

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**KVALITA ŽIVOTA U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH A JEJICH
RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ V ZÁVISLOSTI NA GENDER**

Bakalářská práce

Jméno autora: Vendula Zlatušková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Kalová

Datum odevzdání: 25. 8. 2009

ABSTRAKT

Bakalářskou práci zaměřuji na zjištění kvality života u drogově závislých a jejich rodinných příslušníků.

Cílem mé práce je standardizovanými metodami doložit rozdíly v jejich vnímání kvality života ve srovnání se zdravou populací a pokusit se analyzovat rozdíly v obou pohlaví.

Byly stanoveny hypotézy H1: Kvalita života u drogově závislých a jejich rodin je nižší než u všeobecné populace H2: Kvalita života u drogově závislých a jejich rodinných příslušníků se liší v závislosti na pohlaví.

Pro výzkumnou část byla zvolena metoda kvantitativního charakteru a použit standardizovaný dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím.

Z výsledného výzkumu vyplývá značný rozdíl sledovaného vzorku drogově závislých ve srovnání s evropským normálem Oxford a to v 8 doménách. U rodinných příslušníků jsou taktéž vnímání kvality jejich života ve všech doménách rozdílné, statisticky významné na 5% hladině významnosti, čímž potvrzují hypotézu H1 v plném rozsahu. V porovnání vnímání kvality života drogově závislých mužů vůči drogově závislým ženám se prokazují jen nepatrné rozdíly. Stejně je tomu u rodinných příslušníků, proto se tento rozdíl jeví statisticky nevýznamným níže pod 5% hladinou významnosti, proto hypotézu H2 nepotvrzují.

Práce podává ucelený přehled problematiky kvality života osob drogově závislých i jejich rodinných příslušníků a snaží se tak doložit podklad pro další práci s nimi a to především v oblasti sociálně – terapeutické.

ABSTRACT

I focus my bachelor thesis on ascertaining the life quality of drug-addicted persons and their family members.

The goal of my work is to document, with standardized methods, the differences in their perception of life quality compared with healthy population and to try to analyze differences in both sexes.

The following hypotheses were set: H1: Life quality of drug-addicted persons and their families is lower than that of general population. H2: Life quality of drug-addicted persons and their family members differs depending on their sexes.

Quantitative character method was selected for the research part, using the SF-36 standardized questionnaire of health-conditioned life quality. The resulting research shows considerable difference of the observed sample of drug-addicted persons compared to European Oxford standard in 8 domains. The perception of life quality by family members is also different in all domains, statistically significant at 5% level of significance, which confirms the hypothesis H1 in full extent. The comparison of perception of life quality by drug-addicted men versus drug-addicted women shows only slight differences. The same applies to family members; therefore that difference appears statistically insignificant, under 5% level of significance. So I can disprove the hypothesis H2.

The thesis presents compact survey of the issue of life quality of drug-addicted persons and their family members, trying to give a base for further work with them, particularly in social-therapeutic area.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života u drogově závislých a jejich rodinných příslušníků v závislosti na gender“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 24. 8. 2009

.....
Vendula Zlatušková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Haně Kalové za odborné a trpělivé vedení i za cenné připomínky a rady při tvorbě bakalářské práce. V neposlední řadě také musím poděkovat všem respondentům (tj. závislým klientům i jejich rodinným příslušníkům), kteří se podíleli na dotazníkovém šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 KVALITA ŽIVOTA	9
1.1.1 Pojetí kvality života.....	9
1.1.2 Měření a hodnocení kvality života	10
1.1.3 Kvalita života podmíněná zdravím	12
1.2 ZÁKLADNÍ POJMY DROGOVÉ PROBLEMATIKY.....	13
1.2.1 Droga	13
1.2.2 Akutní intoxikace.....	14
1.2.3 Škodlivé užívání, abúzus neboli zneužívání	14
1.2.4 Syndrom závislosti (závislost).....	14
1.2.5 Craving neboli „bažení“	15
1.2.6 Odvykací stav.....	15
1.2.7 Psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami	16
1.3 DROGY JAKO GLOBÁLNÍ PROBLÉM	16
1.3.1 Příčiny vzniku drogové závislosti	17
1.3.2 Stádia užívání vedoucí k závislosti.....	18
1.4 ROZDĚLENÍ DROG	19
1.4.1 Alkohol	19
1.4.2 Opiáty a opioidy.....	19
1.4.3 Kanabinoidy.....	20
1.4.4 Sedativa, hypnotika	20
1.4.5 Stimulancia	21
1.4.6 Halucinogeny	21
1.4.7 Těkavé látky	22

1.5	SYSTÉM PÉČE A LÉČBY V OBLASTI DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ.....	22
1.5.1	<i>K-centrum Netopeer, Znojmo</i>	23
1.5.2	<i>Psychiatrická léčebna Jemnice</i>	24
1.6	DROGY A NEMOCI	26
1.6.1	<i>HIV, AIDS</i>	26
1.6.2	<i>Hepatitida</i>	26
1.6.3	<i>Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19)</i>	27
1.6.4	<i>Psychické důsledky závislosti</i>	27
1.7	DROGY A RODINA	28
1.7.1	<i>Rizikové a projekční faktory vzniku závislosti v rodině</i>	28
1.7.2	<i>Jak mohou rodina a blízcí pomoci při léčbě</i>	29
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	30
2.1	CÍL PRÁCE.....	30
3	METODIKA	31
3.1	POUŽITÁ METODA	31
3.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	32
4	VÝSLEDKY	33
4.1	POPIS ZKOUMANÉHO SOUBORU	33
4.2	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	33
5	DISKUZE	50
6	ZÁVĚR	50
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
8	KLÍČOVÁ SLOVA	59
9	PŘÍLOHY	60

ÚVOD

Zákonitostmi a odhalováním problematiky kvality života se dosud zabývalo mnoho odborných vědeckých pracovníků a byly již vydány řady publikací. Proto jsem svou práci pojala jako další přínos do této velmi složité problematiky zkoumání.

Cíl mé práce spočívá v doložení rozdílných změn ve vnímání kvality života u drogově závislých osob, i jejich rodinných příslušníků z rozdílu obou pohlaví se srovnáním s evropským standardem zdravé populace, který je považován za reprezentativní vzorek normálu stanovený v letech 1991–1992 v Oxfordu.

Ke zjištění potřebných dat byla použita metoda HRQoL o kvalitě života podmíněné zdravím za pomoci tzv. „generického“ typu dotazníku SF-36, který umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami, jak se vzájemně liší či podobají ve vnímání spokojenosti s kvalitou svého života. Výzkum byl proveden v nízkoprahovém zařízení Kontaktního centra a psychiatrické léčebně, kde jsem úspěšně absolvovala svou odbornou stáž a měla tak možnost nahlédnout do problematiky drogových závislostí, které jsou společně s prostitucí a obchodem se zbraněmi považovány za největší globální problém 21. století.

Výsledky zkoumaného souboru nám umožní mezinárodní i regionální srovnání obou skupin s různými sociodemografickými charakteristikami

Osoby, které experimentují s drogou mají vždy na výběr. Vyzkoušet si účinky drog na jejich organismus a poté zanechat nebezpečného zahrávání si s pomyslnou hranicí vzniku závislostí nebo roztočení spirály závislosti v podobě trychtýře, po kterém se pomale ale jistě řítí do vlastní záhuby. Míní se jí úroveň biologická, ekonomická i sociální a postihuje nejen samotné drogově závislé, ale hlavně jejich nejbližší.

Kvalita života zahrnuje mnoho aspektů, nejen zdraví člověka, ale i jeho emoční a sociální oblast. U drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků jsou tyto aspekty značně odlišné, než je tomu u zdravé populace. Jejich kvalita života je více snížena v souvislosti se somatickými a psychickými obtížemi.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Kvalita života

Již od nepaměti lidstvo řešilo otázky a zákonitosti kvality svého života. Jedná se o velmi široký a složitý pojem, těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. (15, 19)

Termín „kvalita“ je odvozeno z latinského slova „qualis“, od kořene „qui“ – kdo? ve významu „kdo to je“, případně „jaké to je? Kvalitou se tak rozumí „jakost“ neboli hodnota, buď dobrá nebo naopak špatná. Je charakteristickým rysem, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku, např. život jednoho člověka od života druhého. (5)

Slovem „život“ chápeme život obecně, případně život určitého druhu jedinců. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka. (19)

Pojem kvalita života zahrnuje značný podíl subjektivní dimenze, která se projevuje ve vzájemném vztahu kvality života a zdravotního stav jedince. To, jak jedinec subjektivně vnímá sám sebe, v jaké míře je se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti řady intervencí v medicíně, ošetrovatelství, nebo rehabilitaci či terapii. (15)

1.1.1 Pojetí kvality života

Koncept kvality života je tvořen tak, aby postihl kromě materiální, psychologické dimenze, také existenciální i sociální (ve smyslu mezilidské a vztahové) aspekty lidského života. Otázka po kvalitě lidského života je otázkou po lidství lidského života, po jeho antropologické či filozofické podstatě. (13)

Kvalita života je podle definice Světové zdravotnické organizace „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu

ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. V současné době se kvalita života považuje za optimální kritérium pro srovnání populačních skupin, hodnocení zdravotních programů a jiných zdravotních a sociálních intervencí. (6)

Dovolila bych si definovat kvalitu života člověka jako jasně vymezené stupně v hierarchii životních hodnot, které se pomocí zvolených cílů snaží směřovat k jejich naplňování a tak k naprosté spokojenosti se sebou samým.

