd.
2. Ajduković, M. (2017). Zabilježske s predavanja. Integrativni socijalni rad.
3. Ajduković, M., Rajter, M. i Rezo, I. (2019). Obiteljski odnosi i roditeljstvo. *Revija za socijalnu politiku*, 26 (1), 69-95.
4. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV*. Washington, DC: American psychiatric association.
5. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: Peto izdanje (DSM-5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Anderson, P., Moller, L.G. (2012). Alcohol in the European Union:consumption, harm and policy approaches. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://doi.org/apps.who.int/iris/handle/10665/107301>.
7. Andrews, D. A., Bonta, J. i Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52 (1), 7–27. <https://doi.org/10.1177/0011128705281756>.
8. Arcidiacono, F., Pontecorvo, C. (2009). Cultural practices in Italian family conversations: Verbal conflict between parents and preadolescents. *Eur J Psychol Educ* 24, 97–117. <https://doi.org/10.1007/BF03173477>.
9. Arkar, H., Sari, Ö. i Fidaner, H. (2004). Relationships Between Quality of Life, Perceived Social Support. *Social Network And Loneliness in a Turkish Sample*. Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davranış bilimleri dergisi, 42 (1), 20–27.
10. Atkinson, R. M. i Kofoed, L. L. (1982). Alcohol and drug abuse in old age: a clinical perspective, substance and alcohol actions misuse.
11. Bagarić, A., Bagarić, M. i Paštar, Z. (2018). Obrambeni mehanizmi ovisnika. *Socijalna psihijatrija*, 46 (2), 142-160. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/203818>.
12. Bajo, A. (2014). *Značaj klubova liječenih alkoholičara u terapiji ovisnosti o alkoholu*. Diplomski rad. Sveučilište u Splitu.
13. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman: New York.

14. Barnett, M. A. (2003). All in the family: Resources and referrals for alcoholism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (10), 467-472. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2003.tb00333.x>.
15. Begić, D. (2016). *Duševni poremećaji i poremećaji u ponašanju uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari*. Psihopatologija, treće nepromijenjeno izdanje. Medicinska naklada: Zagreb.
16. Begić, D., Jukić, V. i Medved, V. (2015). *Psijatrija*. Medicinska naklada: Zagreb.
17. Best, D., Beckwith, M., Haslam, K., Haslam, A. S., Jetten, J., Mawson, E. i Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery. *Addiction Research & Theory*, 24 (2), 111-123.
18. Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 48-499.
19. Bodor, D. (2018). *Usporedba psihosocijalnog funkcioniranja osoba koje se liječe zbog ovisnosti liječe zbog ovisnosti o kockanju i alkoholu*. Doktorska disertacija. Stomatološki fakultet: Sveučilište u Zagrebu.
20. Bogdan, A., Mišević, Ž., i Živčić, M. (2016). Evaluacija kvalitativnih promjena komunikacijskih vještina ovisnika o alkoholu uključenih u rad kluba liječenih alkoholičara, *Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu*, 7 (1), 7-13.
21. Bos, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. i Stutterheim, S. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 63-75.
22. Bowen, M. (1988). *Family therapy in clinical practice (2nd ed.)*. Jason-Aronson: Northvale.
23. Brajša-Žganec, A., Kaliterna-Lipovčan, Lj. i Hanzec, I. (2018). The Relationship between Social Support and Subjective Well-Being across the Lifespan. *Društvena istraživanja*, 27 (1), 47-65. <https://doi.org/10.5559/di.27.1.03>.
24. Breitenfeld, D., Wolf, D. (2010). *Ovisnost o alkoholu – poremećaji izazvani pijenjem alkohola*. Tiskara Šuljić Viškovo: Rijeka. (str. 16-69).

25. Brezovec, E., Zoričić, Z. i Markus-Klarić, M. (2019). The phenomenology of alcoholism labelling the internalization of the label in treated alcoholics in Croatia. *Psychiatry research*, 55 (2). <https://doi.org/10.20471/dec.2019.55.02.06>.
26. Brlek, I., Berc, G., i Milić-Babić, M. (2014). Primjena savjetovanja kao metode pomoći u klubovima liječenih alkoholičara iz perspective socijalnih radnika. *Socijalna psihijatrija*, 42, 62–70.
27. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. MA: Cambridge Harvard University Press.
28. Broome, K. M., Simpson, D., Joe, G. W. (2002). The role of social support following short term inpatient treatment. *American Academy of Addiction Psychiatry*, 11, 57-65.
29. Brown, J. H., Christensen, D. N. (1999). *Family Therapy. Theory and Practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
30. Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., i Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. U: Lambert M. J. (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, Hoboken, NJ: Wiley. (str. 647–696).
31. Burton, G. (1962). Group counseling with alcoholic husbands and their nonalcoholic wives. *Marriage and Family Living*, 24 (1), 56-61. <https://doi.org/10.2307/348227>.
32. Cai, W., Wang, Y. (2022). Family Support and Hope among People with Substance Use Disorder in China: A Moderated Mediation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (16), <https://doi.org/10.3390/ijerph19169786>. PMID: 36011426; PMCID: PMC9408460.
33. Cerić, I. (2010). Razvoj službi za prevenciju i tretman ovisnosti o alkoholu u Bosni i Hercegovini. *Knjiga sažetaka stručnog skupa JZU Univerzitetski klinički centar Tuzla. Klinika za psihijatriju: Tuzla*.
34. Chan, J. G. (2003). An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment. *The Family Journal*, 11 (2), 129-138. <https://doi.org/10.1177/1066480702250149>.
35. Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310–357.

36. Coriale, G., Fiorentino, D., De Rosa, F., Solombrino, S., Scalese, B., Cicarelli, R., Atilia, F., Vitali, M., Musetti, A., Fiore, M. i Ceccanti, M. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Rivista di psichiatria*. <https://doi.org/10.1708/2925.29416>.
37. Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Van-Vugt, J., i Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research* (64), 159-190.
38. Curzio, O., Tili, A., Mezzasalma, L. i Scalese, M. (2012). Characteristics of Alcoholics Attending 'Clubs of Alcoholics in Treatment' in Italy. *A National Survey, Alcohol and Alcoholism* 47 (3), 317-321. <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags018>.
39. Čelik, A., Miliša, Z. (2022). Sociopedagoške posljedice stigme i stigmatiziranja. *Odgojno-obrazovne teme* 5 (1), 133-147. <https://doi.org/10.53577/oot.5.1.7>.
40. Čuljak, I. C., Culej, J. i Dodić, K. (2013). Oblici rehabilitacije liječenih alkoholičara u zajednici-prikaz rada KLA. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 9 (33), 141-175.
41. De Soto, C. B., O'Donnell, W. E., i De Soto, J. L. (1989). Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 13 (5), 693-700.
42. Demmel, R., Beck, B., Richter, D. i Reker, T. (2004). Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: Relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome. *European Addiction Research*, 10(3), 133-138. <https://doi.org/jstor.org/stable/26790280>.
43. DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7 (2), 133-142. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7).
44. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM (2014). Jastrebarsko: Naklada Slap.
45. Dimitrijević, I. (1992). *Ovisnost o alkoholu mladih*. Nina Press: Beograd.
46. Dorić, Ž. (2016). *Značaj klubova liječenih alkoholičara kao sustav potpore u rehabilitaciji ovisnika o alkoholu*. Diplomski rad. Visoka tehnička škola: Bjelovar. <https://doi.org/acqol.com.au/instruments#measures00000>.

47. Dovidio, J. F., Major, B. i Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. U: Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R. i Hull, J. G. *The social psychology of stigma*. Guilford Press: New York, (str. 1-28).
48. Dragišić-Labaš, S. (2008). Application of Dyadic Adjustment Scale in the Systemic Family Therapy for Alcoholism. *Social Sciences* 20 (3), 293-312. <https://doi.org/ceeol.com/search/article-detail?id=35693>.
49. Dragišić-Labaš, S. (2008). *Istraživanje promene strukture i funkcionalnosti alkoholičarske porodice pod uticajem sistemske porodične terapije ovisnosti o alkoholu*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet: Beograd.
50. Dragišić-Labaš, S. (2017). Nova kultura upotrebe alkohola - binge drinking - konzumacija umesto komunikacije. *Kultura Zavod za proučavanje kulturnog razvitka* (157), 67-84. <https://doi.org/10.5937/kultura1757067D>
51. Dragišić-Labaš, S., Đokić, G. (2010). Značaj psihoedukacije u liječenju ovisnosti o alkoholu sistemskom obiteljskom terapijom. *Sociologija* 52 (2), 197-210. <https://doi.org/ceeol.com/search/article-detail?id=135411>.
52. Dragišić-Labaš, S., Ljubičić, M. (2012). Provođenje slobodnog vremena zavisnika od alkohola u periodu pijenja i periodu rehabilitacije. *Sociologija* 54 (3), 527-548. <https://doi.org/10.2298/SOC1203527D>.
53. Dukes, A., Mullen, P., Nilles, J., Gutierrez, D. i Jensen, S. (2022). Role of Causality Orientations in Predicting Alcohol Use and Abstinence Self-Efficacy. *Substance Use & Misuse*, 57:2, 222-229. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.2002899>.
54. Duru, E. (2007). Re-examination of the psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support among Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 35 (4), 443-452.
55. Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism. The CAGE Questionare. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.1984.03350140051025>.
56. Frkin, S. (2016). Izvršenje mjere obveznog liječenja od ovisnosti o alkoholu u klubovima liječenih alkoholičara. U: Vejmelka, L., Vuga, A., Radat, K. *Zbornik radova 2. konferencije prevencije ovisnosti: ovisnost o alkoholu, ovisnost o drogama i novije ovisnosti 1. ljetne škole modernih tehnologija*. Studio 77: Zagreb, 41-47.