Kvalita života jedince se promítá ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- *V makro-rovině* jde o otázky kvality života velkých společenských celků (dané země, kontinentu) jako o absolutní smysl života.
- *V mezo-rovině* jde o otázky kvality života malých sociálních skupin (škole, nemocnici, domově důchodců) k morálním hodnotám života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny.
- *Osobní rovina* je definována jako *život jednotlivce* – individua a jeho subjektivního hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí. Do hry vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání a přesvědčení. (5)

1.1.2 *Měření a hodnocení kvality života*

Metod způsobů zjišťování a měření kvality života je celá řada. Předchůdcem metod měření kvality života pacienta byly HS (health state) – rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, případně souboru jeho zdravotních problémů. Snahy o zachycení stavu nemocného pacienta vedly řadu lékařů k návrhům metod, kterými by kvalitu života pacienta co nejlépe zachytil. Uvádím zde výsledky řady takovýchto pokusů:

- APACHE II. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) je hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Snaží se

vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovýmto způsobem „měří“ vážnost nemoci. Tu je možno posuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Celkové skóre se pohybuje v rozmezí od 0 do 71 bodů (čím vyšší je číselný údaj, tím větší je pravděpodobnost úmrtí pacienta). Tento způsob však vykazuje i značné rozdíly v tom, jak kvalitu pacientova života hodnotil lékař a jak ji hodnotil sám pacient. To bylo podnětem pro hledání dalších cest k hodnocení a zachycení často až výrazně se měnící kvality života. (13)

- LSS (Life Satisfaction Scale) je škála spokojenosti. Pro její měření je charakteristickým rysem způsob, kterým se měří dimenze života daného člověka. V podstatě jde o vizuální stupnici obsahující 7 stupňů, které jsou uvedeny vodorovně na ose od minima „Nemůže to být již horší“, až po maximum „Nemůže to být již lepší“. Na obou stranách od středního bodu, kdy je člověk stejně uspokojen jako neuspokojen, jsou ještě dva stupně: „zvětší části spokojen nebo naopak nespokojen“. (5)

- Koncept SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) je program hodnocení individuálně chápané kvality života, tak, jak ji subjektivně vidí a chápe nebo definuje ten, kdo je dotazován. (23)

- V medicíně a zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji používaným hodnotícím konceptem je zde HRQoL (Health Related Quality of Life) – „Kvalita života podmíněná zdravím“. Standardizované dotazníky shrnují subjektivní a současně kvantifikovatelná měření. Jednak vnímání zdraví, také chod životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Nejčastěji se zde používá jakýsi obecný „zlatý standard“ – dotazník SF-36, který je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. (23)

1.1.3 Kvalita života podmíněná zdravím

„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“

D. Seedhouse

Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Optimální stav zdraví určité osoby závisí na souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály). (7)

Lze jej hodnotit z několika pohledů – jednak je to subjektivní vnímání vlastního zdraví respondentem, které vypovídá spíše o tom, jak se skutečně respondent cítí, nikoliv jaký je jeho pravý zdravotní stav. Více objektivní proměnnou je potom dotaz zjišťující zda respondent trpí nějakým chronickým onemocněním. I zde se ale jedná o subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu, nikoliv o vyjádření potvrzené lékařem, a proto je nutné i v tomto případě zohlednit zkreslení spojené s faktory individuální psychiky. (20)

Konceptem kvality života podmíněné zdravotním stavem se mnohé studie zaměřují na objasnění vztahu mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Při hodnocení kvality života v konceptu Health Related Quality of Life (HRQOL) si můžeme povšimnout téměř komplementární návaznosti jednotlivých domén.

S použitím dotazníků pro skórování HRQoL, zejména dotazníku SF-36 je možno hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v 8 doménách, kterými jsou:

Fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví. (27)

Oxford Healthy Life Survey – studie provedena v Oxfordu, Oxfordshire, England ve Velké Británii v letech 1991/1992 zajistila normativní reprezentativní data pro evropskou populaci pro dotazníkový nástroj SF-36. Za normální skóre je při vyhodnocování považována hodnota 100 %. (3)

Existují tři typy dotazníků, tedy nástrojů ke zjišťování stavu kvality života – HRQoL:

1. **Global assesement** (globální hodnocení) je typ poskytující všeobecné, generální zhodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých oblastech – doménách (fyzikální, emoční, vitalita, atd.)

2. **Generic**, tzv. generický typ umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci vzájemně liší či naopak podobají na vliv kvality života.

3. **Specific** je typ dotazníku specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval hodnotit vývoj stavu nemoci v čase. (15)

1.2 Základní pojmy drogové problematiky

1.2.1 Droga

V obecném slova smyslu jsou drogy jakékoliv látky přírodní či uměle vyrobené, které jsou vpraveny do organismu, mění jednu či více funkcí orgánu nebo systému. V užším slova smyslu jsou to látky, které se užívají lépe řečeno zneužívají ke změně duševního stavu, nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu a chování. Mají schopnost ovlivnit i cítění, myšlení nebo jednání. Tyto změny jsou způsobeny vlivem drogy na centrální nervový systém. Aby některá látka (přírodní či uměle vyrobená) byla pro organismus významná v užším slova smyslu, musí splňovat některé náležitosti:

- Musí mít psychotropní účinek, tzn. že musí rychle a silně působit na centrální nervstvo, zatímco efekt somatotropní, tedy na ostatní orgány a systémy, je méně nápadný. Jedná se o změny myšlení, vnímání, nálady, podráždění, útlumu chování.

- Musí být návyková nebo potenciálně návyková. Návyk vzniká opakovaným užíváním drog o to rychleji, čím je droga účinnější i podle toho, jak je osobnost vnímavá a drogou zvýšeně zranitelná. Na některé látky vzniká návyk během týdnů, u jiných to trvá měsíce či léta. (17)

1.2.2 *Akutní intoxikace*

Je to přechodný stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, který vede k poruchám na úrovni vědomí, poznání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných tělesných a duševních funkcí a reakcí. (10)

Nejnáchylnějšími se zdají být děti a dospívající, kterým postačuje byť jen malé množství návykových látek.

1.2.3 *Škodlivé užívání, abúzus neboli zneužívání*

Za škodlivé užívání se považuje takový vzorec lidského chování, který poškozují zdraví. Poškození může být tělesné (např. žloutenka při nitrožilním přijímání drog), nebo duševní (např. deprese objevující se druhotně při těžkém pití).

Zneužívání návykových látek je ale okolím často kritizováno a vyvolává různé nepříznivé sociální důsledky. (12)

1.2.4 *Syndrom závislosti (závislost)*

Závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Znamená to „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu zničen. (7)

Zjednodušená definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí zní: „Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více.“ (31)

Závislost se obvykle dělí na formu fyzickou, která vede člověka k nutkání drogu dále zneužívat bez ohledu na to, že má pro něj škodlivé následky. Je provázena nepříjemnými obtížemi, které vznikají při odnětí drogy. Druhou formou závislosti, považována také za závažnou, je psychická. Vyznačuje se bažením po droze.

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku dojde ke třem nebo více z následujících jevů jakými jsou:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
- Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se u jejího účinku.
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení. (8)

1.2.5 *Craving neboli „bažení“*

Světová zdravotnická organizace definovala „bažení“ jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Rozlišujeme bažení na tělesné (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychické (objevuje se i po delší abstinenci). Při bažení se na rozdíl od obvyčejného chtění aktivují jiné vývojově starší oblasti mozku, proto je označováno za nebezpečné. (9)

1.2.6 *Odvykací stav*

Též jako abstinenci syndrom nebo syndrom z odnětí drogy. Děje se tak po vysazení vysokých dávek určitých návykových látek (opiáty, alkohol, barbituráty).

Jiné drogy, jako pervitin nebo kokain, tělesné odvykací potíže nevyvolávají.

Dochází k narušení rovnováhy v regulačních systémech, strukturách a to v celé komplexnosti osobnosti. Rozpoznání účinku drogy může zkomplikovat i to, že někdy mladší lidé drogy kombinují. V takovém případě jsou účinky těžko předvídatelné a zvyšuje se riziko otravy. Informaci o tom, jaká droga byla zneužita, může poskytnout odborné vyšetření včas odebraného moči. (4, 10)

1.2.7 Psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami

Objevují se bludy, halucinace nebo pocity pronásledování. Začátek zmíněných psychotických příznaků se musí vyskytnout v průběhu užívání nebo do 2 týdnů po užívání látky a psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin. Psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami by měla při abstinenci odeznít nejpozději do 6 měsíců, většinou však odeznívá podstatně rychleji. Takový stav vyžaduje naléhavou lékařskou péči. (10)

1.3 Drogy jako globální problém

Toxikomanie je chorobný stav závislosti na droze či drogách, který je škodlivý osobnosti i společnosti. Léčba postižených je dlouhá a obtížná, proto je jednodušší její předcházení. Je-li člověk včas informován a může-li svobodně posoudit vhodnost či rizikovost svého chování, je pouze na jeho vůli jak se rozhodne. (17)

Užívání jakýchkoli typů návykových látek je komplexní jev s celou řadou vzájemně se ovlivňujících rizik. Podle programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“ představuje užívání drog problém ve vztahu k ohrožení veřejného zdraví. Jde zejména o jeho možné nepříznivé sociální, zdravotní, trestně – právní, bezpečnostní a ekonomické dopady, jež mohou nepříznivě ovlivňovat zdravý vývoj jedinců i společnosti v širším společenském kontextu. (20)

Drogy jsou problémem, s nímž se dnes setkáváme prakticky na každém kroku. Pro někoho jsou záležitostí všední, pro jiného skrytá hrozba, pro dalšího třeba příležitost k velmi „slušnému“ výtěžku. Drogy se staly natolik trvalou součástí našeho života, že si

jejich přítomnost často příliš nepřipouštíme. Pokud ovšem nejde o drogy, jež jsou na rozdíl od alkoholu či nikotinu „nelegální“.

Mezi hlavní cíle současné politiky patří nejen snížení počtu uživatelů drog, ale i snížení dostupnosti drog nebo zvýšení přístupu k programům prevence a léčby. Snadná možnost obstarat si drogu je často považována za jednu z hlavních příčin rozšíření drogové problematiky v České republice. (20)

1.3.1 Příčiny vzniku drogové závislosti

S neustálým nárůstem zneužívání nejrůznějších látek je také nutné se pozastavit nad otázkami příčin vzniku drogové závislosti. Podílí se na ni celá řada faktorů, jejichž význam však není stejný. U každého jedince dominuje jiná a v různé intenzitě. Za základní faktory považujeme „látku samotnou, osobnost a sociální prostředí.“ (2)

Aby se droga mohla stát předmětem zneužívání, musí mít takové vlastnosti, které uspokojí požadavky toxikomana. Hlavní roli zde hraje psychotropní účinek ovlivňující lidskou psychiku a tolerance určité látky organismem. Za podstatné považujeme i způsoby aplikace, účinek látky, velikost dávky, rychlost nástupu účinku drogy, trvání účinku. Dalším činitelem jsou osobnostní charakteristiky na základě vrozených dispozic a vývojem dotvářené získané vlastnosti. Rizikovým obdobím bývá zpravidla puberta. (2)

Neméně důležitým faktorem, který formuje a ovlivňuje osobnost jedince je sociální prostředí. Vliv rodiny jako základního vzoru, školy provádějící primární prevenci nebo vztahy party a vrstevníků projevující stejné postoje a touhy.

Užívání drog může být také způsobeno jediným nebo kombinací čtyř faktorů „Bio – psycho – socio – spirituálního modelu pro vznik závislosti.“

1.3.2 *Stádia užívání vedoucí k závislosti*

1. Experiment

Experimentátor bere drogy s druhými, jen pokud je mu to nabídnuto, poznává euforické zážitky. Zdraví, průčeschnost a výkonnost narušeny nejsou. Tento druh užívání neovlivňuje ani finance dotyčného. V emocionální sféře převažuje zvědavost.

2. Stádium aktivního vyhledávání

Uživatel drog se sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu lidí a vytváří si vlastní zdroje a zásoby drog. Zdraví ještě většinou narušeno není, dostavují se „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita je tímto dotčena, utrácí již peníze za drogy. Na pocitové úrovni vyhledává slast, prožívá však i dysforie.

3. Stádium zaujetí drogou

Spotřeba drog narůstá, s tím i utrácené peníze za drogy, distancuje se od původního prostředí, mění své postoje. Objevují se poruchy výživy a spánku. Na pracovišti podává horší výkony, mívá výpadky, vypadá neupraveně, distancuje se od druhých. Utrácí nadměrné částky za drogy, zadlužuje se. Na pocitové úrovni jsou častá střídání nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy.

4. Stádium závislosti

Všichni přátelé berou drogy. Lže, krade, prodává drogy, vypůjčuje si peníze na dluh. Bere často sám a již vysoké dávky. Zdraví je narušeno mnohačetnými fyzickými i duševními problémy, mívá neupravený zevnějšek. Ztrácí práci, má výrazné finanční problém. Bere, aby se cítil normálně, překonává pocitu viny, je drogami plně zaujat. (21)

1.4 Rozdělení drog

Od nepaměti se lidé snažili ovlivňovat vlastní psychiku a vnímání. Sloužilo jim k tomu mnoho návykových látek s různými účinky, podle kterých se obvykle člení do několika skupin.

1.4.1 Alkohol

Právě alkohol je považován za nejrozšířenější drogu vůbec a alkoholismus hlavním problémem mnoha společností na celém světě. Alkohol (ethanol) je jednoduchá molekula, která vzniká kvašením cukrů, nejčastěji zneužíván ve formě alkoholických nápojů.

Důsledkem jeho požívání bývají onemocnění orgánů zejména játra a ledviny, degenerace mozku, apod. Psychické poruchy se u alkoholika mohou objevit jako součást abstinenčního syndromu (stav zvaný *delirium tremens*, příznačný hrozivými halucinacemi, neklidem, třesem, dezorientovaností, pocením, nevolností, zvracením, apod.) nebo jako potíže přicházející v průběhu chronického pití. Jedná se o vztahovačnost, podrážděnost, žárlivost, závažné poruchy paměti tzv. „okna“, alkoholickou demenci a těžké deprese se sebevražednými sklony. (18)

Mezi pozitivní důvody zneužívání alkoholu patří zvýšení sebevědomí, a výřečnost. To na úkor jeho nepříznivých účinků, jakými jsou sklony k agresivitě a kriminální delikvenci, nehledě na nezanedbatelné procento smrtelných nehod pod jeho vlivem.

1.4.2 Opiáty a opioidy

Do skupiny drog s tlumivými účinky řadíme všechny látky na morfinové bázi – heroin, kodein a další syntetické opiáty. Silně působí jako útlum centrálního nervového systému. S ním se dostavují kýžené pocity uvolnění, euforie a snížené vnímání bolesti (somatické i emocionální). Pro heroin je specifické hnědé nebo vzácněji bílé zbarvení v podobě jemného prášku, tudíž i jeho aplikace je většinou nitrožilní.

Opakovaným užíváním se vytváří velká fyzický i psychická závislost. Vysokým rizikem opiátů je předávkování, protože je jen malý rozdíl mezi dávkou účinnou a smrtelnou. Hlavními příznaky odvykacího stavu jsou opačné k účinkům opiátů. Projevují se bolestmi břicha, neklidem, nespavostí, reakce však může vyústit i v pocení, zvýšení teploty, pokles krevního tlaku, poruchy řeči, třes, nechutenství, kolaps. (4, 26)

1.4.3 *Kanabinoidy*

V ČR je třetí nejrozšířenější drogou po alkoholu a tabákových výrobcích marihuana a hašiš. Slangově jako tráva, joint, brko, mařka, špek, hulení, haš. (21)

Marihuana je poměrně vysoká (kolem 3 metrů) tmavě zelená rostlina se specifickým zápachem svých listů obsahující účinné látky THC (tetrahydrocannabinolu). Z její pryskyřice se lisují kostičky nebo hrudky zvané hašiš. Nejčastější užití je kouření ve formě jointu nebo přidáním do jídla a nápojů. (14)

Vyskytující se účinky jsou bušení srdce, třes, poškozeno je zrakové vnímání, reakční pohotovost, snižuje se koordinace pohybů, pocit zodpovědnosti. Dlouhodobém užívání s sebou nese poruchy v citové oblasti, depresi, poruchy paměti, jednání a pozornosti, může také docházet k duševním poruchám, které připomínají rozštěp osobnosti – schizofrenii. Střídají se stavy dobré nálady a plačtivosti, často jde o agrese zaměřené mimo vlastní osobnost, sebepoškozování nebo sebevraždy. (17)

O marihuaně se často vedou spory o tom, že je startovací drogou pro následné možné zneužívání tvrdších drog.

1.4.4 *Sedativa, hypnotika*

Sedativa (analgetika, barbituráty, benzodiazepiny) jsou látky tišící bolest působící přímo na centrální nervovou soustavu. Hypnotika (např. rohypnol) jsou oproti tomu látky vyvolávající ospalost a navozující spánek. Anxiolytika působí snížení či odstranění úzkosti. Akutní intoxikace vyvolá otravu spojenou s křečemi, poruchou vědomí i komatem. Dlouhodobé užívání vede k rizikům vzniku gastritidy, toxickému poškození jater nebo ledvin. (4)

Všechny tyto látky mají potenciální riziko vzniku závislosti. Ve většině případech jde o preparáty ve formě tablet, a z důvodů jejich působení na lidský organismus by se v žádném případě neměly kombinovat s alkoholem.

1.4.5 *Stimulancia*

Psychostimulancia jsou látky s budivým účinkem na CNS. Typickými zástupci této skupiny drog jsou amfetaminy – pervitin (efedrin), kokain (koka pravá). Jedná se o bílý krystalický prášek užíván šňupáním nebo intravenózně. Jejich účinky zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení, zahánějí únavu a chuť k jídlu, podporují euforii a velmi příjemný pocit tělesné i duševní síly. Navzdory tomu vyvolávají silnou psychickou závislost vyznačující se cravingem, fyzická není tak umocněná. Dlouhodobé užívání představuje velkou zátěž pro organismus, především pro kardiovaskulární systém. Psychiku mohou postihnout poruchy paměti, podrážděnost, deprese nebo tzv. toxická psychóza projevující se jako paranoidně-halucinatorní syndrom. (4)

Do skupiny stimulancí se řadí i různobarevné syntetické tablety extáze projevující se zvýšenou tělesnou aktivitou (zejména tancem), ale s rizikem přehřátí organismu, dehydratace, emočního otupení, zvýšení vztahovačnosti, deprese nebo sebevražedného chování.