57. Gačić, B. (1978). *Porodična terapija ovisnosti o alkoholu*. Rad: Beograd.
58. Gallardo-Peralta, L.P., Martinez, M. Á. M. i Del Moral, R. S. (2019). Validation of the Personal Wellbeing Index (PWI) for older Chilean adults. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1679-1680.
59. Galvin, K. M., Lee Blunt, C. i Brommel, B. J. (2012). *Family Communication, Cohesion and Change*. Routhledge, NY.
60. Garrett, J., Landau, J. (2007). Family Motivation to Change. A major factor in engaging alcoholics in treatment. *Alcohol Treatment Quarterly*, 24 (1/2), 65-83.
61. Gašević-Ratkajec, G., Dodig-Hundrić, D. i Mihić, J. (2016). *Spremnost na promjenu ponašanja od individualne prema obiteljskoj paradigmi*. Pregledni rad. Odsjek za poremećaje u ponašanju, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
62. Gavrilov-Jerković, V. (2004). Profil spremnosti klijenta za promjenu i preferencija tipičnih proces promjene. *Psihologija*, 37 (1), 89-108.
63. Gerrard, S., Carlo, C., Di Clemente, C. C. i Marden, M. (2013). *Substance Abuse treatment and the stages of change*. Selecting and Planning Interventions. Second edition: London.
64. Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C. i Gervain, M. (1995). Recovery Assessment Scale (RAS). <https://doi.org/10.1037/t12324-000>.
65. Gilgun, J. (1999). Mapping resilience as process among adults with childhood adversities. U: McCubbin, H. I., Thompson, E. A., Thompson, A. I. i Futrell, J. A., *The dynamics of resilient families*. Sage Publications: New Delhi. Thousand Oaks, London, 41-70.
66. Giuffredi, C., Di Gennaro, C., Montanari, A., Barilli, A. i Vescovi, P. P. (2003). Alcohol addiction: evaluation of alcohol abstinence after a year of psycho-medical-social treatment. *Addiction biology*, 8 (2), 219-228. <https://doi.org/10.1080/1355621031000117455>.
67. Goffman, E. (1974). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. New York: Jason Aronson, Inc.
68. Golik-Gruber, V. (2003). Priručnik Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara. *Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika*. Zagreb.

69. Golik-Gruber, V. (2016). Institucionalno liječenje ovisnosti o alkoholu. *Zbornik radova Hrvatske udruge socijalnih radnika*. Klinika za psihijatriju: KBC Sestre milosrdnice.
70. Goran, M. (2005). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Naklada Slap: Jastrebarsko. <https://doi.org/ISBN:978-953-191-283-1>.
71. Gordis, E. (1997). The etiology, consequences, and treatment of alcoholism. *Liver transplantation and surgery: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*, 3 (3), 199–205. <https://doi.org/10.1002/lt.500030302>.
72. Grant, B. F., Goldstein, R. B. i Saha, T. D. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions III. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>.
73. Grinspoon, L. (2000). Treatment of alcoholism. *The Harvard Mental Health Letter*, 13 (6), 1-5.
74. Haber, P. S., Riordan, B. C. (2009). *Guidelines for the treatment of alcohol problems*. 4th ed. Sydney : University of Sydney. <https://alcoholtreatingguidelines.com.au>.
75. Hester, R. K., Miller, W. R. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. Pergamon Press: Oxford.
76. Hill, J. V., Leeming, D. (2014). Reconstructing the alcoholic: recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12 (6), 759-771.
77. Horčićka, T. (2016). *Ovisnost o alkoholu u žena*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu: Medicinski fakultet.
78. Horowitz, M., Schaefer, C., Hiroto, D., Wilner, N., i Levin, B. (1977). Life event questionnaires for measuring presumptive stress. *Psychosomatic medicine*, 39 (6), 413–431. <https://doi.org/10.1097/00006842-197711000-00005>.
79. Hudolin, V. (1986). *Obiteljsko liječenje*. Školska knjiga: Zagreb.
80. Hudolin, V. (1991). *Alkohološki priručnik*. Medicinska naklada: Zagreb.

- 81.** Hudolin, V., Gasparini, P., Guidoni, G. (2000). Klub liječenih alkoholičara. *Priručnik za rad u Klubovima liječenih alkoholičara (ekološko socijalni pristup) s radovima Vladimira Hudolina*. Europska škola alkoholologije i socijalne psihijatrije: Trst.
- 82.** Huremović, V., Mahmutović, S. (2018). Uloga i značaj socijalnog radnika u zdravstvenim ustanovama u tretmanu osoba s problemom ovisnosti o alkoholu. *Zbornik radova s konferencije Socijalni rad u zdravstvu*: Sarajevo.
- 83.** Huremović, V., Mahmutović, S. (2022). Uloga i značaj Klubova liječenih alkoholičara u kontinuiranom održavanju apstinencije i postignutih rezultata oporavka od alkohola. *Društvene i humanističke studije*. Časopis Filozofskog fakulteta: Tuzla.
- 84.** International Wellbeing Group (2013). *Personal Wellbeing Index: 5th Edition*. Melbourne: Australian. https://doi.org/zdravljezasve.hr/html/zdravlje08_cuvari001.html.
- 85.** Ivanauskiene, V., Motiečienė, R. (2010). Alcoholism as a global social problem: Roles of a Social Worker Responding to this, *Tiltai 1 (50)*, 111–117.
- 86.** Ivanov, L. (2007). *Značenje opće, akademske i socijalne samoeфикаsnosti te socijalne podrške u prilagodbi studiju*. Magistarski rad. Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta: Zagreb.
- 87.** Jackson, J. K. (1954). The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 15 (4), 562–586.
- 88.** Jakičić, H. (2019). *Klubovi liječenih alkoholičara (KLA): Ispitivanje funkcioniranja i učinkovitosti na području grada Zagreba*. Diplomski rad. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet: Sveučilište u Zagrebu.
- 89.** Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R. i Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 310–321. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.310>.
- 90.** Jovanović-Ćupić, V. (2004). *Savremeno liječenje i rehabilitacija alkoholičara (modeli), Bolesti zavisnosti*. Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija: Beograd.
- 91.** Jukić, V. (2006). Ovisnost o alkoholu. U: Hotujac, Lj., *Psihijatrija*. Medicinska naklada: Zagreb. (str. 117-140).

92. Kadden, R. M., Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36 (12), 1120–1126. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>.
93. Karlović, D., (2019). *Psihijatrija*. Naklada slap: Zagreb, (str. 287-318).
94. Kelly, J. F., Abry, A. W., Milligan, C. M., Bergman, B. G., i Hoepner, B. B. (2018). On being "in recovery": A national study of prevalence and correlates of adopting or not adopting a recovery identity among individuals resolving drug and alcohol problems. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 32 (6), 595–604. <https://doi.org/10.1037/adb0000386>.
95. Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L. i Hoepner, B. B. (2019). How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Problem? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43 (7), 1533–1544. <https://doi.org/10.1111/acer.14067>.
96. Kennedy, S. H. (1997). *Treatment Readiness and Responsivity*. Contributing to Effective Correctional Programming Ottawa: Toronto. Corrective Service of Canada.
97. Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. i Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1), 17-31. <https://doi.org/10.1037/h0080151>.
98. Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Link, B., Olfson, M., Grant, B. F. i Hasin, D. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *American journal of epidemiology*, 172 (12), 1364–1372. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq304>.
99. Kivlighan, D. M., Jr., London, K., i Miles, J. R. (2012). Are two heads better than one? The relationship between number of group leaders and group members, and group climate and group member benefit from therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16 (1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/a0026242>.
100. Konstantaini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G. i Balbi, A. (2002). Validation of the Italian version of the group climate questionnaire, an instrumentto

measure emotional climate during group psychotherapy sessions. *Rivista di Psichiatria* 37, 14-19.