1.4.6 *Halucinogeny*

Slangová pojmenování pro LSD jsou trip, kyselina, papírek a pro lysohlávky – houby, houbičky. LSD se nejčastěji vyznačuje různobarevnými obrázky na malých čtvercových papírkách. Významný faktor ovlivňující průběh intoxikace je tzv. „setting“ neboli duševní rozpoložení jedince při vstupu do opojení. K tomu vhodné podmínky proto mohou vyvolat buď velmi příjemný zážitek, nevhodné naopak bad trip – hororový průběh intoxikace. Obzvláště nepříznivý průběh intoxikace může způsobit trvalé poškození psychiky, nebo vést k úrazu. U LSD se typicky popisují tzv. „flashbacky“, kdy se vrací stav prožitý při intoxikaci, ale bez užití látky. Nebývají však příjemné.

Lyshlávky, malé houby se špičatou hlavičkou, obsahují velmi psychicky aktivní látku psylocibin. Pojídají buď přímo čerstvě utržené, nebo sušené v medu, pije se z nich odvar. Pozoruhodné je, že na tyto látky jako na všechny ostatní nevzniká závislost v souvislosti s odnětím drogy. (14, 26)

1.4.7 Těkavé látky

Drogově závislí na těkavých látkách jsou lidově označováni jako čičači. Užívání inhalačních drog má v ČR poměrně dlouholetou tradici. Zneužívané látky – průmyslová rozpouštědla, ředidla (toluen, trichlorethylen, benzen), benzín a další nebo éter a rajský plyn jsou převážně domácí výroby. (21)

Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku, ale všechny mají stejně vliv na CNS, projevující se euforií, tlumivým účinkem i sluchovými a zrakovými halucinacemi. Při delším užívání dochází k celkovému otupění (hloupnutí), poruchám emotivity a chování, agresivitě, poškození jater, ledvin a dýchacích cest. Toluen vyvolává silnou psychickou závislost, v důsledku čehož „fetují“ prakticky denně a nejsou schopni jakéhokoliv zaměstnání a postupně dochází k degradaci osobnosti. (4)

1.5 System péče a léčby v oblasti drogových závislostí

V České republice je v současnosti již relativně komplexní systém služeb od primární prevence přes programy, kde pracují s klienty, kteří aktuálně užívají drogy, až po léčebná zařízení a doléčování. (25)

Základní typy péče v oblasti sociálně patologických jevů jsou primární prevence, terénní programy – harm reduction, kontaktní centra, substituční léčba, detoxifikace, léčebné programy, doléčování. Uvádím zde 2 typy zařízení, které souvisejí se sběrem dat pro výzkumnou část mé práce.

Ambulantní (docházkové) programy, ve kterých terapeut (psycholog, psychiatr, jiný specializovaný odborník) poskytuje péči především prostřednictvím poradenství a psychoterapie. Zde hledají možné příčiny užívání, které by bylo možné ovlivnit, rizikové faktory a cesty, jak předejít dalším selháním.

Pokud nelze zvládat problémy ambulantně, existují zařízení s lůžky, kde závislý na určitý čas bydlí. Program zde bývá upraven léčebným režimem, v němž má svou významnou roli i skupina klientů. Naprostá změna životního stylu, učení se novým (i starým) dovednostem a zdravějšímu způsobu jednání a komunikace jsou některé z obecných metod těchto zařízení. (1)

- Kontaktní centrum Znojmo
- Psychiatrické oddělení Jemnice

1.5.1 K-centrum Netopeer, Znojmo

Je službou kontaktní a poradenské práce a další pomoci uživatelům drog v kontaktní místnosti i v jejich přirozeném prostředí formou terénní práce. Služba je v zásadě bezplatná a je určena:

- především těm, kteří užívají injekčně, rizikově
- především těm, kteří užívají opiáty, stimulancia, těkavé látky
- mladistvým, rekreačním uživatelům drog
- uživatelům drog mimo síť existujících služeb
- těm, kteří potřebují následnou podporu ve svém přirozeném prostředí po léčbě nebo zahájení abstinence
- poradenské služby jsou poskytovány také rodinným příslušníkům, přátelům, partnerům (28)

Za základní cíle si kontaktní centrum klade: zlepšení zdravotní i sociální situace uživatelů drog a prevenci infekčních onemocnění a šíření těchto nemocí.

Mezi základní čtyři principy těchto služeb považujeme bezodkladnost, nízkoprahovost a veřejnou přístupnost, dodržení ochrany anonymity klienta

a mlčenlivost. Neméně důležitými jsou i nediskriminující přístup, aktivní vyhledávání klientů a spolupráce s ostatními službami.

Služba nabízí:

- kontaktní a poradenskou práci v kontaktní místnosti i terénu včetně krátkodobého vedení případu (individuální, rodinnou, partnerskou)
- základní poradenství a výměnný program injekčních setů a dalšího zdravotnického materiálu
- pomoc v krizových situacích
- pomoc v zajištění základního zdravotnického ošetření
- sociální podporu - formami moderní sociální práce (poradenství, asistence), základní podporu formou potravinové a hygienické pomoci
- práci s klienty ve výkonu trestu
- následnou podporu klientů po léčbě
- terénní program v lokalitách Znojma
- program práce s informacemi o tématu pro veřejnost
- program podporovaného zaměstnávání (28)

1.5.2 Psychiatrická léčebna Jemnice

Léčba na oddělení závislostí může probíhat formou detoxifikačního pobytu (1 – 2 týdny, výjimečně déle), krátkodobého (6 týdnů) nebo střednědobého pobytu (12 týdnů). Je založena na principech terapeutické komunity, tudíž se celý program odehrává v komunitním prostředí – skupinová a komunitní psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, přednášky, volnočasové aktivity. Důležitou součástí léčby je zvládání některých rolí s větší zodpovědností za chod oddělení či léčebny – příslužba v kuchyni, služba na detoxu, spoluvedení komunity a skupiny. (29, 30)

Základními principy jejího fungování jsou aktivní podíl členů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl členů na rozhodování, kolektivnost, sociální učení, při kterém dostává člen komunity zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé.

Léčba je dobrovolná a je určena pro ženy a muže od 15 let s diagnózou škodlivého užívání nebo závislosti na alkoholu, nealkoholových drogách a pro hazardní hráče. (29)

Celou léčbu lze rozdělit do několika etap:

- pobyt na detoxifikační jednotce, který absolvuje každý klient po přijetí, neboť u části hospitalizovaných se na počátku léčby dostavují abstinенční příznaky.
- pobyt na psychoterapeuticko – režimovém oddělení (slouží jako adaptace na komunitu)
- otevřená práce ve skupinách (pokouší se hledat cesty k řešení svých problémů)
- závěrečné období, v němž se dotyčný orientuje na budoucnost a plánuje konkrétní doléčovací programy. (16)

Aby mohla léčebna fungovat užitečně a efektivně, platí zde určitá pravidla, která je nutno dodržovat. Mezi zcela základní pravidla, jejichž nedodržování není slučitelné s pobytem v naší léčebně, patří:

- udržování bezdrogového prostředí – jakékoli porušení abstinence během léčby či jakákoli manipulace s drogou povedou k předčasnému propuštění z léčby
- spolupráce při všech terapeutických aktivitách
- zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevů rasismu
- zákaz sexuálních kontaktů zde v léčebně (30)

Během léčby klienty směřovat k následujícím cílům:

- připustit si bez příkras plný rozsah problémů, které vznikly v důsledku závislosti
- přijmout jako jedinou možnou cestu důslednou a trvalou abstinenci
- zřeknout se rizikových známostí, rizikového životního stylu
- hovořit otevřeně na skupinách o svých problémech
- přejímat zpět zodpovědnost za své působení ve všech životních situacích
- změnit systém životních hodnot
- najít si zpět místo v rodině, ve společnosti (30)

1.6 Drogy a nemoci

Jakékoli drogy vždy přináší nějaká zdravotní rizika, které se úzce vztahují k frekvenci užívání. Tento indikátor tak má velký význam pro určení do jaké míry je či není užívání drog v dané populaci problematické. Může se jednat o akutní stavy při intoxikaci drogou, o potíže způsobené už po jednorázovém užití nebo poškození organismu po delším užívání. (20, 25)

1.6.1 HIV, AIDS

HIV je virus, který způsobuje ztrátu obranyschopnosti (imunity) člověka před nejrůznějšími infekcemi. Tento virus napadá určitou skupinu bílých krvinek, které mají důležitou úlohu v imunitním systému lidského organismu. Virus se v nich množí, poškozuje jejich funkci a nakonec je i usmrcuje, což vede k úplné ztrátě imunity a ke vzniku onemocnění AIDS (syndrom získaného imunodeficitu). V podstatě se jedná o konečné stadium infekčního onemocnění. Napadený organismus se stává vnímavým k celé řadě dalších infekcí a nádorovým onemocněním. Existují 3 způsoby přenosu nákazy: nechráněným pohlavním stykem, krevní cestou, injekčním užíváním drogy (hlavně společným používáním jehel, injekčních stříkaček a roztoku drogy) nebo z infikované matky na plod. (25)

1.6.2 Hepatitida

Hovorově označována jako „žloutenka“ je mezi drogově závislými značně rozšířená. Jedná se o zánětlivé onemocnění jater, kde jsou hlavním původcem viry. Virové hepatitidy jsou označovány písmeny A, B, C, D a E. Všechny uvedené typy se mohou přenášet krví a sexuálním stykem, typ A se přenáší i ústy. Hepatitida může probíhat ve dvou základních formách - akutně a chronicky. Chronická infekce, nejčastěji u typu B, C zvyšuje riziko cirhózy a rakoviny jater. (11)

1.6.3 *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19)*

Definice podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

„Různé psychotické fenomény, které se vyskytnou v průběhu užívání nebo jako následek abúzu psychoaktivní látky, které nejsou důsledkem samotné akutní intoxikace nebo součástí odvykacího stavu.“ Poruchy je charakteristické halucinacemi (typicky sluchovými, ale často je zasaženo více smyslů), narušením vnímání, bludy (často paranoidními nebo perzekučními), psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stupor) a abnormálními emocemi (od strachu až po extázi). Vnímání je obvykle jasné, nicméně někdy se může projevit stupeň zostřeného vědomí. (12)

Pod značkami F10, F 11, F 12, ...– F19 jsou označeny „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu; opioidů; kanabinoidů; sedativ nebo hypnotik kokainu; stimulantů včetně kofeinu; halucinogenů; tabáku; prchavých rozpustidel; více drog a jiných psychoaktivních látek. (31)

1.6.4 *Psychické důsledky závislosti*

Zneužívání omamných a psychotropních látek zasahuje nejen do oblasti zdravotní a sociální, ale závislost se v komplexu podepisuje na celé osobnosti jedince, mění jeho psychické reakce, procesy i vlastnosti. U závislé osoby dochází v následujících psychosociálních oblastech k výrazným změnám:

- Emoční prožívání je deformováno, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý člověk bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům. Často se objevují neurotické projevy jako napětí, pocity nejistoty, úzkosti až panické ataky, fobické stavy.

- Kognitivní oblast – dlouhodobé užívání psychoaktivní látky zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, prodlužuje reakční čas, zhoršuje paměťové funkce a v může vést až k demenci.

- Mění se hierarchie hodnot, která ovlivňuje autoregulaci jedince. Ten nemá dostatek vůle k překonání obtíží, s nimiž je užívání drog spojeno. Nebývá schopen potřebného sebeovládání, i když by si přál dávku alespoň nezvyšovat. Po určité době přestává pociťovat vinu za své jednání a jediným cílem se stává získání drogy a její aplikace.

- Dochází k narušení životního stylu člověka, který návykovou látku zneužívá. Droga život výrazně ochuzuje, takže ač se jedinec zpočátku snažil o zpestření, dostává se paradoxně do ještě většího stereotypu, než tomu bylo dříve. Život se zredukuje na obstarávání dávky, aplikaci drogy, mizení příznaků intoxikace, obstarávání další dávky a stále dokola. Dosavadní život závislého jedince tak postupně upadá. (22)

1.7 Drogy a rodina

1.7.1 Rizikové a projektivní faktory vzniku závislosti v rodině

V rodině závislého lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů. Jinými slovy, rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému.

Z rizikových faktorů jsou to např. výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů může zvýšit riziko jakékoliv návykové choroby u dětí; neexistují jasná pravidla týkající se chování dítěte; nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, nedostatečné citové vazby dítěte; nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání nebo sexuální zneužívání dítěte; schvalování pití alkoholu a užívání drog; malá očekávání od dítěte a podceňování ho; špatné duševní a společenské fungování rodičů; vážná duševní choroba rodičů; časté stěhování rodiny; apod.

K projektivním činitelům patří např. přiměřená péče, dostatek času na dítě, pevné citové vazby dítěte; jasná pravidla, týkající se chování dítěte a přiměřený dohled; rodiče pomáhají dítěti přijmout pozitivní hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat; rodiče na výchově spolupracují a umí s dítětem o návykových látkách hovořit; existují přiměřená a jasná očekávání od dítěte; rodina vůči němu projevují respekt, důvěru, umí mu naslouchat; je zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte; rodiče pomáhají dítěti nacházet dobré zájmy a společně tak předcházejí nudě; dobré mezigenerační vztahy a kvalitní spolupráce mezi generacemi; posilují sebevědomí dítěte. (8, 12)

1.7.2 Jak mohou rodina a blízcí pomoci při léčbě

Podíl rodiny na úspěchu léčby je dosti značný. Prvním úkolem rodičů a blízkých je přesvědčit závislé na drogách o nutnosti léčby. Toxikoman se tomu obvykle brání a používá všechny možné způsoby, aby nátlaku zabránil a mohl užívání prodlužovat co nejdéle. Terapeutické programy dnes již zahrnují systematickou spolupráci s rodinou a je více než vhodné se s touto formou přístupu seznámit. Závislý člen rodiny potřebuje od svých blízkých především otevřenost – a sám je jí také učit. Odvaha řešit problémy otevřeně může být pro něj velmi důležitá. (1)

Rodinná terapie patří k podstatným prvkům efektivních léčebných programů. Práce s rodinou je mimořádně důležitá hlavně u dětí a dospívajících. Vhodná je všude tam, kde jsou ještě alespoň částečně zachovány rodinné vztahy. Prospěšná bývá nejen pro samotného klienta, ale i pro jeho okolí. O její účinnosti při léčbě závislostí existují experimentální doklady. Terapie je založena na různých teoretických východiscích – kognitivně – behaviorální, systémová, strategická rodinná terapie. Rodina může být zdrojem masivní patologie a četných problémů, ale i velké emoční podpory. Fungující původní rodina zmírňuje dopad nadměrného stresu a rodinné vztahy často motivují k léčbě a k pozitivní změně. Partneři těchto klientů jsou často na drogách závislí také, proto jejich partnerské vztahy bývají křehké, snadno se rozpadají a partneři na konstruktivní spolupráci nemívají většinou velký zájem. (12)

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je standardizovanými metodami doložit rozdíly v kvalitě života u drogově závislých osob, jejich rodinných příslušníků od zdravé populace. Analyzovat rozdíly subjektivního vnímání kvality života obou pohlaví.

2.1 Hypotézy

H1: Kvalita života u drogově závislých a jejich rodin je nižší než u všeobecné populace.

H2: Kvalita života u drogově závislých a jejich rodinných příslušníků se liší v závislosti na pohlaví.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Ke zjištění údajů byl zvolen výzkum kvantitativního charakteru. Ke sběru dat byl použit standardizovaný anonymní dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL).

Dotazník SF-36 byl navržen k použití v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, k porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Položky dotazníku jsou postavené tak, že „vyšší skóre“ signalizuje lepší HRQoL. Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. „Nižší skóre“ SF-36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění nebo kontakt s lékařem v posledních 2 týdnech. (3, 24)

Odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny statisticky. Výsledky umožní mezinárodní a regionální srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami.

Hypotheticky optimální stav je dosažených 100 % v každé doméně. Taková populace ale neexistuje, proto je nutné stanovit „normály“.

Oxford - evropský normál výsledků pro 8 domén HRQoL, v metodě SF-36:

Fyzické funkce	88,40
Fyzické omezení rolí	85,82
Emoční omezení rolí	82,93
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	88,01
Bolest	81,49
Duševní zdraví	73,77
Vitalita	61,13
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52 (15)

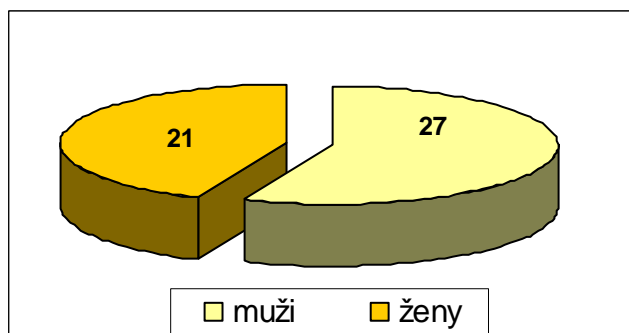
3.2 Výzkumný soubor

Dotazníková studie byla provedena ve výběrovém souboru 88 respondentů v Kontaktním centru ve Znojmě a Psychiatrické léčebně Jemnice. Vztahovala se na závislé klienty i jejich rodinné příslušníky.

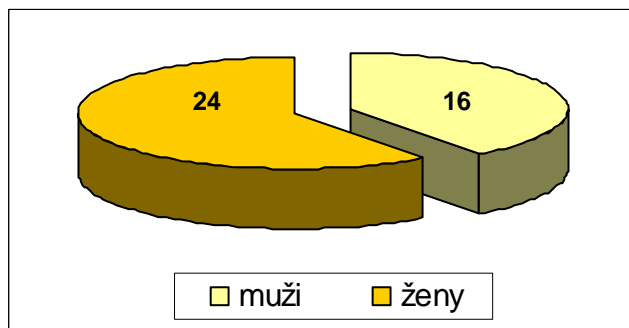
Respondenti vyplňovali standardizovaný dotazník samostatně. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost činila 88 %, u závislých klientů 96 %, u rodinných příslušníků 80 %.

Poté byly všechny odpovědi předány do pořizovače dat a odeslány na příslušné pracoviště EMA services, s.r.o., kde byly zpracovány do podoby přehledu 8 domén HRQoL podle SF-36. Následně byly u každé domény stanoveny aritmetické průměry a porovnány s evropskými standardy při 5 % hladině statistické významnosti.