101. Kovačević, D., Pavelić-Tremac, A., Carić, T., Sindik, J. i Manojlović, N. (2020). Stigmatization of Alcoholics and Other High-Risk Social Groups – in Relation to Gender and Type of Vocation. *Archives of Psychiatry Research* 56, 19-32.
102. Kristančić, A. (1984). *Metoda i tehnika savjetovališnog rada*. Udružena samoupravna interesna zajednica Socijalne zaštite grada Zagreba.
103. Labaš-Dragišić, S. (2015). Alcohol use: social aspect, gender differences and stigmatization. *Alcoholism and Psychiatry Research* 52, 51-64.
104. Le Bloch, Y., De Rotena, M. i Desplanda, J. N., (2006). New, but improved? Comparison between first and revised version of the Helping Alliance Questionnaire. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 157. pp.
105. Leslie, A., Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. U: Greenberg, L.S., *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook*. The Guildford Press, New York. (str. 325-366). <https://doi.org/www.med.upenn.edu/cpr/instruments.html>.
106. Ludwig, F., Tadayon-Manssuri, E., Strik, W., i Moggi, F. (2013). Self-efficacy as a predictor of outcome after residential treatment programs for alcohol dependence: simply ask the patient one question!. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 37 (4), 663–667. <https://doi.org/10.1111/acer.12007>.
107. Luom, J. B. (2010). *Perceived Stigma of Addiction Scale*. PSAS.
108. Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. i Fletcher, L. (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance Use Misuse*, 45 (1-2), 47-57.
109. Ljubetić, M., Reić-Ercegovac, I., i Mandarić-Vukušić, A. (2020). Percepcija obiteljske komunikacije adolescenata i njihovih roditelja - Rezultati preliminarnog istraživanja. *Nova prisutnost*, XVIII (2), 279-292. <https://doi.org/10.31192/np.18.2.4>.
110. MacAdam, A. R. (2008). Perceived social support among adult alcoholics. *Theses Digitization Project*. <https://doi.org/scholarworks.lib.csusb.edu/etd-project/3424>.

111. Macgowan, M. J., Newman, F. L. (2005). The factor structure of the Group Engagement Measure. *Social Work Research* 29 (2), 107-118.
112. Macgowan, M. J. (2000). Evaluation of a measure of engagement for group work. *Research on Social Work Practice* 10 (3), 348-361.
113. Macgowan, M. R. (2006). The Group Engagement, Measure. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1:2, 33-52. https://doi.org/10.1300/J384v01n02_04.
114. MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure GCQ scale. U: Dies, K.R., MacKenzie, K. R. *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice (pp.159170)*. Madison, CT: International Universities Press.
115. Maisto, S. A., Clifford, P. R., Longabaugh, R. i Beattie, M. (2002). The relationship between abstinence for one year following pretreatment assessment and alcohol use and other functioning at two years in individuals presenting for alcohol treatment. *Journal of studies on alcohol*, 63 (4), 397–403. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.397>.
116. Maloić, S. (2007). Udruga kao sudionik lokalne zajednice u prevladavanju društvenih problema - klub liječenih alkoholičara „Kašina-Centar“. *Kriminologija i socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 15 (1), 55-66.
117. Mann, K., Schäfer, D. R., Längle, G., Ackermann, K., i Croissant, B. (2005). The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Addiction (Abingdon, England)* 100 (6), 797–805. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01065.x>.
118. Marinić, Ž. (2000). Neka razmišljanja o recidiv. *Alkohološki Glasnik*. Psihijatrijska bolnica Jankomir: Zagreb.
119. Marques, A. C., Formigoni, M. L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction (Abingdon,England)*, 96 (6), 835–846. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9668355.x>.
120. Marušić, S. (2010). Suvremeni pristup u tretmanu ovisnosti o alkoholu. *Alcoholism*, 46 (1), 177-193.
121. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.

- 122.** Matošić, A., Marušić, S., Vidrih, B., Kovak-Mufić, A. i Čičin-Šain, L. (2016). Neurobiološke osnove ovisnosti o alkoholu. *Acta clinica Croatica*, 55 (1), 150-150. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.01.19>.
- 123.** McCubbin, H. I., Thompson, E., Thompson, A., Elver, K. i McCubbin, M. (1998). Ethnicity, schema, and coherence: Appraisal processes for families in crisis. U: McCubbin, H. I., Thompson, E., Thompson, A., Elver, K. i Fromer, J., Stress, coping, and health in families: *Sense of coherence and resiliency. Resilience in Families series*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, (str. 41-67).
- 124.** McKellar, J., Ilgen, M., Bernice, S., Moos, B. A. i Moos, R. (2008). Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of substance abuse treatment*. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.09.003>.
- 125.** McKiernan, P., Cloud, R., David, A., Silver-Wolf, P., Golder, S. i Besel, K. (2011). Development of a Brief Abstinence Self-Efficacy Measure. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11 (3), 245-253. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2011.593445>.
- 126.** McMahan, J., Jones, B. T. (1994). Social drinkers' negative alcohol expectancy relates to their satisfaction with current consumption: measuring motivation for change with the NAEQ. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 29(6), (str. 687–690).
- 127.** Miller, N. S., Sheppard, L. M. (1999). The role of the physician in addiction prevention and treatment. *Psychiatric Clinic North*, (str. 489-505).
- 128.** Milovanovic, D., Sakoman, S., Micic, J. i Dimitrijević, I. (2004). *Bolesti zavisnosti*. Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija: Beograd.
- 129.** Miljenović, A. (2010). Iskustva iz prakse-Psihosocijalni pristup i alkoholizam: Iskustvo rada u klubovima liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*, 17 (2), 281-294. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/58917>.
- 130.** Minuchin, P. (1985). Families and Individual Development: Provocations from the Field of Family Therapy. *Child Development*, 56 (2). <https://doi.org/10.2307/1129720>.
- 131.** Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge MA Harvard, University: Canada.

- 132.** Moos, R. H., Finney, J. W. i Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism treatment: context process and outcome*. Oxford University Press: New York.
- 133.** Morgan, M. Y., Landron, F. i Lehert, P. (2004). New European Alcoholism Treatment Study Group. Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 28 (1), 64–77. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000108652.73143.4B>.
- 134.** Murray, B. (2005). *The Ecology of Freedom: The Emergence and Dissolution of Hierarchy*. AK Press: Oakland. (str. 85-95).
- 135.** Nastasić, P. (2004). *Zavisnost – bolest, poremećaj, lečenje*. U: Ćorić B., Čovek i lek, Institut za mentalno zdravlje: Beograd. (str. 127–139).
- 136.** Nastasić, P., Stanković, Z. i Mićović, R. (1992). Mogućnosti primene porodične terapije ovisnosti o alkoholu na psihijatrijskom odeljenju. *Psihijatrija danas*. Institut za mentalno zdravlje: Srbija.
- 137.** Nastasić, P. (1998). *Ovisnost o alkoholu i međugeneracijsko prenošenje*. Tehniss: Beograd.
- 138.** Nastasić, P. (2005). *Prevenција bolesti zavisnosti*. Institut za mentalno zdravlje: Beograd.
- 139.** Nayak, D., Arora, S., Singh, U., Borah, N., Thakur, J. N., Khurana, A. i Nayak, C. (2014). Managing acute alcohol withdrawal with Homoeopathy: A prospective, observational, multicentre exploratory study. *Indian Journal of Research in Homoeopathy*, 8 (4), 224-230.
- 140.** Noller, P. (1988). *ICPS Family Functioning Scales*. University of Queensland: St Lucia. <https://doi.org/10.1037/t26345-000>.
- 141.** O’Farrell, T. J., Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1), 122–144. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x>.
- 142.** O’Farrell, T. J., Langenbucher, J. (1987). Inpatient treatment of alcoholism: A behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(87\)80016-8](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(87)80016-8).

- 143.** O'Neill, R. M., Bornstein, R. F. (2001). The dependent patient in a psychiatric inpatient setting: Relationship of interpersonal dependency to consultation and medication frequencies. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (3), 289-298. <https://doi.org/10.1002/jclp.1012>.
- 144.** Opačić, A., Oreb, T. i Radat, K. (2019). Obilježja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. Izvorni znanstveni rad. *Socijalna psihijatrija*, 47, 145-167.
- 145.** Oreb, T., Opačić, A. i Radat, K. (2017). Characteristics and significance of professional –led support groups in the treatment of alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35 (4), 359-371.
- 146.** Oreb, T., Opačić, A. i Radat, K. (2018). Perspektive članova obitelji o djelovanju klubova liječenih alkoholičara. *Ljetopis socijalnog rada*, 25 (1), 131-157. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v25i1.168>.
- 147.** Oreb, T., Opačić, A. i Radat, K. (2019). How do Clubs of Alcoholics in Treatment Function? Differences Between the Perspectives of Members with Addiction and Family Members. *Archives of Psychiatry Research*, 55 (1), 25-38.
- 148.** Oreb, T., Opačić, A. i Radat, K. (2019). Obilježja klubova liječenih alkoholičara u Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija*, 47 (2), 145-167.
- 149.** Pennington, D. C. (2004). *Osnove socijalne psihologije*. Naklada Slap: Zagreb.
- 150.** Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. i Krystal, J.H. (2002). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders. *Alcohol Research & Health*, 26 (2), 81-89.
- 151.** Popović, V. (2007). *Ovisnost o alkoholu epidemija našeg doba*: Niš.
- 152.** Prekratić, S. (2016). *Sociološka analiza ovisnosti o alkoholu-sociodemografski pristup*. Diplomski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu: Odsjek za sociologiju.
- 153.** Prestano, C., Lo Coco, G., Gullo, S. i Lo Verso, G. (2008). Group analytic therapy for eating disorders: Preliminary results in single – group study. *European eating disorders review* 16, 302-310.
- 154.** Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1985). Common processes of self-change in smoking weight control and psychological distress. U: Shiffman, S., Wills, T., *Coping and substance abuse*. A conceptual framework. Academic Press: New York.