Závislí klienti	Vráceno celkem 48
Muži	27
Ženy	21



Rodinní příslušníci	Vráceno celkem 40
Muži	16
Ženy	24



4 VÝSLEDKY

4.1 Popis zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor je tvořen dvěma skupinami, a to drogově závislými osobami a jejich rodinnými příslušníky. Porovnávala jsem rozdíl mezi pojetím kvality života drogově závislých mužů a žen a jejich rodinných příslušníků obou pohlaví.

4.2 Vyhodnocení výsledků

Počítala jsem s těmito proměnnými:

Health Related Quality of Life = Kvalita života podmíněná zdravím

Oxford Healthy Life Survey = Evropský normál výsledků v 8 doménách HRQoL

x = výsledné průměry zkoumaných respondentů v jednotlivých doménách

u - kritická = hodnota souboru na 5% hladině statistické významnosti

% = procentuální vyjádření výsledných hodnot

4.2.1 Vysvětlivky zkratk v tabulkách:

PF = fyzické funkce

RP = fyzické omezení rolí

RE = emoční omezení rolí

SF = fyzické a emoční omezení sociálních funkcí

P = bolest

MH = všeobecné duševní zdraví

EV = vitalita

GHP = vnímání vlastního zdraví

Tabulka č. 1 – Drogově závislí v porovnání s Oxfordem

Specimen 1:	Drogově závislí							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	76,88	33,33	29,17	40,63	46,76	44,42	41,15	42,50
s ²	211,07	659,72	723,38	387,37	586,21	262,16	215,87	322,92
s	14,53	25,69	26,90	19,68	24,21	16,19	14,69	17,97
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	5,47	14,11	13,80	16,64	9,92	12,52	9,38	11,91
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	86,97	38,84	35,17	46,12	57,38	60,21	67,32	57,81

u – kritická = 1,66

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 1 jsou zaznamenány jednotlivé domény kvality života všech 48 drogově závislých respondentů v porovnání s evropským standardem Oxford.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **86,97 %**, při u – shledané 5,47. Potvrzují, že daný jev je **statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **38,84 %**, při u – shledané 14,11. Shledávám daný jev je **vysoce statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **35,17 %**, při u – shledané 13,80. Potvrzuji, že tento **jev je vysoce statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **46,12 %**, při u – shledané 16,64. Potvrzuji tedy, že tento **jev je vysoce statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **57,38 %**, při u – shledané 9,92. Shledávám tedy **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **60,21 %**, při u – shledané 12,52. Potvrzuji, že daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **67,32 %**, při u – shledané 9,38. Potvrzuji, že daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **57,81 %**, při u – shledané 11,91. Shledávám daný **jev jako statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

Všechny domény jsou statisticky významné na 5% hladině významnosti. Tudiž žádná z osmi domén nebyla pod hladinou statistické významnosti. V doméně Fyzické funkce se dokonce nejvíce přiblížili dosaženým 86,97 % evropskému standardu Oxford, který činí 100 %.

Tabulka č. 2 – Drogově závislí muži v porovnání s Oxfordem

Specimen 1:	Drogově závislí - MUŽI							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	77,41	25,00	27,16	40,74	43,62	45,93	42,59	46,11
s ²	200,69	601,85	661,48	273,06	502,29	245,77	182,17	298,77
s	14,17	24,53	25,72	16,52	22,41	15,68	13,50	17,28
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
u	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
	4,02	12,85	11,24	14,83	8,77	9,21	7,11	8,22
%	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
	87,57	29,13	32,75	46,29	53,53	62,26	69,67	62,72

u – kritická = 1,68

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 2 jsou popsány jednotlivé domény kvality života drogově závislých mužů ve srovnání s evropským standardem.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **87,57 %**, při u – shledané 4,02. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **29,13 %**, při u – shledané 12,85. Shledávám daný **jev jako vysoce statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **32,75 %**, při u – shledané 11,24, jež činí tento **jev vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **46,29 %**, při u – shledané 14,83. Potvrzují **jev vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **53,53 %**, při u – shledané 8,77. Shledávám, že daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **62,26 %**, při u – shledané 9,21. Tento **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **69,67 %**, při u – shledané 7,11. Potvrzují **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **62,72 %**, při u – shledané 8,22, což činí daný **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

Téměř všechny domény jsou vysoce statisticky významné na 5% hladině významnosti. V doméně Fyzické funkce se dokonce nejvíce přiblížili 87,57 % evropskému standardu Oxford.

Tabulka č. 3 – Drogově závislé ženy v porovnání s Oxfordem

Specimen 1:	Drogově závislí - ŽENY							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	77,14	22,62	23,81	41,07	41,80	44,57	42,14	47,38
s ²	203,74	589,57	650,04	210,46	433,92	235,10	182,31	261,00
s	14,27	24,28	25,50	14,51	20,83	15,33	13,50	16,16
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	3,61	11,91	10,61	14,80	8,72	8,71	6,43	7,40
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	87,26	26,36	28,71	46,67	51,29	60,42	68,94	64,45

u – kritická = 1,68

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 3 jsou popsány jednotlivé domény kvality života drogově závislých žen ve srovnání s evropským standardem Oxford.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **87,26 %**, při u – shledané 3,61. Shledávám daný **jev je statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **26,36 %**, při u – shledané 11,91. Shledávám **jev jako vysoce statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **28,71 %**, při u – shledané 10,61. Potvrzují tento **jev vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **46,67 %**, při u – shledané 14,80. Logicky vyplývá, že je **jev vysoce statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **51,29 %**, při u – shledané 8,72 činí **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **60,42 %**, při u – shledané 8,71. Potvrzují **jev jako statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **68,94 %**, při u – shledané 6,43. Shledávám **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **64,45 %**, při u – shledané 7,40. Potvrzují, že daný **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

Všech 8 domén je statisticky významným hlediskem na 5% hladině významnosti. Jen v první doméně Fyzické funkce se průměrné skóre nejvíce snížilo k 5% hladině významnosti.

Tabulka č. 4 – Drogově závislí muži v porovnání s drogově závislými ženami

Specimen 1:	Drogově závislí – MUŽI							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	77,41	25,00	27,16	40,74	43,62	45,93	42,59	46,11
s ²	200,69	601,85	661,48	273,06	502,29	245,77	182,17	298,77
s	14,17	24,53	25,72	16,52	22,41	15,68	13,50	17,28
Specimen 2:	Drogově závislí – ŽENY							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	77,14	22,62	23,81	41,07	41,80	44,57	42,14	47,38
s ²	203,74	589,57	650,04	210,46	433,92	235,10	182,31	261,00
s	14,27	24,28	25,50	14,51	20,83	15,33	13,50	16,16
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,06	0,34	0,45	0,07	0,29	0,30	0,11	0,26
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	100,35	110,52	114,07	99,2	104,35	103,05	101,07	97,32

u – kritická = 1,68

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 4 je zaznamenáno 8 domén kvality života drogově závislých mužů v porovnání s drogově závislými ženami.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **100,35 %**, při u – shledané 0,06 se potvrzuje, že daný **jev není statisticky významný na 5% hladině významnosti**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **110,52 %**, při u – shledané 0,34. Shledávám, že daný **jev není statisticky významný**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **114,07 %**, při u – shledané 0,45 z čehož vyplývá, že tento **jev spadá pod hladinu 5% významnosti**.
- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **99,2 %**, při u – shledané 0,07. Utvrzují tak **jev statisticky nevýznamným**.
- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **104,35 %**, u – shledaná je 0,29, což činí tento **jev je statisticky nevýznamným níže pod 5% hladinou významnosti**.
- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **103,05 %**, při u – shledané 0,30. Potvrzují, **jev jako statisticky nevýznamný pod 5% hladinou významnosti**.
- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **101,07 %**, při u – shledané 0,11. Z toho vyplývá, že **jev není statisticky významný. Tudíž je pod hladinou 5% významnosti**.
- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **97,32 %**, při u – shledané 0,26. Potvrzují, že daný **jev je statisticky nevýznamný**.

Všechny z domén jsou označeny jako statisticky nevýznamné, protože se vyskytují pod 5 % hladinou významnosti.

Tabulka č. 5 – Rodinní příslušníci v porovnání s Oxfordem

Specimen 1:	Rodinní příslušníci							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	80,63	50,00	42,50	63,75	68,61	58,20	49,00	54,88
s ²	318,98	1437,50	1277,08	678,13	875,85	373,56	567,75	666,86
s	17,86	37,91	35,74	26,04	29,59	19,33	23,83	25,82
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	2,75	5,97	7,14	5,88	2,75	5,09	3,21	4,56
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	91,21	58,26	51,25	72,43	84,19	78,89	80,16	74,65

u – kritická = 1,66

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 5 jsou zaznamenány jednotlivé domény kvality života všech rodinných příslušníků ve srovnání s evropským standardem Oxford.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **91,21 %**, při u – shledané 2,75. Tento jev se jeví jako **statisticky významný na 5% hladině významnosti**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **58,26 %**, při u – shledané 5,97. Shledávám jev **vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **51,25 %**, při u – shledané 7,14. Posuzuji daný **jev vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **72,43 %**, při u – shledané 5,88 a tím činí **jev statisticky významným.**

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **84,19 %**, při u – shledané 2,75. Shledávám **jev jako statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **78,89 %**, při u – shledané 5,09 a tento **jev je tedy statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **80,16 %**, při u – shledané 3,21. Potvrzuji **jev statisticky významným.**

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **74,65 %**, při u – shledané 4,56, jenž činí **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti.**

Každá z domén tvoří statistickou důležitost na 5% hladině významnosti. Dohromady jsou tvořeny aritmetickým průměrem číslem 4,67 vůči u- kritické 1,66.

Tabulka č. 6 – Rodinní příslušníci muži v porovnání s Oxfordem

Specimen 1:	Rodinní příslušníci -MUŽI							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	78,75	50,00	54,17	65,63	63,89	59,00	46,25	54,06
s ²	407,81	1093,75	1232,64	556,64	949,07	401,00	504,69	685,06
s	20,19	33,07	35,11	23,59	30,81	20,02	22,47	26,17
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	1,91	4,33	3,27	3,79	2,28	2,95	2,65	2,97
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	89,08	58,26	65,32	74,57	78,4	79,98	75,66	73,53

u – kritická = 1,70

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 6 jsou sledujeme 8 domén kvality života rodinných příslušníků mužů ve srovnání s Oxfordem.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **89,08 %**, při u – shledané 1,91. Shledáme **jev je statisticky významný těsně u 5% hladiny významnosti**.

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **58,26 %**, při u – shledané 4,33. Tento **jev se jeví jako statisticky významný**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **65,32 %**, při u – shledané 3,27. Můžeme jev pojmout **statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **74,57 %**, při u – shledané 3,79. Potvrzují, že daný jev je **statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **78,4 %**, při u – shledané 2,28. Ze skóre vyplývá, že daný jev je **statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **79,98 %**, při u – shledané 2,95. Potvrzují jev **statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **75,66 %**, při u – shledané 2,65. Je zřejmé, že je **jev statisticky významným**.

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **73,53 %**, při u – shledané 2,97, což daný jev **potvrzuje statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

Všechny domény jsou statisticky významné na 5 % hladině významnosti. V první doméně - Fyzické funkce - se dokonce nejvíce shoduje s hodnotou u- kritické 1,70.

Tabulka č. 7 – Rodinní příslušníci ženy v porovnání s Oxfordem

Specimen 1:	Rodinní příslušníci -ŽENY							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	78,33	43,75	45,83	62,50	63,43	58,83	45,42	53,13
s ²	340,97	1106,77	1556,71	690,10	889,70	331,31	574,83	703,78
s	18,47	33,27	39,46	26,27	29,83	18,20	23,98	26,53
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	2,67	6,19	4,60	4,75	2,96	4,02	3,21	3,76
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	88,61	50,98	55,26	71,01	77,84	79,75	74,3	72,27

u – kritická = 1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 7 jsou popsány jednotlivé domény kvality rodinných příslušníků žen ve srovnání s Oxfordem.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **88,61%**, při u – shledané 2,67. Shledávám proto daný **jev jako statisticky významný na 5% hladině významnosti**.
- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **50,98 %**, při u – shledané 6,19. Potvrzují **jev vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **55,26 %**, při u – shledané 4,60, proto je daný **jev shledán jako statisticky významný**.

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **71,01 %**, při u – shledané 4,75, jež činí tento **jev vysoce statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **77,84 %**, při u – shledané 2,96. Potvrzují **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **79,75 %**, při u – shledané 4,02. To činí **jev statisticky významným**.

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **74,3 %**, při u – shledané 3,21. Tento **jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti**.

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **72,27 %**, při u – shledané 3,76, jenž shledává **jev statisticky významným na 5% hladině významnosti**.

Všech 8 domén je statisticky významnou částí na 5% hladině významnosti. První doména Fyzické funkce se průměrné skóre nejvíce přiblížila k 5% hladině významnosti.

Tabulka č. 8 – Rodinní příslušníci muži v porovnání rodinných příslušníků žen

Specimen 1:	Rodinní příslušníci -MUŽI							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	78,75	50,00	54,17	65,63	63,89	59,00	46,25	54,06
s ²	407,81	1093,75	1232,64	556,64	949,07	401,00	504,69	685,06
s	20,19	33,07	35,11	23,59	30,81	20,02	22,47	26,17
Specimen 2:	Rodinní příslušníci -ŽENY							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	78,33	43,75	45,83	62,50	63,43	58,83	45,42	53,13
s ²	340,97	1106,77	1556,71	690,10	889,70	331,31	574,83	703,78
s	18,47	33,27	39,46	26,27	29,83	18,20	23,98	26,53
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,07	0,58	0,70	0,39	0,05	0,03	0,11	0,11
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	100,54	114,29	118,2	105	100,73	100,29	101,83	101,75

u – kritická = 1,70

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 8 je zaznamenáno 8 domén kvality života rodinných příslušníků mužů v porovnání s rodinnými příslušníky ženami.

- V první doméně – **Fyzické funkce** – dosahují průměrného skóre **100,54 %**, při u – shledané 0,07 Shledávám, že daný **jev není statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

- Ve druhé doméně – **Fyzické omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **114,29 %**, při u – shledané 0,58. Z toho vyplývá, že **jev není statisticky významný a nachází se pod 5% hladinou významnosti.**

- Ve třetí doméně – **Emoční omezení rolí** – dosahují průměrného skóre **118,2 %**, při u – shledané 0,70. Potvrzují fakt, že tento **jev spadá pod hladinu 5 % významnosti**.

- Ve čtvrté doméně – **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** – dosahují průměrného skóre **105 %**, při u – shledané 0,39. Daný jev se tak ukazuje jako **statisticky nevýznamný**.

- V páté doméně – **Bolest** – dosahují průměrného skóre **100,73 %**, při u – shledané 0,05, činí se **jev jako statisticky nevýznamným níže pod 5% hladinou významnosti**.

- V šesté doméně – **Všeobecné duševní zdraví** – dosahují průměrného skóre **100,29 %**, při u – shledané 0,03. Tudíž shledávám **jev jako statisticky nevýznamný nejnižší pod 5% hladinou významnosti**.

- V sedmé doméně – **Vitalita** – dosahují průměrného skóre **101,83 %**, při u – shledané 0,11. Z čehož vyplývá, že **jev není statisticky významný a nachází se pod 5% hladinou významnosti**.

- V osmé doméně – **Vnímání vlastního zdraví** – dosahují průměrného skóre **101,75 %**, při u – shledané 0,11. Potvrzují, že daný **jev není statisticky významný**.

Všechny domény jsou označeny jako statisticky nevýznamné, protože se nacházejí pod 5 % hladinou významnosti.

5 DISKUZE

Za cíl ve své bakalářské práci jsem si stanovila doložit rozdíly v kvalitě života u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků od zdravé populace. Vycházela jsem z hypotéz, že kvalita života u drogově závislých a jejich rodin je nižší než u všeobecné populace a zároveň se liší v závislosti na pohlaví.

Pro získání potřebných dat o kvalitě života osob drogově závislých i jejich rodin jsem zvolila kvantitativní metodu, a sice způsob dotazníkového šetření. Za nejvhodnější metodu výzkumné části práce považuji koncept HRQoL – „Kvalita života podmíněná zdravím“, jehož nástrojem ke zjištění kvality života je dotazník typu SF-36, který se svými jedenácti otázkami zaměřuje na zkoumání celkového fyzického, psychického, tak i emocionálního zdravotního stavu. Tímto složením podtrhuje ideální komplexnost a multidimenzionalitu zkoumané šíře v pojetí kvality života jak ve své práci uvádí Svobodová (19)

Výzkumu se zúčastnilo celkem 48 probandů závislých na drogách a 40 respondentů z řad jejich rodinných příslušníků, což z původně zamýšlených 100 dotazníků činí 88% návratnost.

Při vyhodnocení se mezi sebou porovnávalo 8 domén, mající podhalit rozdíly mezi normály západoevropského vzorku a výsledky zkoumaného souboru pro středoevropský region, jak předkládá Petr. (27)

Předpoklad pro optimální zdravotní stav každého jedince by měl dosahovat 100 % v každé doméně. Takový druh však v žádné populaci na světě neexistuje, proto jsou za normativní reprezentativní data pro evropskou populaci považována ta ze studie provedené v letech 1991/1992 v Oxfordu, jak uvádí Jenkinson. (3)

Ze získaných výsledků ve výzkumné části jsem vypočítala procentuální rozdíl svého zkoumaného souboru, který jsem následně porovnávala vůči obecně platnému standardu, za který tedy považujeme hodnotu 100 %. Tímto způsobem byly rozdíly srovnány i mezi pohlavím obou zkoumaných souborů.