155. Radat, K., Miljenović, A. (2012). *Klubovi liječenih alkoholičara. Korak dalje*. Društvo za socijalnu podršku.
156. Rafferty, A. E., Jimmieson, N. L. i Armenakis, A. A. (2013). Change Readiness: A Multilevel Review. *Journal of Management*, 39 (1), 110-135. <https://doi.org/10.1177/0149206312457417>.
157. Raistrick, D., Heather, N. i Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. National Treatment Agency for Substance Misuse: London.
158. Ramić, L. (2012). Udruženje KLA zajednica koja aktivno pomaže svojim članovima. *Magazin Doktor*. Glasilo Liječničke komore kantona Sarajevo.
159. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., i Goodwin, F. K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264 (19), (str. 2511–2518).
160. Rehm, J., Gmel, G., Sempos, C. T., i Trevisan, M. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 27 (1), 39–51.
161. Ricijaš, N. (2009). Atribuiranje vlastitog delinkventnog ponašanja nisko rizičnih i visoko rizičnih maloljetnih delinkvenata. *Kriminologija & socijalna integracija*, 17 (1), 13-26. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/40730>.
162. Ritsher, J. B., Phelan, J. C. (2004). Internalised stigma predicts erosion of morale among psychiatric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 121, 31-49.
163. Rocco, A., Compare, D., Angrisani, D., Sanduzzi Zamparelli, M., i Nardone, G. (2014). Alcoholic disease: liver and beyond. *World journal of gastroenterology*, 20 (40), 14652–14659. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i40.14652>.
164. Roehrich, L., Goldman, M. S. (1993). Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (5), 812–821. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.5.812>.
165. Rollnick, S., Heather, N. i Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing: National Drug & Alcohol Research Centre. *Journal of mental health*, (1), 25-37.

- 166.** Room, R., Babor, T. i Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet (London, England)*, 365(9458), 519–530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2).
- 167.** Sakoman, S., Kuzman, M. i Raboteg-Šarić, Z. (1999). Čimbenici rizika i obilježja navika pijenja alkohola među srednjoškolcima. *Društvena istraživanja*, 8 (2-3), 373-396. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/20344>.
- 168.** Schalast, N. (2006). Suchtgkranke Rechtsbrecher. U: Kröber H. L., Dölling, D., Leygraf, N. i Sass, H. *Handbuch der Forensischen Psychiatrie Band 3*. Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminalthera. Steinkopff: Darmstadt.
- 169.** Schwartz, R. C. (1998). The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *The Psychiatric quarterly*, 69 (1), 1–22. <https://doi.org/10.1023/a:1022141322657>.
- 170.** Seccombe, K. (2000). Families in poverty in the 1990s: Trends, causes, consequences and lessons learned. *Journal of Marriage and Family*, 62 (4), 1094-1113.
- 171.** Serin, R., Kennedy, S. H. (1997). *Treatment Readiness and Responsivity*. Contributing to Effective Correctional Programming Ottawa: Toronto. Corrective Service of Canada.
- 172.** Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical psychology review*, 22 (1), 1–25. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00087-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00087-8).
- 173.** Siebert, A. (2006). *Definition of resiliency*. U: Resiliency Center. <https://doi.org/resiliencycenter.com/definitions.shtml>.
- 174.** Smith, J. E., Meyers, R. J. i Miller, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, (10), 51-59.
- 175.** Sobell, L. C., Sobell, M. B. i Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23 (4), 672–683. <https://doi.org/10.1037/a0016636>.
- 176.** Souren, P., Ray, S. (2014). *Group Atmosphere, Shared Understanding, and Perceived Conflict in Virtual Teams: Findings from an Experiment*. CCE Faculty Proceedings, Presentations, Speeches and Lectures. https://doi.org/nsuworks.nova.edu/gscis_facpres/464

177. Spinelli, C., Thyer, B. A. (2017). Is Recovery from Alcoholism without Treatment Possible? A Review of the Literature. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35 (4), 426-444. <https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1355219>.
178. Stanković, Z. (2004). *Ovisnost o alkoholu i porodica bolesti zavisnosti*. Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija: Beograd.
179. Stanley, M. A., Beck, J. G. i Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging & Mental Health*, 2:3, 186-193. <https://doi.org/10.1080/13607869856669>.
180. Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J. i Reiss, D. (1987). *The Alcoholic Family*. Basic Books: New York.
181. Svjetska zdravstvena organizacija (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10)*. U: Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Medicinska naklada.
182. Svjetska zdravstvena organizacija (2014). *Health topics on alcohol*. https://doi.org/who.int/topics/alcohol_drinking/en/.
183. Šarić, H. (2020). *Pristup osobi s ovisnošću nakon hospitalizacije – principi (modeli) liječenja*. Završni rad. Sveučilište u Rijeci: Fakultet zdravstvenih studija.
184. Šostar, Z., Šentija, M. i Radat, K. (2004). *The investigation of quality of work in Clubs of Treated Alcoholics intended to improve the work in Clubs in Zagreb area*. Book of abstracts 2th Croatian Conference on Alcoholism and Other Addictions and 6th Alpe-Adria Conference on Alcoholism.
185. Štalekar, V. (2010). Obiteljska i bračna psihoterapija. *Medicina Fluminensis*, 46 (3), 278-283. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/59252>.
186. Štifanić, M. (1995). Alkoholizam i društvene znanosti. *Društvena istraživanja*, 4 (4-5), 703-719. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/32374>.
187. Štimac, A. (2003). Socijalni radnici najpozvaniji su stručnjaci u resocijalizaciji liječenih alkoholičara. U: Golik–Gruber, V. *Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika*. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara: Zagreb. <https://doi.org/hskla.hr/ZBORNİK%20knjiga/index.htm>.

- 188.** Štimac-Grbić, D., Glavak-Tkalić, R. (2020). *Uporaba sredstava ovisnosti u općoj populaciji Republike Hrvatske: 2019. i analiza trendova uporabe 2011.-2019.* Hrvatski Zavod za javno zdravstvo i Institut društvenih znanosti Ivo Pilar: Zagreb.
- 189.** Šućur, Z., Kletečki-Radović, M., Družić-Ljubotina, O. i Babić, Z. (2015). *Siromaštvo i dobrobit predškolske djece u Republici Hrvatskoj.* Ured UNICEF-a za Hrvatsku: Zagreb.
- 190.** Tatarsky, A., Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. *Journal of clinical psychology*, 66 (2), 117-122.
- 191.** Thaller, V., Marušić, S. (2016). Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja. *Hrvatski liječnički zbornik.* Hrvatsko društvo za ovisnost o alkoholu i druge ovisnosti. [https://doi.org/ww.hlz.hr/smjernice/Smjernice Hrvatskog društva za ovisnost o alkoholu i.pdf](https://doi.org/ww.hlz.hr/smjernice/SmjerniceHrvatskogdruštva%20za%20ovisnost%20o%20alkoholu%20i.pdf)Šta.
- 192.** Tičić, M. (2018). *Važnost stigma traženja pomoći i socijalne podrške u predviđanju kvalitete terapijskog saveza klijenata u psihoterapiji.* Diplomski rad. Hrvatski studij: Sveučilište u Zagrebu.
- 193.** Torre, R. (2006). *Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara.* Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara: Zagreb.
- 194.** Tosseland, W. R. F., Rivas, R. (2005). *Understanding Group Dynamics.* An introduction to group work practice, 5/e: Boston.
- 195.** Trompan, J. E. (2006). An Ecological – Systems Perspective. U: Garwin, C. D., Gutierrez, L. M. i Gralinsky, M. J. *Handbook of Social Work with Groups.*
- 196.** Turk-Kući, M. (1996). Slatinski alkohološki programi 1975.-1995. *Priručnik, Vladimir Hudolin Alkoholom izazvane patnje.* Matica hrvatskih ogranaka: Slatina.
- 197.** Turner, B., Deane, F. P. (2016). Length of stay as a predictor of reliable change in psychological recovery and well being following residential substance abuse treatment, Therapeutic Communities: *The International Journal of Therapeutic Communities.* [https://doi.org/10.1108/tc-09-2015-0022.](https://doi.org/10.1108/tc-09-2015-0022)
- 198.** Tutić, T. (2016). *Kvaliteta života članova obitelji ovisnika o alkoholu.* Završni rad. Medicinski fakultet: Osijek. [https://doi.org/urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:404119.](https://doi.org/urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:404119)

- 199.** Vasta, R., Haith, M. M. i Miller, S. A. (2005). *Dječija psihologija*. Moderna znanost, Naklada Slap: Jastrebarsko.
- 200.** Vidović, L. (2018). *Kvaliteta života osoba osoba oboljelih od ovisnosti o alkoholu*. Završni rad. Sveučilište Sjever. <https://doi.org/urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:229664>.
- 201.** Washton, A. M. (1987). *Gold Eds. Cocaine: A clinician's handbook*. Guilford: New York.
- 202.** WHO (2014). *Global status report on alcohol and health World Health Organization Geneva*. https://doi.org/who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1.
- 203.** Williams, H. L., i Rundell, O. H. (1981). Altered sleep physiology in chronic alcoholics: reversal with abstinence. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 5 (2), 318–325. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1981.tb04905.x>.
- 204.** Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., i Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, (7), 161–166. <https://doi.org/10.2174/1745017901107010161>.
- 205.** World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health*. <https://doi.org/who.int/publications/i/item/9789241565639>.
- 206.** World Health Organization (2022). *Ključne činjenice o alkoholu*. <https://doi.org/who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- 207.** Zetterlind, U., Hansson, H., Åberg-Örbeck, K. i Berglund, M. (2001). Effects of coping skills training, group support, and information for spouses of alcoholics: A controlled randomized study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55 (4), 257-262. <https://doi.org/10.1080/080394801681019110>.
- 208.** Zimbardo, P. H. (2010). A journey from the psychology of evil to community resilience. *Coping & Resilience International Conference*. Program and abstract book. Society for psychological Assistance: Zagreb.
- 209.** Zimet, D., Zimet, F. (1988). Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.

- 210.** Zoričić, Z. (2018). *Ovisnosti-prevencija, liječenje i oporavak*. Školska knjiga: Zagreb.
- 211.** Zoričić, Z., Ivančić, I. i Matošić, A. (2006). Importance of the Club of Treated Alcoholics. *Alcoholism*, 42 (1), 35-42. <https://doi.org/bib.irb.hr/922893>.
- 212.** Zuckerman-Itković, Z., Petranović, D. (2010). *Ovisnosti suvremenog doba: strast i muka*. Školska knjiga: Zagreb.
- 213.** Žuljević, D., Gavrilov-Jerković, V. B. (2008). Procesi promene mjereni upitnikom PCQ 2001 – Korak bliže ili dalje u razumjevanju psihoterapijske promene. *Primjenjena psihologija* (1 -2), 95-115.
- 214.** Žuškin, E., Jukić, V., Lipozenčić, J., Matošić, A., Mustajbegović, J., Turčić, N., Bubaš, M. (2006). Ovisnost o alkoholu–posljedice za zdravlje i radnu sposobnost. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 57 (4), 413-426. <https://doi.org/hrcak.srce.hr/5991>.

XII. PRILOG 1: UPITNIK

Mr. Vesna Huremović, dipl.socijalni radnik, uposlenica Univerzitetskog Kliničkog Centra Tuzla, Zavod za psihološku i socijalnu zaštitu. Poslijediplomski doktorski studij socijalnog rada i socijalne politike Pravni fakultet Sveučilište Zagreb

Poštovani !

Molimo Vas da sudjelujete u istraživanju čija je svrha upoznati se s situacijom u Klubovima liječenih alkoholičara i osobama koje se nalaze na liječenju od ovisnosti o alkoholu. Dobrobit učešća u ovom istraživanju ogleda se u dobivanju rezultata koji će obuhvatiti rad KLA i učinkovitosti grupnog rada. U upitniku ćete imati mogućnost da izrazite svoje mišljenje o dobrobiti dolaska u klubove liječenih alkoholičara, procjenu oporavka od trenutka ulaska u KLA, ocjenite grupnu klimu koja vlada na sastancima KLA, obiteljsku podršku u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu, socijalnu podršku okoline koja vas okružuje i na kraju da nam date svoj uvid u stanje u području stigme ovisnosti. Molim Vas da svoje procjene donesete na temelju ličnih iskustava u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu i odgovorite na sva postavljena pitanja.

Ispunjavanje upitnika je anonimno i dobrovoljno, a podaci će se obrađivati na grupnoj razini za sve Klubove liječenih alkoholičara u Federaciji Bosne i Hercegovine. Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju nam je veoma značajno, obzirom da kao osobe koje redovito dolaze na sastanke KLA imate najbolji uvid u stanje u ovom polju, te svojim iskustvima možete doprinijeti boljem razumjevanju ove problematike i unapređenju rada Klubova liječenih alkoholičara.

Prilikom provedbe istraživanja istraživač lično će prisustvovati s korisnicima usluga KLA i dati usmeno obrazloženje da je istraživanje anonimno nisu u obavezi navoditi svoje lične podatke koji bi ih kompromitovali. Naglasit će se da je istraživanje dobrovoljno, nemaju obavezu učešća ukoliko ne izraze lično želju za učešćem u istraživanju. Istraživač će informirati o svrsi i postupcima provedbe istraživanja u tijeku kojeg će korisnicima dati informaciju da je sudjelovanje dobrovoljno i slobodan izbor svakog korisnika, u sklopu kojeg će ispitanicima biti usmeno objašnjen postupak istraživanja nakon čega slijedi, objašnjenje za dobrovoljni pristanak na istraživanje/saglasnost za pristup istraživanju koji je sastavni dio Procedure rada KLA.

Anonimnost dobivenih podataka zaštitu sudionika istraživanja od zlouporabe podataka prikupljenih istraživanjem u neznanstvene svrhe te diskreciju u uporabi podataka samo za potrebe naučno istraživačkog rada izrade doktorske disertacije i pisanje znanstvenih radova. Istraživač će osigurati uvjete za provedbu istraživanja u kojima navedeno istraživanje ne ugrožava lični status korisnika i doprinosi njihovom osobnom poboljšanju kvalitete života.

U upitniku koji slijedi kod ponuđenih pitanja nema „točnih i netočnih odgovora“, koji će se analizirati. Stoga Vas molimo da iskreno odgovarate na postavljena pitanja, jer će istraživanje imati smisla jedino ako Vaši odgovori odražavaju Vaše stvarno doživljavanje i ponašanje. Zahvaljujemo na Vašem trudu, iskrenosti i odvojenom vremenu za popunjavanje upitnika.

Vesna Huremović, doktorantica, doc.dr.sc. Ana Opačić, mentorica.

Sociodemografski podaci

1. Koliko imate godina

- a) 20 – 30 godina
- b) 31 – 35 godina
- c) 36 – 40 godina
- d) 41 – 45 godina
- e) 46 – 50 godina
- f) 51 – 55 godina
- g) 56 godina i više

2. Spol

- a) Muški
- b) Ženski

3. Vaše zanimanje (navesti)

4. Stručna sprema

- a) OŠ
- b) SSS
- c) VŠS ili VSS
- d) MR
- e) DR.SC

5. Bračni status

- a) Oženjen
- b) U izvanbračnoj zajednici
- c) Neoženjen
- d) Udovac
- e) Razveden/a

6. Imate li dijagnosticiranu neku drugu psihičku bolest koja nije ovisnost o alkoholu

DA NE

7. Da li su Vam se prije početka konzumacije alkohola ili za vrijeme konzumacije javili određeni psihički poremećaji

DA NE

8. Ako je Vaš odgovor na prethodno pitanje DA, koji od navedenih poremećaja možete izdvojiti kao neki od psihičkih problema koji se javio Vašem slučaju

- a) Duševni poremećaj
- b) Anksiozni poremećaj
- c) Antisocijalni poremećaj osobnosti
- d) Afektivni poremećaj raspoloženja
- e) Shizofrenija
- f) PTSP

9. U periodu pretjerane konzumacije alkohola, jeste li imali neke od slijedećih oblika ponašanja ili postupka (moguće je odgovoriti više odgovora).

- a) Alkoholom potaknuta agresija
- b) Impulsivnost
- c) Nasilno ponašanje
- d) Pokušaj suicida
- e) Nešto drugo. Navedite što _____

10. Duljina dolaska na sastanke Klubova liječenih alkoholičara (navedite) _____ godina

11. Ukupan period apstinencije/nekonzumacije alkohola (navesti) _____ godina

12. Jeste li od svog prvog liječenja imali recidiv **DA** **NE**

13. Kako uglavnom dolazite na sastanke u Klubove liječenih alkoholičara (zaokružite samo jedan odgovor)

- a) Na sastanke dolazim sam/a bez pratnje
- b) Na sastanke dolazim u pratnji supruga/ge
- c) Na sastanke dolazim u pratnji djece koja su punoljetna
- d) Na sastanke dolazim u pratnji neke druge osobe (navesti) _____

14. Koliko često dolazite na sastanke u Klub liječenih alkoholičara

- a) jednom u tijeku sedmice
- b) jednom do dva puta u tijeku mjeseca
- c) nekoliko puta godišnje
- d) jednom godišnje ili rjeđe

15. Prilikom ulaska u Klub liječenih alkoholičara da li ste prema preporuci stručnjaka koristili antabus kao lijek

- a) Da, redovito sam koristio/la antabus
- b) Povremeno sam koristio/la antabus
- c) Ne, nisam koristio/la antabus

16. Na odluku o ulasku u Klub liječenih alkoholičara i početak liječenja ovisnosti o alkoholu, u najvećoj mjeri utjecala/utjecali su: (samo jedan odgovor)

- a) Obitelj
- b) Prijatelji
- c) Radne kolege
- d) Izrečena mi je sudska mjera
- e) Neko drugi (navesti) _____

17. U narednom dijelu upitnika možete nam dati svoje lično mišljenje o svojoj apstinenciji.:

Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol kad ste emocionalno uznemireni (osjećate se loše, ljutito, uplašeno ili krivo)?

1	2	3	4	5
Ne uopće	Djelimično siguran	Neutralan sam	Nisam siguran	U potpunosti siguran

Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol kad budete u blizini ili gledate druge koji konzumiraju - na primjer, za vrijeme proslava ili na godišnjem odmoru?

1	2	3	4	5
Ne uopće	Djelimično siguran	Neutralan sam	Nisam siguran	U potpunosti siguran

Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol u slučaju psihičke opterećenosti i umora ne biste podlegli konzumaciji alkohola

1	2	3	4	5
Ne uopće	Djelimično siguran	Neutralan sam	Nisam siguran	U potpunosti siguran

Koliko ste sigurni da ne biste ponovno konzumirali ako bi vam to prošlo kroz glavu ili ako bi sanjali da pijete?

1	2	3	4	5
Ne uopće	Djelimično siguran	Neutralan sam	Nisam siguran	U potpunosti siguran

Koliko ste sigurni da ne biste konzumirali alkohol ukoliko osjetite tjelesnu potrebu ili žudnju za alkoholom?

1	2	3	4	5
Ne uopće	Djelimično siguran	Neutralan sam	Nisam siguran	U potpunosti siguran

Koliko ste sigurni da ne biste konzumirati alkohol kada imate nagon isprobati samo jedno piće da biste vidjeli što se događa?

1	2	3	4	5
Ne uopće	Djelimično siguran	Neutralan sam	Nisam siguran	U potpunosti siguran

17. U slijedećem dijelu upitnika možete nam dati svoje lično mišljenje o tome kako u ovom trenutku procjenjujete zadovoljstvo raznim aspektima života

Molimo Vas označiti križićem (X) kvadrat onog odgovora koji najbolje opisuje koliko ste zadovoljni životom općenito i dolje navedenim područjima u životu.

Koliko ste zadovoljni svojim životom općenito?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni Vašim životnim standardom (materijalnim stanjem)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni onim što postižete u životu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni svojim osobnim odnosima s drugima?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni činjenicom koliko se sigurno osjećate?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni kao član svoje zajednice?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni budućom sigurnošću?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Koliko ste zadovoljni svojom duhovnošću ili religijom?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

U narednom dijelu upitnika molimo Vas da nam odgovorite na pitanja koja se odnose na procjenu oporavka od trenutka ulaska u Klub liječenih alkoholičara. Ispod teksta se nalazi lista izjava koje opisuju kako se ljudi ponekad osjećaju u vezi sebe i svojih života. Molimo pažljivo pročitajte svako pitanje i zaokružite broj na desnoj strani koji najbolje opisuje koliko se slažete ili ne slažete s izjavom. Zaokružite samo jedan broj za svaku izjavu i nemojte preskakati stavke.

T V R D N J E	<i>Strogo se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Nisam siguran/na</i>	<i>Slažem se</i>	<i>Strogo se slažem</i>
Imam želju da uspijem.	1	2	3	4	5
Imam svoj plan kako ostati ili postati dobro.	1	2	3	4	5
Imam ciljeve u životu koje želim ispuniti.	1	2	3	4	5
Mislim da mogu ispuniti svoje trenutne ciljeve.	1	2	3	4	5
Moj život ima svrhu.	1	2	3	4	5
Čak i kada ne brinem o sebi, drugi ljudi brinu o meni.	1	2	3	4	5

Razumijem kako kontrolisati simptome svoje bolesti.	1	2	3	4	5
Ne mogu se nositi s onim što se dešava u mom životu.	1	2	3	4	5
Ja volim sebe	1	2	3	4	5
Da me ljudi zapravo poznaju, svidio/svidjela bi im se.	1	2	3	4	5
Imam ideju tko želim postati.	1	2	3	4	5
Nadam se da će se nešto dobro dogoditi.	1	2	3	4	5
Nadam se svojoj budućnosti	1	2	3	4	5
Nastavljam imati nove interese	1	2	3	4	5
Suočavanje s mojom mentalnom bolešću nije više fokus mog života	1	2	3	4	5
Moji simptomi sve manje utiču na moj svakodnevni život.	1	2	3	4	5
Moji simptomi traju sve kraće kada se pojave	1	2	3	4	5
Ja znam kada zatražiti pomoć	1	2	3	4	5
Spreman/na sam zatražiti pomoć	1	2	3	4	5

Tražim pomoć kada mi je potrebna.	1	2	3	4	5
Mogu se nositi s stresom.	1	2	3	4	5
Imam ljude na koje se mogu oslonuti.	1	2	3	4	5
Čak i kada ne vjerujem u sebe, drugi ljudi vjeruju.	1	2	3	4	5
Važno je imati razne prijatelje.	1	2	3	4	5

U narednom dijelu upitnika molimo Vas da nam odgovorite na pitanja koja se odnose na Vaše sudjelovanje u Klubu liječenih alkoholičara.

Na sastanke KLA dolazim na vrijeme/ prije početka sastanka	1	2	3	4	5
Na sastancima KLA ostajem do kraja sastanka ili napuštam sastanak samo u slučaju važnog razloga	1	2	3	4	5
Nakon završenog sastanka KLA ne želim odmah otići kući	1	2	3	4	5
Nastojim pridonijeti grupnoj raspravi u KLA svojim razmišljanjima (ne govorim ni premalo ni previše)	1	2	3	4	5
Na sastancima KLA redovito pratim i razumijem šta drugi govore	1	2	3	4	5
Na sastanku KLA razmišljam o onome što svi ostali iznose u tijeku razgovora (ne samo kada govori jedan ili dva člana)	1	2	3	4	5
Na sastanku KLA verbalno komuniciram s drugim članovima na temu koju je grupa odabrala za taj sastanak	1	2	3	4	5
Redovito učestvujem u grupnim projektima i aktivnostima mog KLA.	1	2	3	4	5

Ovo su načini na koje se osoba može osjećati ili ponašati u odnosu na drugu osobu - svog terapeuta. Pažljivo razmislite o svom odnosu s svojim terapeutom, a zatim svaku izjavu označite prema tome koliko slažete ili ne slažete. Molimo odgovorite na svako pitanje.

T V R D N J E	<i>Strogo se ne slažem</i>	<i>Ne slažem se</i>	<i>Pomalo se ne slažem</i>	<i>Pomalo se slažem</i>	<i>Slažem se</i>	<i>Strogo se slažem</i>
Mislim da se mogu oslonuti na svog terapeuta.	1	2	3	4	5	6
Mislim da me moj terapeut razumije.	1	2	3	4	5	6
Mislim da moj terapeut želi da ja ostvarim svoje ciljeve.	1	2	3	4	5	6

Ponekad ne vjerujem procjeni terapeuta.	1	2	3	4	5	6
Mislim da moj terapeut i ja radimo zajedničkim snagama.	1	2	3	4	5	6
Mislim da terapeut i ja imamo sličan stav o karakteru mojih problema.	1	2	3	4	5	6
Generalno poštujem terapeutov stav o meni.	1	2	3	4	5	6
Metode koje koristi moj terapeut NISU prilagođene mojim potrebama.	1	2	3	4	5	6
Sviđa mi se terapeut kao osoba.	1	2	3	4	5	6
U većini seansi, terapeut i ja nađemo način da radimo na mojim problemima.	1	2	3	4	5	6
Terapeut se prema meni odnosi na način da usporava napredak terapije.	1	2	3	4	5	6
Uspostavljena je dobra veza između mene i terapeuta.	1	2	3	4	5	6
Mislim da terapeut ima iskustva u pomaganju ljudima.	1	2	3	4	5	6
Silno želim riješiti svoje probleme.	1	2	3	4	5	6
Terapeut i ja imamo smislene razgovore.	1	2	3	4	5	6

Terapeut i ja nekad vodimo beskorisne razgovore.	1	2	3	4	5	6
S vremena na vrijeme, oboje pričamo o važnim događajima iz moje prošlosti.	1	2	3	4	5	6
Mislim da se sviđam svom terapeutu kao osoba.	1	2	3	4	5	6
Terapeut je ponekad na distanci.	1	2	3	4	5	6

U narednom dijelu upitnika pažljivo pročitate svaku izjavu i dok odgovarate na pitanja mislite o grupi kao cjelini. Za svaku izjavu označite broj ispod najadekvatnijeg odgovora koji opisuje grupu tijekom sastanaka Klubova liječenih alkoholičara.

1 - nikako se ne slažem s navedenom izjavom

2 - pomalo se slažem s izjavom

3 - nesto malo se slažem s izjavom

4 - umjereno se slažem s izjavom

5 - prilično se slažem s izjavom

6 - mnogo se slažem s izjavom

TVRDNJE	<i>1. nikako se ne slažem s navedenom izjavom</i>	<i>2. pomalo se slažem s izjavom</i>	<i>3. nesto malo se slažem s izjavom</i>	<i>4. umjereno se slažem s izjavom</i>	<i>5. prilično se slažem s izjavom</i>	<i>6. mnogo se slažem s izjavom</i>
Članovi KLA se sviđaju jedni drugima i vode brigu o drugim učesnicima	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA pokušavaju razumjeti zašto konzumiraju alkohol i pokušavaju pronaći razlog za svoje stanje	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA izbjegavaju sagledati bitne probleme koji se dešavaju u grupi	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA smatraju da ovo što im se dešava je jako bitno i stalno su uključeni	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA su ovisni o uputama voditelja/terapeuta	1	2	3	4	5	6
Postoji napetost i ljutnja među članovima KLA	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA su rezervisani i povučeni	1	2	3	4	5	6

Članovi KLA se međusobno raspravljaju i izazivaju konflikte s ciljem rješavanja problema	1	2	3	4	5	6
Čini mi se da članovi KLA rade stvari onako kako misle da grupi odgovara	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA odbijaju jedni druge i nemaju povjerenja	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA otkrivaju osjetljive lične informacije i osjećaje u tijeku sastanaka	1	2	3	4	5	6
Članovi KLA se čine napeto i nervozno	1	2	3	4	5	6

Molimo Vas da nam odgovorite na pitanja koja se odnose na procjenite obiteljski odnos i podršku koju dobivate od obitelji u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu. Molimo Vas da na sljedećoj listi ocijenite koliko je svaka od tvrdnji istinita/točna za obitelj u kojoj trenutno živite. Pritom Vas molimo da koristite ljestvicu od 6 stupnjeva:

1 – Uopće se ne slažem

2 – Uglavnom se ne slažem

3 – Donekle se ne slažem

4 – Donekle se slažem

5 – Uglavnom se slažem

6 – U potpunosti se slažem

Članovi naše obitelji si međusobno pomažu i podržavaju se.	1	2	3	4	5	6
Svaki član naše obitelji sudjeluje u važnim obiteljskim odlukama.	1	2	3	4	5	6
U našoj obitelji je teško mijenjati pravila.	1	2	3	4	5	6
Iskreni smo jedni prema drugima.	1	2	3	4	5	6
Često se međusobno ne razumijemo.	1	2	3	4	5	6
Roditelji se obično slažu oko stvari koje se tiču obitelji.	1	2	3	4	5	6
Fleksibilni smo oko toga tko što radi u našoj obitelji.	1	2	3	4	5	6
Iako želimo najbolje, previše se jedni drugima miješamo u živote.	1	2	3	4	5	6
Mnogo je ljutnje između članova naše obitelji.	1	2	3	4	5	6
Članovi obitelji su si međusobno jako bliski.	1	2	3	4	5	6
Djeca sudjeluju u postavljanju pravila.	1	2	3	4	5	6
Prekidamo se i upadamo u riječ jedni drugima.	1	2	3	4	5	6
Međusobno si iskazujemo ljubav i nježnost.	1	2	3	4	5	6
Jedan roditelj unatoč mišljenju drugog roditelja staje na stranu djeteta.	1	2	3	4	5	6

Zajedno radimo na rješavanju problema.	1	2	3	4	5	6
Svaku osobu se potiče da ima vlastito mišljenje oko stvari.	1	2	3	4	5	6
Jednom kada nešto odlučimo teško nam je raditi promjene.	1	2	3	4	5	6
Članovi obitelji si međusobno pokazuju iskrene osjećaje.	1	2	3	4	5	6
Odlučivanje i planiranje predstavljaju probleme u našoj obitelji.	1	2	3	4	5	6
Svaki član obitelji je prihvaćen takav kakav jest.	1	2	3	4	5	6
Djecu se konzultira i oni sudjeluju u donošenju odluka.	1	2	3	4	5	6
O problemima je lakše razgovarati s ljudima izvan obitelji nego s članovima obitelji.	1	2	3	4	5	6
Međusobno se slušamo i poštujemo tuđa mišljenja.	1	2	3	4	5	6
Naveliko nastojimo mijenjati jedni druge.	1	2	3	4	5	6
Članovi naše obitelji su sposobni samostalno "stati na noge".	1	2	3	4	5	6
Obično možemo riješiti probleme tako da o njima razgovaramo.	1	2	3	4	5	6
Članovi obitelji međusobno dijele interese i hobije.	1	2	3	4	5	6
Članovi obitelji iskazuju svoje mišljenje u vezi obiteljskih pitanja.	1	2	3	4	5	6
Pokazujemo ljubav jedni drugima čak i kada se ne slažemo.	1	2	3	4	5	6
Roditelji i djeca razgovaraju o stvarima prije nego se donesu neke odluke.	1	2	3	4	5	6

Slijedeći dio upitnika se odnosi na Vašu ličnu procjenu socijalne podrške koju dobivate od socijalne sredine u procesu liječenja ovisnosti o alkoholu.

Upute: Zanima nas kako se Vi osjećate u vezi sljedećih izjava. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku izjavu te da zaokružite kako se osjećate u vezi svake izjave. U tablici se nalaze značenja pojedinih brojeva.

<i>u potpunosti se ne slažem</i>	<i>izrazito se ne slažem</i>	<i>umjereno se ne slažem</i>	<i>imam neutralan stav</i>	<i>umjereno se slažem</i>	<i>izrazito se slažem</i>	<i>u potpunosti se slažem</i>
1	2	3	4	5	6	7

Postoji posebna osoba koja je tu negdje kad mi je potrebno	1 2 3 4 5 6 7
Postoji posebna osoba s kojom mogu podijeliti svoju sreću i tugu	1 2 3 4 5 6 7
Moja porodica se istinski trudi pomoći mi.	1 2 3 4 5 6 7
Dobivam emocionalnu podršku i pomoć od svoje porodice	1 2 3 4 5 6 7
Postoji posebna osoba koja mi je pravi izvor utjehe	1 2 3 4 5 6 7
Moji prijatelji mi zaista pokušavaju pomoći	1 2 3 4 5 6 7
Mogu računati na svoje prijatelje kada nešto krene po zlu	1 2 3 4 5 6 7
Mogu pričati o svojim problemima s svojom porodicom	1 2 3 4 5 6 7
Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti i sreću i tugu	1 2 3 4 5 6 7

Postoji posebna osoba u mom životu koja brine o mojim osjećajima	1 2 3 4 5 6 7
Moja porodica je spremna pomoći mi u donošenju određenih odluka	1 2 3 4 5 6 7
Mogu pričati s svojim prijateljima o svojim problemima	1 2 3 4 5 6 7

U završnom dijelu upitnika molimo Vas da iznesete ličnu percepciju stigme ovisnosti o alkoholu u različitim situacijama koje ste doživjeli od samog početka liječenja ovisnosti o alkoholu.

Molimo pročitajte svaku izjavu pažljivo i zaokružite broj ispod stavke koji pokazuje stupanj vašeg slaganja ili neslaganja s svakom izjavom. Koristite ljestvicu ispod stavke i nemojte izostaviti niti jednu stavku.

TVRDNJE	Strogo se neslažem	Neslažem se	Slažem se	Strogo se slažem
Većina ljudi bi rado prihvatila nekoga ko je bio na tretmanu odvikavanja od alkohola kao bliskog prijatelja	1	2	3	4
Većina ljudi vjeruje da je neko ko je liječen zbog uporabe alkohola podjednako pouzdan kao i drugi građanin.	1	2	3	4
Većina ljudi bi prihvatila nekoga ko je liječen zbog uporabe alkohola kao učitelja male djece u javnoj školi	1	2	3	4
Većina ljudi bi zaposlila nekoga ko je bio liječen od alkohola da se brine o njegovoj djeci.	1	2	3	4
Većina ljudi nema dobro mišljenje o osobi koja je bila liječena zbog uporabe alkohola.	1	2	3	4
Većina poslodavaca će zaposliti nekoga ko se liječio od uporabe alkohola ako je kvalificiran za posao.	1	2	3	4
Većina poslodavaca će odbiti aplikaciju osobe koja je bila liječena zbog uporabe alkohola, u korist drugog aplikanta	1	2	3	4
Većina ljudi je spremna stupiti u vezu se s nekim ko je bio liječen zbog uporabe alkohola	1	2	3	4

Ukoliko smatrate da postoji nešto što Vas nismo pitali a što mislite da je značajno za rezultate istraživanja i poboljšanje budućeg rada KLA molimo Vas da navedete u završnom dijelu

Zahvaljujemo Vam se na izdvojenom vremenu i popunjavanju ovog upitnika !

12.1. PRILOG 2: Popis tablica

Tablica 2. Uzorak sudionika prema Klubu liječenih alkoholičara u Bosni i Hercegovini

Tablica 2. Faktorska zasićenja tvrdnji s četiri ekstrahirana faktora nakon rotacije operacionalizacija kriterijskih varijabli

Tablica 3. Postotak objašnjene varijance, karakteristični korijen i pouzdanost subskala za varijablu Procjena oporavka osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu

Tablica 4. Faktorska zasićenja tvrdnji s dva ekstrahirana faktora nakon rotacije, povjerenje i razumjevanje terapeuta

Tablica 5. Faktorska zasićenja čestica skale grupne klime s dva ekstrahirana faktora nakon rotacije, angažman korisnika u grupnom radu

Tablica 6. Postotak objašnjene varijance, karakteristični korijen i pouzdanost subskala za prediktorsku varijablu Obiteljskog funkcioniranja

Tablica 7. Faktorska zasićenja čestica na Ljestvici obiteljskog funkcioniranja nakon ekstrahirana četiri faktora

Tablica 8. Faktorska zasićenja na česticama Višedimenzionalne skale percipirane socijalne podrške nakon ekstrahiranja dva faktora

Tablica 9. Sociodemografska obilježja uzorka: dob, spol, obrazovni, radni i bračni status

Tablica 10. Deskriptivni pokazatelji za čestice za Pomažući odnos s terapeutom u KLA (Min- 1; Maks. - 6)

Tablica 11. Deskriptivni pokazatelji za čestice Skale grupne klime (Min – 1, Maks.– 6)

Tablica 12. Deskriptivna statistika za varijablu Razina uključenosti (Min – 1; Maks.–5)

Tablica 13. Deskriptivna statistika za varijablu Privrženost korisnika drugim članovima obitelji (Min- 1; Maks.– 6)

Tablica 14. Deskriptivna statistika za varijablu Obiteljsko funkcioniranje, Neusklađenost u odnosima unutar obitelji (Min- 1; Maks.– 6)

Tablica 15. Deskriptivna statistika za varijablu Obiteljsko funkcioniranje, Funkcionalnost unutar obiteljskih odnosa (Min- 1; Maks;–6)

Tablica 16. Deskriptivna statistika za varijablu Obiteljsko funkcioniranje, Rigidnost članova obitelji (Min- 1; Maks.–6)

Tablica 17. Deskriptivni statistički pokazatelji za percipiranu podršku obitelji i prijatelja (Min- 1; Maks.–7)

Tablica 18. Deskriptivni statistički pokazatelji za Percipiranu stigmom osoba na liječenju od ovisnosti o alkoholu (Min- 1; Maks.–4)

Tablica 19. Deskriptivna statistika za percipiranu samoefikasnost u apstinenciji (Min- 1; Maks. – 5)

Tablica 20. Deskriptivna statistika za tvrdnje analize Indeksa osobne dobrobiti (Min- 1; Maks. – 10)

Tablica 21. Deskriptivni statistički pokazatelji za sva četiri faktora kriterijske varijable procjena oporavka (Min- 1; Maks. – 5)

Tablica 22. Deskriptivna statistika za prvi faktor Samopouzdanje i pozitivna očekivanja

Tablica 23. Deskriptivna statistika za drugi faktor Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge u procesu liječenja

Tablica 24. Deskriptivna statistika za treći faktor Orijentacija ka uspjehu ciljevima

Tablica 25. Deskriptivna statistika za četvrti faktor Nadilaženje simptoma bolesti

Tablica 26. Prikaz korelacija prediktorskih varijabli s kriterijem Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji

Tablica 27. Korelacije među prediktorskim varijablama I bloka (Sociodemografska obilježja)

Tablica 28. Korelacije među prediktorskim varijablama II bloka (Obilježja liječenja)

Tablica 29. Korelacije među prediktorskim varijablama trećeg bloka (Grupna klima i odnos s terapeutom)

Tablica 30. Korelacije među prediktorskim varijablama četvrtog bloka (Obiteljska i socijalna podrška)

Tablica 31. Sažetak modela sa zavisnom varijablom Percipirane samoefikasnosti u apstinenciji

Tablica 32. ANOVA za percipiranu samoefikasnost u apstinenciji od alkohola

- Tablica 33.** Koeficijenti za kriterijsku varijablu Percipirana samoefikasnost^a
- Tablica 34.** Pojedinačne korelacije prediktora s kriterijem Osobne dobrobiti
- Tablica 35.** Sažetak modela s kriterijskom varijablom Osobna dobrobit korisnika KLA
- Tablica 36.** Regresijski koeficijenti za varijablu Osobne dobrobiti korisnika KLA
- Tablica 37.** Korelacije prediktora s kriterijem Samopouzdanje i pozitivna očekivanja
- Tablica 38.** Sažetak modela za kriterij Samopouzdanje i pozitivna očekivanja
- Tablica 39.** Koeficijenti modela kriterija Samopouzdanje i pozitivna očekivanja
- Tablica 40.** Korelacija nezavisnih varijabli s kriterijem Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe
- Tablica 41.** Sažetak modela za subskalu Oporavka - Prevladavanje izazova
- Tablica 42.** ANOVA rezultati regresijskog modela za kriterij Oporavka - Prevladavanje izazova
- Tablica 43.** Koeficijenti za kriterijsku varijablu Oporavak – Upravljanje oporavkom i oslanjanje na druge osobe
- Tablica 44.** Korelacija nezavisnih varijabli s kriterijem Orijentacija ka uspjehu i ciljevima
- Tablica 45.** Sažetak modela hijerarhijske regresijske analize za kriterij– Postavljanje ciljeva
- Tablica 46.** ANOVA za regresijsku analizu kriterija Postavljanje ciljeva
- Tablica 47.** Koeficijenti modela kriterija Orijentacija ka uspjehu i ciljevima
- Tablica 48.** Rezultati regresijske analize za subskalu oporavka – Nadilaženje simptoma ovisnosti
- Tablica 49.** Sažetak modela hijerarhijske regresijske analize za faktor Nadilaženje simptoma ovisnosti
- Tablica 50.** ANOVA za kriterij Nadilaženje simptoma ovisnosti
- Tablica 51.** Koeficijenti modela za objašnjenje kriterija Nadilaženje simptoma ovisnosti

XIII. ŽIVOTOPIS AUTORICE S POPISOM OBJAVLJENIH DJELA

Vesna Huremović rođena je 15. listopada 1985. godine, u Tuzli, Bosna i Hercegovina. Diplomirala je i magistrirala na Odsjeku za socijalni rad Filozofskog fakulteta u Tuzli, a od 2015. godine pohađa doktorski studij iz socijalnog rada i socijalne politike, Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Od 2014. do 2023. godine bila je zaposlena kao socijalni radnik u Službi za socijalnu skrb Zavoda za psihološku i socijalnu skrb Univerzitetskog kliničkog centra Tuzla (Bosna i Hercegovina). Od 11.05.2023. godine obnaša rukovodeću dužnost šefa Odjela za socijalnu skrb, Zavoda za psihološku i socijalnu skrb u istoj ustanovi. Dodatno je educirana o temama asertivnog komuniciranja, stres menadžmenta, obiteljskog i vršnjačkog nasilja, oblast hraniteljstva, zdravstvenog menadžmenta.

Znanstveni interes usmjeren je istraživanju socijalne zaštite, suradnica je na nekoliko domaćih i međunarodnih istraživačkih projekata koji se tiču promocije i razvoja udomiteljstva, socijalne isključenosti, prevencije ovisnosti i konzumiranja psihoaktivnih supstanci, prevencije nasilja nad djecom u digitalnom okruženju u Bosni i Hercegovini, jačanje kapaciteta mladih liderica, transformacija JU Doma za djecu bez roditeljskog staranja u niz novih usluga koje će podržati odrastanje djece u obiteljima. Osim projekata na kojima je bila zaposlena, sudjelovala je u stručnom projektu na nivou FBiH pod vodstvom UNICEF-a te je bila jedan od autora publikacije *„Analiza stanja socijalne zaštite u Tuzlanskom kantonu sa posebnim osvrtom na utjecaj pandemije koronavirusa na sistem socijalne zaštite.“*

Objavila je četiri znanstvena i tri stručna rada, te jednu publikaciju u koautorstvu. Sudjelovala je na međunarodnim i domaćim znanstvenim konferencijama te dodatnim edukacijama iz područja socijalnog rada u zdravstvu. Majka je dvoje djece.

13.1. Popis objavljenih radova

1. Mahmutović, S., Kletečki Radović, M., & Huremović, V. (2022). Koncept oporavka – doprinos razvoju usluga za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, *Društvene i humanističke studije*, 4 (21), 669-691.
2. Huremović, V., & Mahmutović, S. (2022). Uloga i značaj Klubova liječenih alkoholičara u kontinuiranom održavanju apstinencije i postignutih rezultata oporavka od alkohola, *Društvene i humanističke studije*, 3 (20), 429-452.
3. Mahmutović, S., & Huremović, V. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba sa duševnim smetnjama. *Društvene i humanističke studije*, 1 (4), 4, 109-121.
4. Huremović, V., & Mahmutović, S. (2019). Inkluzija djece sa psihofizičkim smetnjama u razvoju u srednjoškolsko obrazovanje. U: Zbornik radova "Izazovi i perspektive pomagačkih profesija" Izet Pehlić (ur.). Islamski pedagoški fakultet u Zenici, 75-86. Bihać: Bosna i Hercegovina.
5. Mahmutović, S., & Huremović, V. (2018). Uloga i značaj socijalnog radnika u zdravstvenim ustanovama u tretmanu osoba sa problemom ovisnosti o alkoholu. U: Zbornik radova Fakulteta političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, Suada Buljubašić (ur.). 101-112, Sarajevo: Bosna i Hercegovina.
6. Mahmutović, S., & Huremović, V. (2018). Primarna socijalna mreža kao zaštitni faktor u prevenciji poremećaja u ponašanju. U: Zbornik radova "Izazovi i perspektive pomagačkih profesija" Izet Pehlić (ur.). 101-112. Bihać,: Bosna i Hercegovina.
7. Mahmutović, S., Bijedić, M., & Huremović, V. (2015). Socijalna mreža maloljetnika kao zaštitni faktor u prevenciji prestupništva. *Defektologija*, 1, 56-62.