V prvním zkoumaném souboru hodnocení kvality života u osob drogově závislých vůči standardu vykazují probandi v 7 doménách výrazně nižší kvalitu života než je tomu u zdravé populace. Největší rozdíly se objevily u domén (RP) fyzické omezení rolí, (RE) emoční omezení rolí a (SF) fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, kde nedosáhly ani poloviny průměrného skóre s evropským standardem. Jen doména (PF) fyzické funkce se nejvíce přiblížila 100 %, z čehož vyplývá, že je zdravotní stav ve fyzické kondici narušen nejméně oproti ostatním funkcím, které osoby pod vlivem návykových látek nedokáží zastávat tak jako běžně zdravá populace jak je uvedeno v kapitole 1.6.4 od autorky Záhorské. (22)

Tento zkoumaný jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.
(viz. Tabulka č. 1)

V porovnání drogově závislých mužů a drogově závislých žen oproti standardu se prokazují jen nepatrné rozdíly, kdy v obou případech je kvalita života viditelně zhoršená pod 50 % ve srovnání s Oxfordem jen ve třech doménách – (RP), (RE) a (SF). V ostatních z domén – (P) bolest, (MH) všeobecné duševní zdraví, (EV) vitalita a (GHP) vnímání vlastního zdraví se pohybuje u obou pohlaví stejně v podobném rozmezí od 52 do 69 %. Pouze u (PF) fyzické funkce se drogově závislí muži i ženy, opět srovnatelným skóre, nejbližší přiblížili evropskému standardu.
(viz. Tabulka č. 2, 3 a 4)

Z dotazníkového šetření, kde jsem porovnávala kvalitu života u rodinných příslušníků drogově závislých osob vůči referenčnímu souboru Oxford, jasně vyplývá statisticky významný jev na 5% hladině významnosti. A sice, že kvalita jejich života je oproti zdravé populaci snížena právě v souvislosti s výskytem drogově závislé osoby v jejich nejbližším okolí, jak uvádí ve výzkumné části také Zdražilová. (16)

Nejvíce jsou postiženy domény (RP) fyzické omezení rolí, (RE) emoční omezení rolí, u nichž průměrné skóre přesahuje jen něco málo přes polovinu referenčního standardu. U zbývajících 5 domén (fyzické a emoční omezení sociálních

funkcí, bolest, všeobecné duševní zdraví, vitalita a vnímání vlastního zdraví) se subjektivní vnímání kvality života pohybuje v průměru 78 % ku Oxfordu. Výjimkou tvoří doména (PF) fyzické funkce, která je téměř shodná s „tzv. normálem“ průměrného skóre. (viz. Tabulka č. 5)

Ve srovnání rozdílů vnímání kvality svého života mezi pohlaví (tedy mužů a žen) vůči Oxfordu shledávám rozdíly ve druhé a třetí doméně standardizovaného dotazníku SF-36. Jsou zastoupeny v podobě (RP) fyzického omezení rolí a (RE) emočního omezení rolí, kde se od sebe liší jen v 10 % z daného normálu považovaného za hodnotu 100. Tento rozdíl se tedy jeví statisticky nevýznamným níže pod 5% hladinou významnosti.

V ostatních 6 doménách (fyzické funkce, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, všeobecné duševní zdraví, vitalita a vnímání vlastního zdraví) se muži i ženy pohybovali na hranici průměru 77,8 % ku Oxfordu, což potvrzuje jev statisticky významným na 5% hladinou významnosti. (viz. Tabulka č. 6, 7 a 8)

Tímto potvrzuji stanovenou hypotézu H1 v plném rozsahu. Hypotézu H2, v níž se v průběhu sledovaného výzkumu závažné rozdíly ve vnímání kvality života u obou pohlaví nevyskytly, nepotvrzuji.

Z odborných výzkumů problematiky vlivu různých onemocnění na kvalitu života, např. u nespecifických střevních zánětů, ischemické choroby srdeční, chronického onemocnění pohybového aparátu nebo stavů po prodělané meningoencefalitis, jasně vyplývají značné rozdíly mezi oběma pohlavími. Doložením mého výzkumu potvrzuji fakt, že se v oblasti drogové problematiky tento jev neprojevuje. Shledávám tedy, že drogy mají na somatický i psychický stav člověka stejný vliv bez rozdílu vnímání žen a mužů.

6 ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem si stanovila za cíl získat a doložit tak podklady o rozdílnosti vnímání svého celkového zdraví drogově závislých osob i jejich rodinných příslušníků vůči evropskému standardu Oxford a také v závislosti v rozdílech pohlaví.

V provedeném šetření se tedy prokazuje výrazné snížení kvality života jak u drogově závislých osob tak i jejich rodinných příslušníků.

Hypotézu H1: „Kvalita života u drogově závislých a jejich rodin je nižší než u všeobecné populace“, potvrzují v plném rozsahu.

V souvislosti s porovnáním rozdílného vnímání svého zdraví s opačným pohlavím, které mezi sebou činí odchylku v 10 % v každé ze dvou domén, se daný vzorek jeví jako statisticky nevýznamný a potírá tak veškeré rozdíly ve vnímání svého zdravotního stavu mezi pohlavími.

Odchylkou spatřuji nepatrné rozdíly v omezení fyzických i emočních rolí zároveň, kdy ženy vykazují horší vnímání v zastání těchto funkcí než muži.

Hypotéza H2: „Kvalita života u drogově závislých a jejich rodinných příslušníků se liší v závislosti na pohlaví“, se tedy v jejím úplném rozsahu nepotvrdila.

Dle mého zjištění je zdraví člověka ovlivňováno různými biologickými, psychologickými i sociálními vlivy v jeho blízkém okolí.

Využití práce v praxi:

V souvislosti se zjištěnými poznatky získat komplexní náhled na danou problematiku kvality života u drogově závislých ve stádiu ambulantní či léčebné péče.

S celkovým vývojem společnosti a stále více se rozvíjející drogovou scénou, je potřeba reflektovat průběžné změny u této skupiny populace za účelem zvýšení kvality života nejen jich samých, ale také jejich nejbližších (rodinných příslušníků).

Práce podává ucelený přehled problematiky osob drogově závislých i jejich rodinných příslušníků a snaží se tak doložit podklad pro další práci s nimi, především v oblasti na sociálně – terapeutické úrovni.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 136s. ISBN 80-247-0135-9
2. JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 344s. ISBN 80-201-0087-3
3. JENKINSON, C. et al., *The UK SF-36. An Analysis and Interpretation Manual*. Oxford Ghealth Servicers Research Unit, March 1996, Oxford, England, Great Britian.
4. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1,2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. 622s. ISBN 80-86734-05-6
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života* [online]. [Citováno 2009-3-2].
Dostupné z : http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html
6. KŘIVOHLAVÝ, J., ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., PETR, P. a kol. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE-Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 297s.
8. NEŠPOR, K., *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Potrál, 2000. 152s. ISBN 80-7178-432-X

9. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving), společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1999. 80s.
10. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. [online].
[Citováno 2009-3-4]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
11. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy)*. 5. vyd. Praha: FIT IN, 2006. 151s. ISBN NEUVEDENO
12. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 203s. ISBN 80-85121-52-2
13. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 630s. ISBN 80-7254-657-0
14. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati*. 2. vyd. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum, 2008. 88s. ISBN 978-80-239-9405-6
15. PETR, P. *Kvalita života v balneologii*. 1. vyd. České Budějovice: Inpress, ISBN 80-903427-1-X
16. PETR, P., ZDRAŽILOVÁ, A. Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob. *In Závislosti a my*, 4/2006, str. 24-27, ISSN 1213 8584
17. RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 82s. ISBN 80-7198-348-9
18. SANDOROVÁ, R. Droga jménem alkohol. *In Kontakt*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2/2006, str. 358-365. ISSN 1212-4117.

19. SVOBODOVÁ, L. *Soudobá sociologie II. Kvalita života* [online].
[Citováno 2009-5-8]. Dostupné z :
<http://search.seznam.cz/?q=ISBN+80-7254-657-0+&mod=f>
20. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR zaměřené na zneužívání drog*. Praha, 2006. ISBN 80-7280-636-X
21. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003 95 s. ISBN 80-244-0709-4
22. ZÁHORSKÁ, J. Psychické důsledky závislosti. *In Závislosti a my*, 3/2004, str. 23-24, ISSN 1213-8584
23. ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *In Kontakt*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 1/2008, str. 140-149. ISSN 1212-4117.

Internetové odkazy:

24. *Dotazník SF-36* [online]. [Citováno 2009-6-12]. Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/165/1366/Dotaznik-SF-36.html?acc=enb>
25. *Drogová poradna* [online]. [Citováno 2009-5-6]. Dostupné z:
<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=32>
26. *Drogy-info* [online]. [Citováno 2009-5-5]. Dostupné z:
<http://www.prevcentrum.cz/Drogy-info.aspx>

27. *Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech* [online]. [Citováno 2009-7-11]. Dostupné z:
http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/
28. *K- centrum Netopeer, Znojmo* [online]. [Citováno 2009-2-26]. Dostupné z:
<http://www.podaneruce.cz/cz/programy/kontakti-centra/netopeer.html>
29. *Psychiatrická léčebna, Jemnice* [online]. [Citováno 2009-2-20]. Dostupné z:
<http://www.pateb.cz/nabizime.php>
30. *Psychiatrická léčebna, Červený Dvůr* [online]. [Citováno 2009-2-20]. Dostupné z:
http://www.cervenydvor.cz/?page_id=5
31. *ÚZIS ČR* [online]. [Citováno 2009-7-10]. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím

Droga

Drogově závislí

HRQoL

Kvalita života

Rodinní příslušníci

9 PŘÍLOHY

Příloha – Standardizovaný dotazník SF-36 o „Kvalitě života podmíněné zdravím“

Copyright:
Medical Outcomes Trust 1996
Boston, MA U. S. A.
Health Services Research Unit, 1996
Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/2006
EMA-services, s.r.o.
U tří lvů 14
370 01 České Budějovice
Česká republika

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Návod: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Identifikace respondenta

Datum narození:		<i>dd-mm-rrrr</i>
Pohlaví:	muž / žena	<i>nehodící se škrtněte</i>
Typ intervence: /trvání nemoci		<i>(položka z indikačního seznamu) vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemocí)vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní-střední-vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dostí dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?
(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje	Ano, omezuje	Ne, vůbec
	hodně	trochu	neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?
(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano si jist	Nejsem	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Během dnešního dne užívám tyto léky:

Název/ síla v miligramech	Ráno	Poledne	Večer
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Datum:
