



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Psychosociální problémy u pacientů s chronickou hepatitidou C a toxikomanií v minulosti

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Eva Jarošová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Psychosociální problémy u pacientů s chronickou hepatitidou C a toxikomanií v minulosti*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 6. 2017

.....

Bc. Eva Jarošová

Poděkování

Velice děkuji vedoucí práce, paní doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D., za odborné metodické vedení, přívětivý přístup, rady, trpělivost a čas, který mi věnovala při psaní diplomové práce. Děkuji všem informantům za jejich ochotu podílet se na výzkumu a děkuji také mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytla během celého mého studia.

Psychosociální problémy u pacientů s chronickou hepatitidou C a toxikomanií v minulosti

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá psychosociálními problémy, které doprovázejí nemocné léčených pro chronickou hepatitidu C. Cílem práce, bylo zmapovat problémy vzniklé během této léčby, rozčlenit je na bio, psycho, sociální, vedoucí ke změně kvality života. Nemoc je také posuzována v souvislosti s rizikovým chováním - toxikomanií v minulosti. Práce by měla ukázat, jak se jednotlivé složky multidisciplinárního týmu podílejí na intervenci při terapii.

V první části práce, za pomoci odborné literatury, popisují teoretickou problematiku hepatitidy C, jako důsledek intravenózní drogové závislosti, zabývám se kvalitou života, multidisciplinárním týmem a psychosociální péčí.

V empirické části, jsem zvolila kvalitativní výzkum metodou dotazování, za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor, tvořilo osm klientů infekčního oddělení, léčených pro chronickou hepatitidu C nebo těsně po ní. Analýza dat byla vyhodnocena metodou kategorizace dat.

Z výsledků vyplynul velice náročný průběh léčby, a to hlavně po fyzické stránce, s významným dopadem na psychické i sociální fungování. Důvod, proč klienti sáhli k návykovým látkám, byl různý, od mladické zvědavosti, až jako důsledek traumatu po sexuálním zneužití v dětském věku, či odchodu z ústavního pobytu Dětského domova, bez náležité sociální připravenosti a pomoci. Ze složek multidisciplinárního týmu nejvíce intervenovalo zdravotnictví, psychiatrie, psychologie – psychoterapie, OSSZ, Úřad práce.

Tato práce identifikuje problematiku, o které se moc nehovoří. Ukázala nám, že nejen závislost na návykových látkách je pro jedince nebezpečná, ale i po léčbě závislosti nekončí zdravotní problémy a pro jejich eliminaci klienti musí podstoupit dosti náročnou léčbu. Celospolečensky je však žádoucí, aby se co nejvíce těchto klientů léčilo s pozitivním výsledkem, i když čerpají nemalé prostředky ze všeobecného zdravotního pojištění.

Výsledky by mohly posloužit jako materiály pro prevenci před sociálně-patologickými jevy k osvětové činnosti ve školách, či institucím, které poskytují pomoc uživatelům návykových látek, např. v K – centrech.

Klíčová slova:

hepatitida C, drogová závislost, bio-psycho-sociální problematika, kvalita života, multidisciplinární tým, celospolečenský dopad

Psychosocial Problems in Patients with Chronic Hepatitis C and Drug Addiction in their History

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the psychosocial problems of patients treated for chronic hepatitis C. The aim of the thesis was to map the problems arising during this treatment and to divide them into biological, psychological, and social problems and problems leading to a change in the patient's quality of life. The disease is also assessed in relation to risky behaviour - a history of substance dependence. The work should also show how the individual components of the multidisciplinary team are involved in intervention during treatment.

In the first part of the thesis, I describe the theoretical issues of hepatitis C as a consequence of intravenous drug dependence, and I deal with quality of life, the multidisciplinary team and psychosocial care with the help of professional literature.

In the empirical part, I chose qualitative research through the interviewing method using the semi-structured interview technique. The research sample consisted of eight clients of the infectious disease ward treated for or shortly after chronic hepatitis C. The data analysis was evaluated by the data categorization method.

The results showed a very demanding, mainly physically, course of treatment with a significant impact on the mental and social function of the patient. The reason why the clients had turned to addictive substances was varied, from a curiosity in youth, through addiction as a consequence of trauma from sexual abuse in childhood, to addiction as a consequence of leaving a children's home without the adequate social preparedness and assistance. The components of the multidisciplinary team that intervened the most were healthcare, psychiatry, psychology - psychotherapy, the District Social Security Administration, and the Labour Office.

This work identifies the issues that are not widely spoken of. It has shown us that not only addiction to addictive substances is dangerous for the individuals, but that the health problems do not end even after the treatment of their addiction, and the clients have to undergo a rather demanding treatment in order to eliminate these problems. However, on a society-wide level, it is desirable that as many of these clients as possible be treated

with a positive result, even if they are drawing large amounts from the general health insurance.

The results could serve as materials for the prevention of socio-pathological phenomena, for educational activities in schools or for institutions in, for example, K-centres, which provide help to addictive substance users.

Keywords:

Hepatitis C, drug dependence, bio-psycho-social issues, quality of life, multidisciplinary team, society-wide impact

OBSAH

ÚVOD	10
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1. Charakteristika onemocnění	11
1.2. Závislost.....	12
1.2.1. Drogová závislost	13
1.2.1.1 Dopad na somatické zdraví.....	14
1.2.1.2 Dopad psychický.....	16
1.2.1.3 Dopad sociální	17
1.2.1.4 Dopad celospolečenský.....	18
1.2.1.5 Prevence.....	20
1. 3. Virové hepatitidy	21
1.3.1 Hepatitida C	21
1.3.1.1 Epidemiologie	22
1.3.1.2 Etiopatogeneze.....	23
1.3.1.3 Inkubační doba.....	24
1.3.1.4 Klinický obraz.....	24
1.3.1.5 Druhy	25
1.3.2 Diagnostika	25
1.3.3 Terapie	26
1.3.4 Prognóza	29
1.3.5 Prevence a profylaxe.....	29
1.4 Kvalita života	30
1.5 Psychosociální péče	33
1.5.1. Multidisciplinární tým	37
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
2.1 Cíl práce.....	42
2.2 Výzkumné otázky	42
3. METODIKA VÝZKUMU PRÁCE	43
3.1 Použitá metodika.....	43
3.2 Výzkumný soubor.....	43
3.3 Metodika sběru dat.....	44
3.4 Metodika zpracování dat.....	45
3.5 Etické aspekty výzkumu	45
4. VÝSLEDKY	47
4.1 Stručný osobní popis informantů.....	47
4.1.1 Vliv na fyzické zdraví.....	50

4.1.2 Vliv na psychické zdraví.....	52
4.1.3 Vliv na sociální vztahy	55
4.2 Drogy a infekce HCV	57
4.3. Multidisciplinární tým	58
4.3.1 Koordinovaná rehabilitace – léčebná.....	58
4.3.2 Koordinovaná rehabilitace – sociální	59
4.3.3 Koordinovaná rehabilitace – pracovní.....	62
5. DISKUZE	64
6. ZÁVĚR	73
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	75
8. PŘÍLOHY	83
9. SEZNAM ZKRATEK	86

Motto: „Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“

Arthur Schopenhauer

ÚVOD

Pro aktivní toxikomany je jediným smyslem života získání své potřebné dávky návykové látky. Neřeší svůj současný život, natož budoucnost, ale pokud dokáží tuto neřest zvládnout a úspěšně se z ní vyléčit, pak chtějí žít normální, běžný a kvalitní život. Proto v případě diagnostikování chronické hepatitidy C mnozí podniknou poměrně dlouhodobou, náročnou terapii, kdy je jejich kvalita života opět negativně ovlivněna.

Hepatitida C, patří k nejzávažnějším infekčním onemocněním přenášených krví a z akutní fáze velice často přechází do fáze chronické. V současné době proti této nemoci očkování neexistuje a její prevence spočívá v zodpovědném chování zvláště rizikových skupin, především injekčních uživatelů návykových látek. Pokud se již nemoc diagnostikuje, je důležité začít s efektivní terapií, bez níž postupně dochází k významnému poškození zdraví. Tato terapie však s sebou nese spoustu problémů, ovlivňující jedince v jeho holistickém fungování, které se snaží nemocný překonat. Dochází ke vnímání změny kvality života v důsledku výrazných zdravotních, psychických změn a tím i sociálního fungování, s ovlivněním celého okolí, jako je rodina, zaměstnání, pracovního zařazení, změn v oblast volnočasových aktivit. Zároveň nesmíme opomenout ani celospolečenský dopad, kdy je žádoucí, aby se co nejvíce těchto nemocných léčilo s pozitivním výsledkem, pro ochranu zdravé populace, i když čerpají nemalé finanční prostředky z veřejných zdrojů. Pokud by nedošlo k vyléčení a nemoc by progredovala až do stádia selhání jater, tak cena transplantace jater vyjadřuje dvojnásobnou finanční zátěž.

Důvodem výběru tohoto tématu je můj profesní pohled na tuto problematiku, kdy jsem si uvědomila, že vyléčením ze závislosti, pro jedince zdravotní problémy nekončí a klienti podstupují další potřebnou léčbu, s dalšími zdravotními, psychickými a sociálními problémy. Často se na různé nemoci a jejich léčení pohlíží pouze z perspektivy těla a jeho fyzického zdraví a opomíjí se psychický a hlavně sociální dopad. V tomto případě je to ještě umocněno drogovou minulostí jedinců a tudíž jejich stigmatizací majoritní společnosti.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Charakteristika onemocnění

Hepatitidy - virové infekce jater představují i v 21. století nejen u nás, ale i ve světě závažný problém zdravotnický, sociální i ekonomický, mající značný celospolečenský význam, neboť jejich výskyt se nachází napříč všemi světadíly a mohou být příčinou rozsáhlých epidemií (Beneš, 2009). Jedná se totiž o sedmý největší zabiják na celém světě, ročně hepatitidám podlehne 1,45 milionu lidí a tím předčí i HIV, tuberkulózu či malárii (MZČR, 2016). Jedná se o onemocnění jaterního parenchymu, s charakteristickým poškozením jaterních funkcí (Rožnovský, 2007).

Zahraniční turistika a migrace patří k neodmyslitelným jevům naší společnosti (Dlhý, Beneš, 2007). Nárůst incidence importovaných přenosných onemocnění včetně všech typů hepatitid zaznamenává řada zemí a v případě České republiky dochází k ovlivnění importu virových hepatitid B a C, z důvodu změny v pohybu migrantů, azylantů a přílivem zájemců o dělnické práce z Ukrajiny a dalších zemí bývalého Sovětského svazu (Dlhý, Beneš, 2007). V bývalém Sovětském svazu došlo ke vzniku velkých epidemií v návaznosti na intravenózní aplikaci drog, spojené s HIV a hepatitidou C (HCV) (Guarino et al. 2012). Při injekčním užití vzniká vysoké riziko přenosu infekčních chorob, zvláště HIV a hepatitidy B a C (Mravčík, 2015). Dlhý, Beneš (2007) uvádějí, že při odebírání anamnézy jsou zjišťovány rizikové prvky chování, spojené především s venózním užíváním drog.

Průběh jednotlivých druhů hepatitid se vyznačuje značnou variabilitou (Rožnovský, 2007). Všechny viry mohou vyvolat akutní hepatitidu, ale zatímco u některých druhů následuje po akutním vzplanutí nemoci úplné uzdravení, viry hepatitid B a C jsou tzv. hepatotropní viry, patřící k nejzávažnějším infekčním onemocněním přenášených krví a pohlavním stykem, velmi často přecházející do chronické fáze (Rožnovský, 2014).

V České republice je ročně hlášeno 800 – 1000 případů akutních hepatitid C a nově poznaných chronických hepatitid C (Husa, 2012). Obě formy nemoci od sebe nelze jednoznačně oddělit, proto závisí na přístupu ohlašujícího lékaře, zda nově diagnostikovanou infekci hepatitidy C označí jako akutní nebo nově poznané chronické onemocnění (Beneš, 2009). Bez efektivní diagnózy a léčby, by mohlo dojít k nárůstu z 800 jedinců ročně na více než 4000 jedinců, a to již do roku 2020 (Wedemeyer, 2014). Pro účely hlášení a evidenci

přenosných nákaz je v České republice zaveden informační systém Epidat (Dlhý, Beneš, 2007).

Oba typy hepatitidy jsou onemocnění, které napadají jaterní tkáň s velmi častým přechodem do chronicity (Šperl, 2011). Toto riziko je nepřímo závislé na věku infikovaného, riziko přechodu do chronicity s věkem postupně klesá, od 90% u novorozenců, u dětí do 5 let na 25-30% a u dospělých méně než 10% (Šperl, 2011).

S délkou infekce chronické hepatitidy C roste také pravděpodobnost přechodu do jaterní cirhózy a tím vzniku hepatocelulárního karcinomu (primární rakoviny jater), či selhání jater (Husa, 2012). V tomto stadiu jsou již terapeutické možnosti výrazně omezeny a tím i délka a kvalita života jsou zásadním způsobem ovlivněny (Husa, 2015).

Před virovou hepatitidou typu B se lze chránit, a to účinným očkováním, které je od roku 2001 pro všechny nově narozené děti povinné (Chlíbek, Smetana, 2007). Proti virové hepatitidě C dosud vakcína není nikde registrována i přes to, že se na jejím výzkumu intenzivně pracuje (Chlíbek, Smetana, 2007). Chronická hepatitida C představuje značný zdravotnický problém, který postihuje značnou část celosvětové populace (Valková et al., 2011).

1.2 Závislost

Závislost je situace, kdy jedinec není opakovaně schopen kontrolovat určitý typ jednání, jenž se vyznačuje značnou mírou kompulzivity a pokračuje v něm i přesto, že si tím prokazatelně škodí (Blinka, 2016). Je to problém, který není možné uchopit z jediného pohledu, jednotným výkladovým modelem, ale vyžaduje více perspektiv, které se doplňují a sdílejí společné prvky (Kalina, 2015). Dále Kalina (2015) uvádí, že závislost není chápána pouze v tradiční oblasti zneužívání alkoholu a nezákonných drog, ale zahrnuje i tabák a nefarmakologické a nelátkové závislosti, jako je gambling, workoholismus či internetové závislostní poruchy. Vznik závislosti vyvolává v těle řadu nejen biochemických změn, ale i psychických a sociálních (Kalina, 2015).

1.2.1 Drogová závislost

Užívání návykových látek a závislost na drogách se stává významnou zátěží nejen pro jedince, ale i pro celou společnost (Zemanová, Dolejš, 2015). Toxikomanie je dle definice WHO „*Stav periodické nebo chronické intoxikace, škodlivé jednotlivci nebo společnosti, který je vyvolán opakovaným zneužíváním drog přírodního nebo syntetického původu*“. (Štefan et al., 2012, s. 204) Autor dále charakterizuje silnou touhu po droze, opatřit si ji za každou cenu a tendence ke zvyšování dávek, fyzickou závislost na působení drogy, s projevy abstinčních příznaků po vynechání drogy, s negativním zhoubným působením na jednotlivce i společnost. Přejít mezi psychickou a fyzickou závislostí je plynulý, tudíž těžko rozlišitelný (Štefan et al. 2012).

Závislosti na drogách lze posuzovat jako onemocnění, která je možné diagnostikovat, která je třeba léčit a kterým je možné předcházet (Matoušková, 2013). Galský et al. (2012) uvádí, že drogová závislost je uvedena v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí, a proto je nutné na drogově závislého jedince pohlížet jako na nemocného člověka a medicínsky ani eticky není odůvodnitelné odmítnutí jakékoli léčby uživatelům drog. Užívání návykových látek a jejich závislost je problém s širokým biopsychosociálním původem i dopadem (Hobsová, 2010).

Hobsová (2010) říká, že odhadovaný počet problémových dlouhodobých uživatelů drog se v ČR pohybuje okolo 30.000, z toho si 70% uživatelů aplikuje drogu nitrožilně, což představuje nejrizikovější způsob aplikace. Z jejího sledování vyplývá, že v posledních letech dochází k posunu od užívání opiátových látek k metamfetaminu – Pervitinu. Necelých 20% ze všech žadatelů o léčbu závislosti, začíná se základní drogou již ve věku mladší 15 let (Hobsová, 2010).

Kalina (2015) omamné a psychotropní látky - drogy, dělí na tři skupiny, na látky tlumivé, psychomotorická stimulantia a halucinogeny. Běžně však používáme nejznámější a mediálně nejpoužívanější rozdělení drog, a to látky s vyšší mírou rizika, označovány jako „tvrdé“ drogy a látky s nižší mírou rizika, jako drogy „měkké“ (Kalina, 2015). Kukla (2016) k tomu dodává, že tato terminologie dělení je spojena s rizikem jejich užívání, čím je droga „tvrdší“, tím větší poškození může vyvolat. Drogová scéna se v současnosti zaplňuje nejen kanabinoidy, budivými drogami a opiáty, ale nyní také novými syntetickými drogami, ale jisté je, že užívání drog bude i v budoucnosti představovat závažné ohrožení pro kulturní a tvořivý smysluplný život (Riesel 2012).

Každá konzumace, či aplikace drogy je nežádoucí, dehumanizující člověka hlavně tím, že brzdí a blokuje rozvoj a uplatnění jeho pozitivních schopností a možností (Riesel 2012). V konečném důsledku se jedná o multidisciplinární problematiku, která ovlivní celou osobnost s jeho bio-psycho-sociálním dopadem, tudíž i léčba by měla být zaměřena na problém s mezioborovou integrací (Mravčík, 2016a). Důležité je podporovat pozitivní emoce, které chrání zdraví, zvyšují odolnost proti stresu a usnadňují komunikaci, ty vedou k širšímu vnímání skutečnosti, což umožňuje využívání dobrých možností (Nešpor, 2015).

Příčin vzniku závislosti je mnoho, navzájem se kombinují a posilují, jedná se o stav, kdy člověk nemá uspokojeny své potřeby a drogy jsou pro něj únikem a možným řešením. Hlavními příčinami jsou:

- Nespokojenost s vlastním životem
- Vliv vrstevníků
- Vliv sociálního prostředí
- Dostupnost drogy
- Genetické faktory
- Tolerance společnosti k měkkým drogám (Kukla et al., 2016)

Důsledkem užívání drog bývají dramatické, od hrubého narušení sociálního zařazení jedince, stagnace jeho celkového růstu až po krajní vyústění – jeho smrt. Důsledky jsou velkým problémem nejen jedince, ale i celé společnosti (Kukla et al., 2016).

1.2.1.1 Dopad na somatické zdraví

Při pravidelné konzumaci drog se postupně rozvíjí fyzická závislost, to však nemusí být u všech drog pravidlem (Machová et al., 2015). U fyzické závislosti dochází k přizpůsobení se organizmu droze, kdy ji zahrne do svého metabolismu (Matoušková, 2013). Působením adaptačních mechanismů dochází k aktivaci vegetativního nervového systému, projevujícím se celou řadou změn vyvolaných drogou mimo nervovou soustavu. Poškozováno je srdce, játra a další orgány (Machová et al., 2015). V tomto stavu již člověk drogu potřebuje a při přerušení přísunu drogy, tělo reaguje abstinenčním syndromem. To však již závisí na míře fyzické závislosti (Matoušková, 2013). U uživatelů drog dochází k celkovým somatickým změnám a problémům (Mravčík, 2016a).

K fyzickým změnám toxikomanů, které se mohou projevit, patří opilý vzhled, rudé oči, samovolné pohyby očí, rozšířené nebo zúžené oční panenky, abnormální bledost, hubnutí, úpadek tělesné zdatnosti, neobvyklé chutě k jídlu či nedostatek chutě, zarudlé sliznice, vpichy po aplikacích injekční jehlou, prodělaná žloutenka, atp. (Kukla et al., 2016).

Mravčík (2016a) uvádí faktory, související s daným životním stylem a chováním problémových uživatelů, tím jsou podvýživa a nízký hygienický standard. Z tohoto důvodu se u nich vyskytuje široká škála somatických onemocnění, dominuje problematika infekční, kožní, stomatologická a u žen gynekologická (Mravčík, 2016a). Široká škála potíží a problémů by vyžadovala řádnou péči praktického lékaře a další zdravotní péči, což je u této cílové skupiny komplikované pro její nižší míru starostlivosti o své zdraví, nedodržováním léčebného režimu a celou řadou dalších faktorů (Mravčík, 2016a).

Somatická komorbidní onemocnění mohou zapříčinit vážnější zdravotní problémy než je sama závislost (Vitouš, Hobsová, 2007). Autoři v zásadě dělí infekční nemoci ohrožující drogově závislé jedince na dvě skupiny: první skupina jsou virové infekce přenosné parenterálně a sexuálně a druhá skupina jsou bakteriální a jiná onemocnění, z důvodu špatné hygieny a nesterilní aplikace drogy intravenózně (i. v.). V této souvislosti největším zdravotním rizikem je užívání společných potřeb k intravenózní aplikaci drogy, především jehel a stříkaček (Vitouš a Hobsová, 2007).

Dlouhodobé injekční užívání drog vede k nevratnému poškození organismu opakovanými místními i celkovými infekcemi, vážnému poškození dostupného cévního systému a vnitřních orgánů (Kalina, 2015). Celosvětově stoupá výskyt invazivních infekcí, zvláště sepsí a infekčních endokarditid (Hobsová, 2010). Kalina (2015) upozorňuje na některá onemocnění, která jsou neléčitelná a lze je pouze stabilizovat, jako jsou jaterní cirhóza a infekce HIV/AIDS, u virové hepatitidy B, C je léčba obtížná, náročná na adherenci klienta časově i finančně. Typicky se setkáváme s dalšími doprovodnými onemocněními a poškozeními, vyžadující koordinované péče mnoha odborníků (Kalina, 2015).

1.2.1.2 Dopad psychický

V současné době jsou aktivity zaměřené k rozvoji a zušlechťování lidí méně účinné a vyplývají z naší konzumentské a sebestředné orientace (Riesel, 2012). Unikáme od vlastní nedostatečnosti a samoty do adrenalinového vzrušení a tím se připravujeme o osobní psychickou vyrovnanost (Riesel, 2012).

Společným vyústěním nepříznivých životních podmínek u drogově závislých jedinců je nevíra v lidi a snaha úniku od nelibých pocitů do světa chemicky vyvolaných iluzí a snů, a proto užívání psychoaktivní látky představuje svéráznou formu samoléčby depresí s vyústěním do závislosti (Jedlička, 2014).

U konzumentů dochází ke změnám chování, kam patří hrubé chování, náladovost, podrážděnost, agresivita, odmítavá reakce i na slabou kritiku, ztráta zodpovědnosti, změny v hodnotách, názorech, nezáměrnost, letargie, ztráta energie, změny přátel, tajnůstkářství, lhaní, rozporná tvrzení, snížení pozornosti, paměti, nespolehlivost, útky z domova, pozdní příchody, apod. (Kukla et al., 2016).

V souvislosti se samotným užíváním dochází k extrémním citovým prožitkům, poruchám emocí, labilitě a jsou popisovány středně těžké až velmi těžké hladiny deprese, úzkostné a stresové stavy (Fortier, 2015). Lidé často trpí poruchami soustředění, paměti a jejich duševní výkonnost je zhoršena (Nešpor, 2011). Vyšší dávky stimulancií, zvláště při injekční aplikaci, mohou vyvolat schiziformní paranoidní psychózu, spojenou s bludy a halucinacemi (Kalina, 2015). Konzumní, materiální přístup k životu nám neprospívá a musíme jej doplnit o mravní a duchovní aspekty života (Riesel, 2012).

S projevy psychické nerovnováhy souvisí zhoršení kvality života, narušení rodinných a dalších mezilidských vztahů, zároveň dochází ke snížení možnosti uplatnění na trhu práce, tápání po smysluplnosti naplnění vlastního života, proměny v sebe-pojetí, obtíže v začlenění do společnosti (Skorunka, 2015). Vzájemná provázanost psychosociálních faktorů s biologickými, významně ovlivňuje duševní zdraví (Skorunka, 2015).

Psychická závislost na droze se vyznačuje cravingem tzn. dychtěním po účinku dané látky (Matoušková 2013). Jedná se o prožitkovou závislost, která se vytváří ve vazbě na prožitky spojené s okolnostmi, které užívání drogy doprovázely (Machová et. al., 2015). Matoušková (2013) říká, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, je považována za nejsilnější faktor, jenž vede k opětovné a nutkavé

konzumaci drogy. Stává se důvodem relativně dlouhé doby léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutického hlediska (Matoušková 2013).

U toxikomanů vede pozvolné zřikání se jiných zájmů postupně na fixaci získání drog a dochází k psychopatizaci a degradaci osobnosti se všemi sociálními důsledky (Štefan et al. 2012).

1.2.1.3 Dopad sociální

Užívání psychoaktivních látek patří k nejstarší lidské činnosti a výrazně poznamenalo lidskou společnost (Fischer et al., 2014). Autor, poukazuje na sociální důsledky související se zneužíváním a závislostí na psychotropních látkách, které mají negativní důsledky pro rodinu, zaměstnání i interakci s okolím.

Fischer et al. (2014) vidí toleranci většinové společnosti vůči zneužívání drog jako téměř nulovou. Nálepka „feťáka“ je silným stigmatem a identifikace se subkulturou jedinců závislých na drogách a ztotožnění se s jejich hierarchií hodnot, pro jedince ve skutečnosti znamená, snížení šancí na změnu tohoto asociálního životního způsobu na minimum. Dle Fischera et al. (2014) závislost na drogách vede k časté delikvenci a kriminálnímu chování a trestná činnost je v naprosté většině sekundárním problémem. V případě úspěšné léčby a abstinence k její recidivě později nedochází (Fischer et al., 2014).

Všechny faktory pokrývající aspekty vyloučení, ekonomického znevýhodnění, chudobu a její následky, společenské, politické vyloučení, vyloučení z pracovních příležitostí, sníženému přístupu ke zdravotní péči a ke vzdělání, mohou vést až k sociálnímu vyloučení, což se stává multidimenzionálním konceptem (Kalina, 2015).

Zároveň Kalina (2015) říká, že tyto faktory mohou mít s užíváním drog tři typy vztahů:

1. mohou být přímým důsledkem užívání drog
2. mohou představovat faktory, které závislost způsobily
3. nebo se případně vyskytují u týchž jedinců bez přímé souvislosti jakéhokoli typu

Nepříznivá sociální a ekonomická situace je významnou bariérou při návratu do společnosti a k životu bez drog. Dostupnost bydlení pro tuto skupinu lidí je nízká a nevyjímá ani zařízení přechodného bydlení např. azylových domů, ubytoven, apod.,

proto se uživatelé drog bez domova často stěhují za možností přechodného bydlení do větších měst (Mravčík et al., 2016b). Autoři zároveň upozorňují na problematiku s uplatněním na trhu práce, která je komplikovaná samotnou závislostí, dlouhodobou nezaměstnaností, nedostatečnými pracovními návyky, uživatelé často pracují na černo a stávají se oběťmi podvodů.

Většina klientů adiktologických služeb má i několika set tisícové dluhy zapříčiněné různými nedoplatky na sociálním a zdravotním pojištění, neuhrazenými platbami za telefon, pokutami, spotřebitelskými úvěry, bankovními půjčkami apod. (Mravčík, et al. 2016b). Celou řadu sociálních a právních problémů těchto klientů, např. problémy s dluhy, sociálními dávkami, pomáhá řešit sociální pracovník, protože většina klientů není schopna řešit tyto problémy sama. Proto dobrý sociální pracovník je klíčovým členem programu následné péče multidisciplinárního týmu (Růžička et al., 2014).

Po léčbě závislosti je většina klientů motivována začít nový život, ale na běžném trhu jsou značně znevýhodněni, např. záznamem v rejstříku trestů, nedokončeným vzděláním, nulovou praxí, proto je nutné řešit zaměstnávání již v době doléčování či následné péči. Vhodná jsou pro ně podporovaná a chráněná zaměstnání, kde jsou vytvořeny podmínky, které jim umožní získat pracovní návyky (Fritschová, 2012). Průměrná délka programu jsou tři měsíce a na konci klient dostane zápočtový list a jsou mu vystaveny reference pro dalšího zaměstnavatele (Mravčík et al., 2016b). Fritschová (2012) podotýká, že jsou zde na klienty kladeny stejné nároky jako v běžném zaměstnání, ale současně jim je poskytnuta náležitá podpora, ale i určitá kontrola. Pro autorku je také důležité to, že klienti pracují na místech, kde nemusejí tajit svoji minulost, jsou zde přijímáni bez stigmatizace a naopak se buduje jejich sebedůvěra a zároveň odpovědnost za sebe samé i vůči ostatním v kolektivu. Na přechodnou dobu mají zajištěny nezbytné finanční prostředky, získají praxi, případně i kvalifikaci, bez čehož by další hledání zaměstnání bylo mnohem obtížnější (Fritschová, 2012). V tomto autorka vidí snižující se riziko k opětovnému návratu k drogovému způsobu života.

1.2.1.4 Dopad celospolečenský

Všechny instituce nahlízejí na rizika drogové závislosti z úrovně jak jedince, skupiny (rodina, komunita), tak celé společnosti. Poškození mohou být jak biologická (zdravotní),

psychologická, společenská, tak i finanční a specificky se pak hodnotí podíl na kriminalitě a organizovaném zločinu (Mravčík, 2015). Pod vlivem drogy dochází k odstranění morálních zásad a v důsledku tohoto k vandalismu, výtržnictví, sexuálním deliktům, ublížení na zdraví a toxikoman také bývá snadným nástrojem pro páchaní trestných činů v rukách jiné osoby (Fischer et al., 2014).

Problém Kalina (2015) nevidí pouze v oblasti společenské kriminality, ale také ochraně veřejného zdraví s omezením zdravotně škodlivých jevů v populaci. V oblasti závislostí se soustřeďuje na ochranu široké společnosti tak, aby se v populaci nešířilo závislostní chování a s ním spojené infekční choroby (Kalina, 2015).

V souvislosti s hrozícími ztrátami, které epidemie hepatitidy typu C může působit v rovině obecně lidské, společenské a ekonomické, hovoří Světová zdravotnická organizace o „časované virové bombě“. V zájmu efektivního řešení této hrozby musí vlády jednotlivých států vystupňovat opatření v oblasti prevence a léčby, a to zejména ve vztahu k uživatelům drog (Grolmusová, 2013). Autor dále upozorňuje na fakt, že i při stávajících cenách se však léčba hepatitidy typu C vyplácí, zvláště uvažuje-li se následné náklady spojené s léčením jaterních onemocnění způsobených neléčenými chronickými infekcemi.

V otázce přístupu k uživatelům jsou občané vcelku rovnoměrně rozděleni na zastánce preventivně rehabilitačního přístupu a represivního přístupu. Nelze tedy tvrdit, že by veřejnost zastávala v této oblasti extrémní liberální, či naopak represivní postoje (Zeman et al., 2012). Mnohé státy spíše upřednostňují represivní protidrogovou politiku, která nevytváří příznivé podmínky pro navyšování objemu a pokrytí služeb zaměřených na minimalizaci rizik u osob užívajících drogy (Grolmusová, 2013).

V této problematice se výrazně uplatňuje Harm Reduction. Jedná se o koncepci, programy a činnosti, primárně směřující k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání psychoaktivních látek a zaměřuje se na všechna rizika a paralelu nacházíme v bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu rozvoje závislosti (Kalina, 2015). Erickson (2015) konstatuje, že dříve se jednalo o boj mezi zákazem a legalizací návykových látek. Nyní Harm Reduction zahrnuje přístupy, programy a iniciativy, inspirovány pozitivními výsledky veřejných opatření jako výměnného programu jehel pro snížení infekčního rizika HIV, vzdělávacích programů apod. a celkově nám pomáhá v pohledu na drogovou problematiku (Erickson, 2015).

Harm Reduction představuje holistický koncept, který kombinuje moderní medicínský výzkum s aktuálními socioekonomickými ukazateli a místo teoretických pouček v první řadě upřednostňuje zdraví nemocného (Kunze, 2017). Treloar et al. (2011) se zamýšlí nad tím, že se společnost zaměřuje pouze na výměnu a dostupnost sterilního náčiní, ale je věnována malá pozornost širším společenským a politickým postojům, proč se lidé užívající omamné látky drží v těchto společnostech.

1.2.1.5 Prevence

Prevenčí jsou taková opatření, která co nejvíce minimalizují riziko vzniku užívání návykových látek (Mravčík et al. 2016b). Autoři specifikují protidrogovou politiku ČR stojící na 4 pilířích Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 - 2018, a to na:

- primární prevenci
- léčbu a sociální začleňování
- snižování rizik
- snižování dostupnosti a prosazování práva

Protidrogová politika je zároveň také součástí strategie Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (Mravčík, 2016b). Jedná se o samostatný rozpočtový program a je vykazován v rozpočtech Úřadu vlády ČR na činnost resortu ministerstva školství mládeže a tělovýchovy, ministerstva obrany, ministerstva zdravotnictví, ministerstva spravedlnosti, sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Nelze z tohoto vyjmout i MPSV, které sice v rozpočtu nemá samostatnou položku na protidrogovou politiku, ale podporuje služby pro cílovou skupinu uživatelů omamných látek (Mravčík et al., 2016b).

Prevence v sobě obsahuje všechny aspekty prevence zdravotní, zároveň zohledňuje faktory sociální, ekonomické, kulturní, duchovní, environmentální podmínky jak občana, tak celé společnosti, jedná se o zdravotně sociální prevenci (Čeledová, Čevela, 2010).

Tato kapitola definuje závislost z obecné roviny a poté je věnována pozornost závislosti drogové. Závislost je problém dehumanizující člověka tím, že blokuje a brzdí rozvoj a uplatnění jeho pozitivních schopností a možností. Závislost na návykových látkách je

rozebrána z pohledu společnosti, druhů, příčin vzniku závislosti apod. Problematika zasahuje do všech rovin osobnosti, má vliv na zdraví fyzické, ale i psychické se sociálním dopadem. Drogová závislost je následně rozčleněna na dopady somatické, psychické, sociální a celospolečenské, v této souvislosti je zmíněna problematika léčby drogově závislých, která je nutná nejen pro ochranu jejich zdraví, ale i ochranu zdraví celé společnosti. Neméně důležitá je i prevence.

1.3. Virové hepatitidy

V posledních pár desetiletích dochází k prudké explozi znalostí o virových hepatitidách, které se staly velkým společenským problémem veřejného zdraví, postihující stovky milionů lidí na celém světě (Chlíbek, Smetana 2007).

Hepatitidu neboli zánět jater, vyvolá pět různých druhů virů. Fekálně – orální přenos (tzv. nemoc špinavých rukou) je typický pro hepatitidu A a E, parenterální, sexuální a vertikální přenos, pro virus hepatitidy B, C a D. Všechny tyto viry mohou vyvolat akutní hepatitidu s klasickými klinickými příznaky podobající se chřipce, zažívacími problémy, bolesti břicha, ikterem, bolesti kloubů, neurologickými příznaky, někdy také vyrážkou (Rožnovský, 2014). Zároveň Rožnovský (2014) specifikuje přechod do chronické fáze, kdy virémie přetrvává déle než šest měsíců, a to převážně u hepatitidy B, C, D a u imunodeficitních pacientů také u hepatitidy E.

1.3.1 Hepatitida C

Po objevení virů hepatitidy A a B, se předpokládalo, že další hepatitidy budou přibývat. Postupně se začaly vyčleňovat další typy a v roce 1989 se Houghtonovi podařilo originálním klonováním prokázat, že většina potransfúzních virových hepatitid je způsobena virem hepatitidy C (Beneš, 2009).

Virus hepatitidy C představuje globální kosmopolitní problém veřejného zdraví (Vilibić, et al. 2011). Virová hepatitida C je v posledních letech v ČR nejčastějším typem virových hepatitid (Husa, 2015). Podle kvalifikovaných odhadů jsou asi 3% celosvětové populace infikována virem hepatitidy C, a to představuje asi 170 - 200 milionů infikovaných osob (Husa, Ovesná, 2011). Skutečný rozsah této epidemie je pravděpodobně podhodnocen,

neboť většina zemí nedisponuje odpovídajícími daty o epidemiologické situaci ve vztahu k hepatitidě typu C (Grolmusová 2013). Pro názornou představu o výskytu infekce HCV je třeba sečíst hlášené akutní i chronické infekce HCV a z tohoto lze jasně vyčíst trend nárůstu nově diagnostikovaných pacientů HCV (Beneš, 2009). Předpokladem pandemie virové hepatitidy C, je rok 2018 (Šimková, Zlámal 2011). Grolmusová (2013) podotýká, že je zapotřebí vyvinout zvýšené úsilí směrem k budování komplexních koordinovaných systémů epidemiologického dohledu, které by se staly východiskem pro další rozvoj efektivních preventivních a kontrolních intervencí.

Průměrný věk nakažených se u HCV v posledních třech letech pohybuje v rozmezí 30 – 31 let (Mravčík, et al., 2016b).

Virus hepatitidy C patří mezi hepatotropní viry, které napadají jaterní tkáň a velmi často přecházejí do chronické fáze onemocnění (Šperl, 2011, Rožnovský, 2014). V následujících letech se budeme především potýkat s důsledky dlouhodobého zánětu – chronické infekce – jaterní cirhózou, s hepatocelulárním karcinomem, kterých bude výrazně přibývat (Husa, 2015). Abychom tomuto předešli, je nutné zahájit včasnou léčbu chronické infekce HCV.

V České republice jsou přímo působící virostatika indikována na specializovaných pracovištích a jejich podávání vyžaduje vzhledem k častějšímu výskytu nežádoucích účinků velkou zkušenost a frekventní sledování všech nemocných (Ehrman et. al., 2014). V posledních pěti letech prodělává léčba chronické HCV zcela mimořádné změny (Husa a Husa ml., 2016).

1.3.1.1 Epidemiologie

Zdrojem infekce je člověk, virus HCV se nachází převážně v játrech, krvi, ale v malém množství i v dalších tělních tekutinách (Rožnovský, 2014). Infekce virem HCV patří mezi krví přenosné infekce, kde hlavními cestami šíření jsou:

- Injekční aplikace drog
- Přenos krevními deriváty
- Pravidelné dialyzační léčení
- Profesionální riziko expozice HCV

- Sexuální kontakt s osobou HCV pozitivní
- Perinatální přenos – z HCV pozitivní matky na novorozence
- Iatrogenní přenos
- Transplantovanými orgány

Studie ukazují, že až v 90% se podaří některý z těchto faktorů u infikované osoby identifikovat, proto je zapotřebí velmi podrobného a aktivního dotazování (Galský et. al., 2012).

Do roku 1992 se většina osob infikovala transfuzemi nebo krevními deriváty a rizikovou skupinou byli hemofilici a pacienti léčení hemodialýzou (Beneš, 2009). Od roku 1992 začíná testování dárců krevních derivátů a od té doby se virus HCV přenáší téměř výhradně mezi uživateli drog (IUD) při společném sdílení injekčních pomůcek (Husa, 2013 b).

Incidence HCV se v poslední době příliš nemění, což ukazuje na určitou stabilizaci drogové scény (Rožnovský, 2014). Lidé, kteří jsou uživateli intravenózních drog, jsou skupinou nejvíce postiženou HCV infekcí (Crawford, 2013), Beneš (2009) k tomu dodává, že rizikovými činnostmi jsou též tetováž a piersing, pokud jsou prováděny u neprofesionálů a nejsou prováděny za aseptických podmínek. Ve vyspělých zemích promořenost nových injekčních uživatelů roste rychle (Harris, 2012). Vertikální přenos z mladých narkomanek je nejčastější způsob infikování dětí do 15 let (Rožnovský, 2014), i když vertikální přenos z matky na dítě a přenos sexuálním stykem jsou méně časté než u HBV, což neplatí u imunosuprimovaných jedinců (Černý, 2008). Studiemi je prokázáno, že 90% uživatelů drog je nakaženo virem HCV během pěti let od zahájení injekční aplikace drog (Young et al., 2013). Autoři upozorňují na souvislosti s užíváním drog a související rizika, která se nevyskytují izolovaně a jsou silně ovlivněny strukturou a složením sociálních sítí, v nichž vznikají.

1.3.1.2 Etiopatogeneze

Virus hepatitidy C je malý obalený RNA virus o průměru 50 nm patřící do čeledi Flaviviridae (Beneš, 2009). Tento virus je jediným členem rodu hepacivirus (Šperl, 2011). Genetická variabilita HCV je mimořádná a je způsobená velkou frekvencí mutací

při dlouhodobém průběhu nemoci a velmi rychlém obratu viru v organismu (Beneš, 2009).

Rozlišujeme 6 hlavních genotypů, a v jejich rámci i subtypy a kvazidruhy (Šperl, 2011). V ČR se vyskytují především infekce genotypem 1,3, genotypem 2 již v menší míře a infekce genotypem 4-6 zcela mimořádně (Husa, 2015). K poškození jaterní buňky virem HCV dochází kombinací cytopatogenních a imunitních mechanismů (Černý, 2008).

1.3.1.3 Inkubační doba

Inkubační doba se udává v rozmezí 15 – 180 dní, většinou 5 – 12 týdnů (Husa, 2013 b). Při hemodialýze to bývá 30 – 84 dnů (Černý, 2008).

1.3.1.4 Klinický obraz

Klinický obraz většiny infekcí proběhne bezpříznakově, podstatné je stanovení, zda se jedná o infekci akutní, či chronickou (Rožnovský, 2014). Přibližně 85% infikovaných osob neeliminuje virus a nemoc se u nich vyvíjí v chronickou hepatitidu s různou závažností. Choroba se nemusí mnoho let nijak projevovat (Sherlocková, Dooley, 2004). Typické příznaky jiných hepatitid, jako je nechutenství, únava, ikterus apod. v tomto případě nebývají (Kalina, 2015). Halmo (2014) uvádí pouze subjektivní příznaky jako je malátnost, špatná výkonnost, poruchy soustředí. Pokud se příznaky objeví, většinou jde již o příznaky pokročilého jaterního onemocnění (Ehrman et. al., 2014). K přechodu do chronicity dochází u 60 – 80% infikovaných dospělých, zároveň na infekci HCV je vhodné pomýšlet u pacientů s nejasnou glomerulonefritidou, vaskulitidou nebo pozdní kožní porfyrii (Rožnovský, 2014). U 5 – 20% těchto osob dojde během 20 - 25 let k rozvoji jaterní cirhózy. Osoby s jaterní cirhózou při chronické HCV infekci mají riziko rozvoje nevratného selhání jater – cca v 30% během 10 let a riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu je 2 -8% během 5 let (Urbánek et. al., 2012).

1.3.1.5 Druhy

Akutní hepatitida C

Po infekci dochází velmi časně k pomnožení viru a infikovaná osoba bývá od počátku a dlouhodobě zdrojem infekce (Kalina, 2015). Akutní HCV je diagnostikována velmi obtížně pro častou absenci klinických příznaků v akutním stadiu infekce a někteří ji považují za akutní s prokazatelnou sérokonverzí z anti-HCV negativity na anti-HCV pozitivitu a HCV RNA pozitivitu (Galský et. al., 2012). Popis akutní hepatitidy C je založen na nálezech u transfudovaných pacientů, u kterých je přesně znám okamžik vzniku (Sherlocková, Dooley, 2004). Ikterický průběh akutní HCV je vzácný, takto probíhá maximálně 20 – 25% onemocnění. Závažný průběh je mimořádně vzácný, těžký průběh je častější při výrazném abúzu alkoholu nebo při koinfekci s HIV nebo HBV (Beneš, 2009).

Chronická hepatitida C

Chronická infekce HCV je definována při prokazatelné přítomnosti viru v organismu po dobu delší 6 měsíců a zároveň za chronickou infekci je nutné považovat každou prokázanou infekci s neznámou dobou vzniku (Galský, et al., 2012). Vyznačuje se mnohem pomalejším průběhem v porovnání s chronickou hepatitidou B (Halmo, 2014).

Probíhá asymptomaticky, někdy se na ni přijde náhodně při preventivním nebo předoperačním vyšetření, jinak až při rozvoji cirhózy nebo hepatocelulárního karcinomu (Šimková, Zlámal, 2011). Hepatocelulární karcinom se může vyvinout i bez jaterní cirhózy (Halmo, 2014). Urbánek a kol. (2012) také popisují faktory asociované s progresí jaterního postižení v souvislosti s chronickou HCV, kterými jsou: riziko přenosu infekce ve věku po 40. – 45. roce věku, konzumace alkoholu více než 50 g denně, obezita, jaterní steatóza z jakéhokoli důvodu, koinfekce HCV/HBV a HCV/HIV.

1.3.2 Diagnostika

Diagnostika HCV je vzhledem k oligosymptomatickému průběhu obtížná, s obtížným odlišením akutní fáze od chronické (Černý, 2008). Diagnostika vychází z klinického obrazu, laboratorních výsledků a histologie jaterní tkáně. Každý nemocný s patologií jaterní biochemie se musí dále anamnesticky vyšetřit a vždy se pomýšlí mimo jiné i na možnost infekce HCV (Halmo, 2014).

Při podezření na virovou hepatitidu se ordinují laboratorní a pomocná vyšetření (Rozsypal, et al., 2013). Mezi základní vyšetření patří podrobná zdravotní anamnéza, kde zjišťujeme rizikové chování. Provádíme odběr krve na hemokoagulační vyšetření – Quick, APTT, základní chemické vyšetření moče, podrobné biochemické vyšetření krve (Rozsypal et al., 2013). Definitivní diagnózou je odběr krve na průkaz protilátek anti HCV metodou ELISA a ribonukleové kyseliny viru (HCV RNA) v séru metodou polymerázové řetězové reakce (PCR) (Beneš, 2009). Beneš (2009) dle krevních výsledků dělí nemocné na tři skupiny:

1. Pozitivita anti HCV i HCV RNA – nemocný s chronickou infekcí HCV
2. Pozitivita anti HCV a negativita HCV RNA – stav po akutní HCV, bez přechodu do chronické fáze
3. Negativita anti HCV a pozitivita HCV RNA – imunosuprimovaný nemocný nebo časná stadium infekce HCV a protilátky anti HCV se ještě nestačily vytvořit.

Dalším podstatným a důležitým vyšetřením je biopsie jater, která nám ukáže míru aktivity a pokročilosti jaterního zánětu. Moderním vyšetřením poslední doby je neinvazivní, nebolestivé, ultrazvukové vyšetření jater - fibroscan-elastografie, které měří stupeň tuhosti (fibrózy) jaterní tkáně, který je podmíněn nahromaděním vaziva v játrech. Samozřejmě musí být určeno výše virémie, genotypu HCV a subtypů 1a a 1b (Husa a Husa ml., 2016).

1.3.3 Terapie

Česká hepatologická společnost a Společnost infekčního lékařství vydala Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C, který stanovuje postup a volbu léčivých preparátů (Mravčík et al., 2016b).

Nemocné dělíme do tří skupin dle toho, zda – li již byli nebo nebyli léčeni:

1. Doposud neléčení – tzv. naivní
2. Léčení, ale došlo k relapsu – tzv. relabující
3. Během léčby nedošlo k vymizení HCV RNA – tzv. non responderi – neodpovídají na léčbu (Šimková, Zlámal, 2011)

Galský (2012) indikuje všechny pacienty s chronickou HCV jako potencionální kandidáty protivirové léčby. Uživatelé drog jsou indikováni k léčbě za předpokladu dodržování

léčebného režimu (Mravčík et al., 2016b). Cílem je zabránit rozvoji komplikací HCV infekce, což je podmíněno dosažením eradikace infekce, zvláště dosažení setrvalé virologické odpovědi (SVR). U osob se SVR dochází k významnému snížení jaterní morbidity i mortality (Galský, 2012). Zcela zásadní podmínkou pro zahájení terapie je motivace nemocného a jeho adherence k terapii a pacient musí spolupracovat, aby se co nejvíce snížilo riziko nežádoucích účinků (Urbánek et al., 2012).

Standardem léčby chronické HCV, bylo od počátku 21. století, podávání kombinace pegylovaného interferonu alfa (PEG-IFN), působícího dlouhodobě a antivirotika ribavirinu (RBV), tato kombinace je v současné době nejběžnějším druhem léčby (Husa, Husa ml. 2016). HCV antivirová léčba s peginterferonem alfa a ribavirinem je standardní péče o chronické virové hepatitidy, s 50-85% mírou vyléčení v závislosti na genotypu (Harris, Rhodes, 2013). U stávající, běžné léčby patří ke kontraindikacím zejména jaterní cirhóza, psychiatrická onemocnění – deprese, schizofrenie, epilepsie, autoimunitní onemocnění štítné žlázy, závažná kardiologická onemocnění, anémie, leukopenie (Husa, Husa ml. 2016).

Úspěch léčby závisí na mnoha faktorech, jako je věk, pohlaví, hmotnost pacienta, genotyp viru i vstupní virová nálož (Šimková, Zlámal, 2011). Dále autoři hovoří o úspěšnějších výsledcích léčby pro ženy přiměřené hmotnosti, s genotypem 2 a 3, s nízkou vstupní virémií a s menšími histologickými změnami prokázanými při biopsii jater. Délka léčby závisí na genotypu viru (Šimková, Zlámal, 2011).

Husa (2013a) uvádí, že dvojkombinovanou léčbou PEG-IFN + RBV, lze dosáhnout setrvalé virologické odpovědi u nemocných infikovaných genotypem 1 po 48 týdnech léčby, a to ve 40 - 55% a u pacientů nakažených genotypy 2 nebo 3 po 24 týdnech léčby, v 80 – 85%. Pegylovaný (dlouhodobě působící) interferon se podává jednou týdně podkožní injekcí, ribavirin se podává rozděleně dvakrát denně v podobě tablet a dávka závisí na váze nemocného (Beneš, 2009, Šimková, Zlámal, 2011).

Pokud selže léčba dvojkombinací léků, medicína se přiklání k trojkombinované léčbě. K pegylovanému interferonu alfa a ribavirinu (PEG-INF + RBV) se přidává Boceprevir (BOC), Telaprevir (TVR) nebo Simeprevir, kombinace těchto léků je významně účinnější než opakování léčby dvojkombinací. Tato léčba je provázena řadou nežádoucích účinků, které někdy vedou k adherenci k léčbě (Husa, 2015). Autor mezi tyto nežádoucí účinky

řadí anemii, dysgeusii – kovová či hořká pachut' v ústech, exantém, pruritus, anální pruritus, anorektální dyskomfort či potíže s hemorroidy, únavu, bolesti hlavy, nauzeu.

V posledních pěti letech se do praxe postupně zavádějí přímo působící antivirotika DAA (directly acting antivirals) (Husa, 2015). Tyto bezinterferonové režimy eliminují závažné nežádoucí účinky původní léčby, prakticky nemají kontraindikaci a účinnost se blíží 100% (Husa, 2016). Léčba trvá 12-24 týdnů, s možností zkrácení na 8 týdnů. Pokud by došlo k používání této nové antivirové terapie, předpokládá se, že dojde ke zmírnění zátěže onemocnění jater a tím i k mírnému poklesu úmrtnosti cca o 10%, které souvisí s HCV, a to již do roku 2030 (Wedemeyer, et al., 2014). V současné době jsou již k dispozici nové fixní kombinace obsažené pouze v jednom léku, ale velkou nevýhodou je jejich vysoká cena (Husová, Mejzlík, 2016). V současné době ČR patří k zemím s omezenými ekonomickými možnostmi, kdy v systému zdravotní péče zatím tato modernější antivirotika nejsou dostupná (Husa, 2015).

Úspěšná antivirová léčba má předejít změnám na jaterním parenchymu, a proto transplantace jater by měla být metodou volby v případě pokročilé jaterní cirhózy a u karcinomu jater (Beneš, 2009).

Nemocné s HCV je nutné dispenzarizovat. Během léčby dochází na pravidelné klinické a laboratorní kontroly (Galský et al., 2012). Autor dále popisuje dispenzarizaci po ukončení léčby, kdy je nutná kontrola cca po 3 měsících, pro zhodnocení odeznění nežádoucích účinků terapie (anemie, leukopenie, apod.). K posouzení odpovědi na léčbu je indikováno vyšetření krve na HCV RNA po 24. týdnech po skončení terapie, dosáhne – li nemocný setrvalé virologické odpovědi, je v nekomplikovaných případech indikována další klinická i laboratorní kontrola v intervalu jednoho roku a po dvou letech může být nemocný uvolněn z dispenzarizace (Urbánek, et al., 2012).

Součástí terapie je komplexní přístup k nemocnému, nevyjímaje i dietní – hepatoprotektivní stravování, které předchází malnutrici. Dieta má vést ke zlepšení jaterních funkcí a regeneračních schopností jater. Dáváme přednost šetrné úpravě vařením, dušením, na grilu či teflonu a vynecháme pečení, smažení, případně jídlo chráníme alobalem (Brodanová, 2011). Dieta by měla obsahovat dostatek vlákniny, zeleninu, ovoce, celozrnné výrobky a málo tuku (Halmo, 2014). Brodanová (2011) také upozorňuje na nevýhodu této diety, a to na zvýšení nákladů na stravování, což se dá řešit podáním žádosti o příspěvek na stravování.

Důležité je i fyzické a psychické šetření, eliminace hepatotoxických látek – tzn. drog, antirevmatik, antipyretik, zároveň podáváme vitamíny řady B a hepatoprotektiva (Černý, 2008). Tyto látky příznivě zasahují do metabolismu hepatocytů a buněčných membrán. Nemocný s chronickou hepatitidou by neměl vykonávat fyzicky náročné zaměstnání nebo sport a neměl by být zařazen do směnného provozu. Důležitá a vhodná je úplná abstinence (Halmo, 2014).

1.3.4 Prognóza

Přechod infekce HCV do chronické fáze je v rozmezí od 40% výše v závislosti na věku, způsobu přenosu, velikosti infekční dávky a řady dalších faktorů. Vždy u chronické HCV musíme pomýšlet na možnost progresu do cirhózy a následně do hepatocelulárního karcinomu (Beneš, 2009). Prognóza je velmi variabilní, nepříznivá, mnohem horší je u pacientů, u kterých již došlo k vývoji významné fibrózy či cirhózy jater (Sherlocková, Dooley, 2004). Husa (2013b) uvádí prognostický výhled u HCV – v rozvinutých zemích 70% nemocných přechází do chronické fáze, 40% do jaterní cirhózy, 60% do hepatocelulárního karcinomu a v 30% dochází k indikaci k transplantaci jater. Černý (2008) k tomu dodává, že není bez zajímavosti a výjimečná transplantace jater u nemocných s chronickou HCV, přičemž je možné pouze v tomto případě použít játra od HCV pozitivního dárce.

1.3.5 Prevence a profylaxe

Vývoj vakcíny proti HCV zatím nepřekročil úvodní stadia klinických studií (Rožnovský, 2014). Je to dáno tím, že virus často podléhá mutacím, jejichž následkem je velká genetická variabilita (Černý, 2008).

V roce 2012 vydala Světová zdravotnická organizace metodickou příručku týkající se prevence virové hepatitidy typu B a C mezi injekčními uživateli drog. Základ tvoří šest hlavních prvků: lidská práva, přístup ke zdravotní péči, spravedlivé zacházení, adekvátnost formy služeb pro uživatele drog, zdravotní gramotnost a poskytování integrovaných služeb (Grolmusová, 2013).

Základní prevencí je zodpovědné chování každého a v případě HCV pozitivní osoby, jejího důkladného poučení, jak zabránit přenosu na další osoby (Galský et al., 2012). Pokud již člověk onemocněl chronickou hepatitidou, měl by se snažit předcházet dalším komplikacím a dodržováním léčebného režimu zabránit dalšímu šíření nemoci. Měl by být schopen provádět rozhodnutí související s prevencí a měl by umět provádět činnosti, které mu pomohou novou situaci zvládnout. Toto klade velký důraz na vědomé jednání člověka (Halmo, 2014).

HCV pozitivní osoba nesmí darovat krev, orgány, tkáně, sperma, měla by si řádně ošetřit každou otevřenou ránu, aby nedošlo k expozici jiné osoby infikovanou krví. HCV pozitivní osoba by měla bránit i náhodnému použití svého zubního kartáčku, holicích potřeb, nůžek na nehty a dalších instrumentů na manikúru a pedikúru dalšími osobami, zároveň je poučena o metodách bezpečného sexu a uživatelé drog by měli být zařazeni do programu kontrolované výměny injekčních potřeb (Urbánek et al., 2012).

Snižuje se počet nozokomiálních hepatitid za výrazného přispění zavedení jednorázových pomůcek, zároveň došlo k výraznému poklesu rizika přenosu krevními deriváty, k čemuž přispěla zejména zlepšená diagnostika v transfuzní službě a užívání viruprostých preparátů (Rožnovský, 2007).

Hepatitida C je závažné virové onemocnění, způsobené krevním přenosem. V současné době nejčastěji k přenosu dochází společným sdílením injekčních stříkaček u venózních konzumentů návykových látek. Jedná se o onemocnění, které velmi často přechází do chronické fáze a bez léčby, která je pro nemocného velmi náročná pro častý výskyt vedlejších nežádoucích účinků, dochází k poškození jaterního parenchymu a velkému riziku vzniku hepatocelulárního karcinomu, cirhózy jater vedoucích až k nutnosti transplantace jater. Nesmíme opomenout i celospolečenský dopad nutnosti léčby těchto jedinců pro ochranu zdravé populace.

1.4 Kvalita života

Kvalita života je moderním a často skloňovaným tématem (Šídová, Šťastná, 2010). Vedle rozměru zdravotního má také rozměr celospolečenský a politický. V minulosti řada politiků stavěla a mnozí politici i dnes staví na kvalitě života svůj politický program

(Cichá et al., 2009). Autoři v této souvislosti zmiňují i program WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“ ve smyslu strategie zlepšení zdraví lidí v evropských státech.

V ČR se zkoumání kvality života věnuje pozornost od konce 20. století, kdy v roce 1999 byly zaznamenány první snahy hodnocení v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace. Hodnocení byla vyčleněna jedna otázka zahrnující všechny oblasti života, tzn. zdraví, osobní život (sociální, finanční, materiální, rodinné podmínky), postavení v povolání atd. (Olišarová et al., 2013).

Pfeiffer et al., (2014, s. 12) říkají: *„Důležitým pojmem, který vstoupil do programu zdravotnictví a sociálních služeb, je kvalita života. Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka.“*

Pojem „kvalita života“ dodnes není přesně specifikován, je to dáno tím, že se používá v řadě vědeckých disciplín, v medicíně, psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekonomii, ekologii i v politice (Cichá et al., 2009). Jedná se o ucelený koncept, který napomáhá charakterizovat oblast tělesné a psychické pohody, sociální vztahy, somatické aspekty spojených s nemocí, léčbou i se spiritualitou (Gurková, 2011). V nejobecnějším slova smyslu se jedná o rozdíl mezi chtěnými a uskutečněnými životními cíli – čím větší je rozdíl, tím nižší je kvalita života (Ludíková, 2014).

Definovat kvalitu života je velmi obtížné, vychází z podmínek, ve kterých jedinec žije a je ovlivněna mnoha faktory, zvláště socioekonomickými, zdravotními a mnoha dalšími (Olišarová et al., 2013). Je to konstrukt, který zasahuje do různých rovin a oblastí lidského života, dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí (Pfeiffer et al., 2014). Jeví se jako dynamicky se měnící proces, který je ovlivněn mnoha činiteli (Hudáková, Majerníková, 2013). Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními nebo kvantitativními indikátory (Gurková, 2011).

V běžné komunikaci je pojem kvalita života vnímán jako pozitivní pojem (Gurková, 2011). Je přímo úměrná míře uspokojování potřeb a naplňování cílů člověka a zároveň ji vidíme jako širokospektrální, kterou je nutné vnímat ve vztahu k prostředí (Hudáková, Majerníková, 2013). Souvisí s životní spokojeností, resp. subjektivní osobní pohodou, což je komplexní a multidimenzionální fenomén. Životní spokojenost a pocíťované štěstí jsou jednou z nejdůležitějších oblastí života (Zemanová, Dolejš, 2015).

Z pohledu sociologie a filozofie lze kvalitu života charakterizovat jako veličinu spojenou s dosažením osobních cílů, se seberealizací ve společnosti, s naplněním svého potenciálu. Tento fenomén je úzce spojen s onemocněními, která mohou mít výrazný dopad na fyzický i psychický stav člověka, a tím na jeho způsob života, naplňování jeho vyšších potřeb, jako je seberealizace či sounáležitost (Olišarová et al., 2013). Zacharová (2017) k tomu dodává, že na to, aby se lidé mohli plně realizovat, potřebují být zdraví. Zdraví je základním předpokladem pro naši spokojenost, naplnění našich tužeb a je důležitým prostředkem k dosažení cílů, i když naše cíle mohou být velmi rozdílné.

Gurková (2011) v této souvislosti říká, že hodnocení, zda je, či není náš život kvalitní, je porovnáváno se životem druhých lidí, a proto můžeme kvalitu hodnotit jako subjektivní, individuální a týkající se všech oblastí života. Skutečnost, že je subjektivně vnímána jako mnohorozměrná veličina, tak si zaslouží pozornost oborů psychologických, sociálních i ošetrovatelských věd (Hudáková, Majerníková, 2013).

V zásadě je možné měřit kvalitu života objektivními – sociální a materiální podmínky života, sociální status, fyzické zdraví, i subjektivními – emocionalita a všeobecná spokojenost se životem tak, jak je jedinec hodnotí z vlastního pohledu, metodami, prostřednictvím vyjádření druhé osoby nebo přímo hodnocením dané osoby (Vymětal, 2010).

Důležitým faktem je, že jednotlivé dimenze kvality života mají pro každého jedince odlišnou závažnost a pro hodnocení kvality života jedince je podstatné stanovení jeho vlastních priorit oblastí kvality života, méně důležitý se pak jeví vnější systém hodnot. (Pfeiffer a kol., 2014).

V medicíně se prosazuje používání pojmu „Health-Related Quality of Life“ (HRQoL), kvalita života týkající se zdraví, ta se vztahuje ke sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravím se samozřejmě překrývají (Šídová, Šťastná, 2010). Jedná se o standardizované dotazníky shrnující subjektivní a současně kvantifikovatelná měření jednak vnímání zdraví a dále chod životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Tato metoda nám napomáhá zjišťovat a hodnotit potřebu sociálních intervencí, a tím zároveň vytváří nástroj pro jejich hodnocení. Nejznámějším dotazníkem, který se používá k hodnocení je dotazník SF-36 (Short Form36), víceúčelový standardizovaný dotazník s 36 otázkami, určujícími fyzické a duševní zdraví (Pfeiffer et. al., 2014). V současné době se odborníci napříč všemi obory

přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality QOL (Quality of Life) jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka, zdůrazňující jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a dovedností (Dvořáčková, 2012). Heřmanová (2013) k tomu dodává, že QOL je stále více chápána jako kategorie úzce související s preferencemi individualismu, egocentrismu až egoismu, kreativity, sebereflexe a seberealizace, tj. dosahování společenského a mocenského postavení, osobních cílů, očekávání a na maximální uplatnění vlastních schopností a talentu.

Virová hepatitida C je častou duální diagnózou injekčního užívání návykových látek. Svoji váhu při hodnocení efektivity, případně návrhu nových schémat léčby HCV by bezesporu měla mít i kvalita života. Proto je mapování kvality života v léčbě hepatitidy C u uživatelů drog podstatné (Šídová, Šťastná, 2010). Autorky poukazují na předpoklad, že náročná léčba hepatitidy C s jejími výraznými vedlejšími účinky, jsou faktory, které značně ovlivňují kvalitu života jedince. Infekce HCV je spojena s horší kvalitou související se zdravím fyzickým, duševním i sociálním. Souvisí to se stigmatizací, jaterní cirhózou, špatnými sociálními podmínkami (Modabbernia, 2013).

1.5 Psychosociální péče

Člověk je holistická bytost, což znamená, že pokud se jí celostně zabýváme, nesmíme opomenout nebo zanedbat ani jednu složku její bio, psycho, sociální a spirituální dimenze. Podstatné je vidět člověka jako sjednocenou bytost, která dovede řídit sama sebe (Kutnohorská et al. 2011). V pojetí psychosomatiky se předpokládá, že člověk ve zdraví a nemoci představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím, v tomto případě se jedná o holistický a celostní pohled na člověka (Mandincová, 2011).

Základy teoretických konstruktů psychosociálních potřeb uvedl ve 40. letech 20. století americký humanistický psycholog Abraham Maslow, ten hierarchicky potřeby člení do pětiúrovňové pyramidy. Ve své bázi uvádí potřeby fyziologické, následuje potřeba bezpečí, sounáležitosti, ocenění a seberealizace. Na těchto základech dále staví mnoho světových psychologů a potřeby rozšiřují a doplňují (Ludíková, 2014). Dvořáčková (2012) k tomu dodává, že se jedná o psychologickou motivační teorii založenou na pořadí naléhavosti potřeb a tato teorie motivace by se měla zaměřit na cíle, nikoli na prostředky vedoucí na dosažení potřeb. Jestliže člověk nedokáže z různých důvodů některé potřeby

realizovat, je úkolem okolí (rodina, profesionální péče), aby mu s naplněním těchto potřeb pomohlo, přičemž jejich realizaci nejčastěji zajišťuje sociální práce (Dvořáčková, 2012). Mezi pracovníky v pomáhajících profesích se setkáváme se zájmem o celkové dobro klienta, jedná se zejména o podporu klientovy snahy dosáhnout svou vlastní cestou sebeurčení a sebeuplatnění (Kutnohorská et al. 2011). Klíčovou rolí sociálních pracovníků je posuzování psychosociálních účinků nemoci na jedince a jeho rodinu a posuzování schopnosti zvládnutí těchto situací (Kuzníková, Malík-Holasová, 2012).

V průběhu vývoje byl biopsychosociální model rozšířen o rovinu duchovní, spirituální a ekologickou. Z tohoto hlediska se u všech fyzických a psychických problémů pohlíží na biologické, psychologické a sociální faktory, které se navzájem ovlivňují a závisí na sobě (Mandincová, 2011).

Není dobré, pokud se léčí tělo a nevěnuje se pozornost duši, léčení jedné části by nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem. Vzájemné vztahy mezi tělem a psychikou, myslí či duši se staly kontroverzním tématem úvah mnoha filozofů, psychologů i fyziologů (Asbjørn, et al., 2010).

Kukla et al., (2016, s. 9) říká: „*Pokud zdraví chápeme jako funkční normu, orientujeme se na to, zda je člověk schopen plnit dané úkoly ve své sociální roli. Jde tedy o vícedimenzionální pojetí, k němuž patří kromě tělesné pohody (tělesná zdatnost, absence potíží), psychické pohody (radost, štěstí) a naplnění sociálních rolí také vitalita, seberealizace, spirituální orientace atd.*“

Zdraví

Dle definice WHO: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Nováková, 2011, s. 14). Jedná se o stav biopsychosociální pohody a je předpokladem kvalitního života (Cichá et al., 2009).

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám každého člověka, nelze na tento pojem nahlížet izolovaně, neboť je interakcí mnoha jevů, které podmiňují bytí člověka jako svéprávné a svobodné bytosti (Čeledová, Čevela, 2010).

Každý člověk zdraví vnímá jinak, je pro něho cennou hodnotou a má vliv na kvalitu života. Udržet si zdraví je ovlivněno do značné míry i tím, jak je člověk schopen získat informace a zdraví si umí ochraňovat (Nováková, 2011a). Významnou roli s dopadem na zdraví sehrává životní styl každého člověka a je chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle. Zdravý životní styl neobsahuje prvky jako je kouření, alkohol, drogy, ale

ani nedostatek pohybu a špatné mezilidské vztahy (Čeledová, Čevela, 2010). Zdraví je neustále měnící, vyvíjející se proces, a proto ho nemůžeme brát jako stálý stav dokonalé pohody (Nováková, 2011a).

Kukla et al. (2016) zdraví vidí v biomedicínském modelu – vycházející z klasické praxe medicíny a ekologicko-sociálním modelu zdraví, které postihuje zdraví lidí v plné šíři, tedy i s jeho determinantami. Sociální determinanta značí konkrétní životní styl, který je často důsledkem sociální pozice a dosavadních životních zkušeností.

V holistickém pojetí zřejmě nejdále dospěla psychologie zdraví, která vychází z celostního přístupu ke zdraví a nemoci, tzn., že respektuje biopsychosociální model zdraví a nemoci a koncepci multikauzální etiologie jednotlivých skupin (Čevelová, Čeleda, 2010). Autoři také kladou důraz na sociální determinanty zdraví, zahrnující ekonomickou úroveň společnosti, zaměstnání, reálný příjem, bydlení, úroveň životního prostředí, sociální status i mezilidské vztahy.

Nemoc

Nemoc neboli porucha zdraví je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnosti se vyrovnat s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí. Jinak je nemoc pocíťována nemocným a jinak okolím, protože nemocný vychází ze svých pocitů (Čeledová, Čevela, 2010). Autoři nemoc vidí jako poruchu jednoty a celistvosti organismu a prostředí. Nemoc pro člověka znamená zátěž, jež výrazně mění jeho chování a i psychické prožívání (Zacharová, 2017).

Nemoc také zásadním způsobem narušuje dosavadní trajektorii života člověka, ovlivňuje jeho kvalitu, možnosti i délku jeho trvání (Skorunka, 2015). Analogicky každé onemocnění lze chápat v rámci bio-psycho-sociálního modelu nemoci, ve kterém se jednotlivé roviny vzájemně ovlivňují (Kuzníková et al, 2011). Skorunka (2015) dále specifikuje nemoc jako narušení života týkající se denní rutiny, zvládání běžných pracovních i rodinných povinností a forem seberealizace v různých rolích. S tím souvisí narušení procesu adaptace a někdy je nutné na čas přehodnotit dosavadní způsob života, vlastní možnosti a životní cíle. Je to stav, kdy je někdy nutná psychologická pomoc (Skorunka, 2015).

Léčebná rehabilitace

V léčebné rehabilitaci využíváme mimo jiné také prvky psychoterapie. Psychoterapie je využívání psychologických prostředků, metod a postupů, které vnímáme jako léčebné prostředky, ale popřípadě také využíváme aplikované psychologické disciplíny, zahrnující různé tvůrčí činnosti (Jankovský, 2014). Psychologická stránka rehabilitace se uskutečňuje v postoji a vztahu k nemocnému i jeho nejbližším, protože klientem je celá jeho rodina. U nemocného pěstujeme reálnou naději ve změnu k lepšímu, která se musí odehrát v člověku samém a při interakci zaujímáme akceptující, empatický a povzbudivý postoj (Vymětal, 2010). Psychoterapie není pouze léčebná metoda, zahrnuje také prevenci a zejména rehabilitaci. Dotýká se nejen jedince potřebující tuto pomoc, ale i celé rodiny. Základním cílem psychoterapie je znovuoobnovení integrity osobnosti (Jankovský, 2014). Jankovský (2014, s. 64) také uvádí tři cíle psychoterapie:

- Odstranit symptom, nebo se s ním naučit žít
- Pomoci člověku rozhodnout se a nést důsledky svého rozhodnutí a odpovědnost za něj
- Pomoci klientovi najít, co se za symptomem skrývá, a uvést to do pohybu

Nejvíce se provozuje v rámci klinické psychologie a psychiatrie tam, kde poruchy vyvolávají psychogenní činitele. Jelikož je člověk bytost sociální, což znamená, že bez vztahu k druhým nemyslitelný, psychogenní je vždy zásadně psychosociální. Bez psychoterapie je komplexní terapie neúplná (Vymětal, 2010).

Předmětem zájmu sociologie medicíny je sociální stránka nemoci. V sociologickém chápání nemoci je nemoc poruchou schopnosti člověka plnit očekávané úkoly a role, kdy nemoc znamená změny v chování, se kterými souvisí reakce okolí nemocného (Chrastina et al., 2009). Chrastina et al., (2009) dále uvádí, že nemoc narušuje vazbu člověka a jeho prostředí v mikro, mezo i makrorovině a nutí ho se s těmito změnami vyrovnávat, měnit již dříve vzniklé vazby anebo tvořit vazby zcela nové. Sociální dopady chorob jedince jsou velmi rozsáhlé, navazují na problematiku sociálních determinant zdraví a zároveň zahrnují nově vzniklé sociální situace jedinců v nemoci (Kuzníková et al., 2011).

1.5.1. Multidisciplinární tým

Jedinec s určitou etiologickou diagnózou může mít různé poruchy, které ho v jistých situacích omezují, omezující porucha vytváří situace, ve kterých je člověk omezen, ale pokud se překážky odstraní nebo alespoň výrazně zmenší, může jedinec žít dobře, byť i jen s limitovaným zdravím (Pfeiffer, et al., 2014).

Podmínkou úspěchu při léčbě je kvalitní týmová spolupráce, a to tím, že zlepšíme lidštější a celkově komplexnější přístup ke klientům (Svatošová, 2012). Jedná se o týmy složené z různých útvarů, z nichž každý přináší svoji specializaci a zároveň mohou být zaměřeny na řešení dílčího problému stejně jako na dlouhodobou spolupráci v určité oblasti. Týmová spolupráce ve zdravotnictví je nevyhnutelná nejen k naplnění holistického přístupu a tím k uspokojení všech pacientových potřeb, ale zároveň jeho vyléčení a zamezení komplikací (Plevová et al., 2012). Týmovou spoluprací se rozumí pravidelná, opakující se práce v týmu složeném z odborných pracovníků a zároveň se jedná o dynamický a komplexní proces při poskytování pomoci a služeb více pracovníky (Kuzníková, Malík-Holasová, 2012).

Ucelený přístup se zásadním způsobem dotýká práce všech odborníků v rámci multidisciplinárního týmu a holistické pojetí osobnosti nám umožňuje vnímat ucelenou – koordinovanou rehabilitaci zvláště u osob se zdravotním postižením, ale nejen u nich (Jankovský, 2014). Základním předpokladem procesu ucelené rehabilitace, je týmová spolupráce odborníků ve spolupráci s klientem (Kuzníková et al., 2011).

Kuzníková et al., (2011, s. 130) říkají, že v ucelené rehabilitaci jde zejména o: *„kombinované a koordinované týmové využití aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní či ztížené životní podmínky a k získání či znovuzískání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti.“* Ptáček a Bartůněk (2011) k tomu dodávají, že ucelenost znamená vzájemné propojení několika složek, z čehož vyplývá, že zdravotníci by měli být schopni komunikovat s dalšími odborníky z jiných resortů. Ucelenost se netýká pouze osob se zdravotním postižením, ale všech, kteří onemocní chronickým onemocněním, kdy je třeba jedinci pomoci překlenout tento nepříznivý zdravotní stav za pomoci dalších profesí, nejen medicíny, tudíž léčebné rehabilitace.

Jankovský (2014, s. 54) uvádí definici WHO z roku 1969, která byla později dále rozšířena: „*Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo opětovný výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.*“ Předpokladem dobře fungujícího týmu je nejen odbornost, ale i profesionalita a lidský rozměr každého člena týmu (Jankovský, 2014).

Multidisciplinární tým ve zdravotnictví je složen z různých profesí – zdravotnickým personálem, fyzioterapeuty, psychoterapeuty, zdravotně-sociálními pracovníky, nutričními terapeuty, duchovními, techniky, dobrovolníky a vyspělejší chápání multidisciplinárního týmu za své členy považuje také rodinné příslušníky a blízké osoby, které jsou nepostradatelní při plánování a realizaci opatření potřebných k uzdravení jedince (Plevová, 2012).

Jankovský (2014), zároveň zdůrazňuje, že mezi všemi členy multidisciplinárního týmu se očekává vzájemná dobrá spolupráce a oboustranná komunikace, kdy se jedná o interdisciplinární činnost, zahrnující péči zdravotnickou, sociálně-právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní.

Sociální pomoc a Sociální rehabilitace

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je sociální rehabilitace § 70, definována jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb).

Rehabilitací se v medicíně míní proces doléčování s cílem dosažení znovuoobnovení funkcí narušených poruchou zdraví či reakcí organismu na tuto poruchu. Za pomoci sociální rehabilitace dochází k zamezení nepříznivého dopadu poruchy zdraví na rodinný a společenský život nemocného a jeho nejbližších (Vymětal, 2010). Zdravotní stav jedince významně dopadá na schopnosti uspokojování svých běžných životních potřeb, soběstačnosti a sociálního začlenění, proto nelze od sebe oddělit poskytování zdravotní a sociální péče (Čeledová, Čevela, 2010).

Role sociálního pracovníka v profesním týmu spočívá ve vytváření, podpoře a stabilizaci přijatelných životních podmínek lidí s postižením ve smyslu zprostředkování nebo poskytnutí adresných sociálních služeb či finančních podpor ze systému sociálního zabezpečení (Kuzníková et al., 2011).

Dopady rozličných chorob na sociální život jedince vychází z obecně platných předpokladů o negativním vlivu nemocí na život jedince ve společnosti. Sociální život člověka je úzce propojen se zdravím a nemocí a ovlivňuje ho již od vyskytnutí prvních symptomů nemoci a pocitů nepohody. O znovuoobnovení sociálních funkcí se klient musí v první řadě zasadit sám, ale může si zvolit různé formy sociální pomoci (Kuzníková et al., 2011). Autoři vidí zahájení sociální pomoci dvěma způsoby:

1. Pomoc nemocný vyhledá sám
2. Poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti

V posledních letech také vzrůstá potřeba sociálně zdravotní a zdravotně sociální péče, dochází tak ke stále většímu propojení zdravotní a sociální péče, neboť nelze oddělit vliv působení jednotlivých determinant (Čeledová, Čvela, 2010). Dle závažnosti nemoci se odvíjí i důsledky v osobním i sociálním životě nemocných, přičemž mohou být dočasného nebo trvalého charakteru (Kuzníková et al., 2011).

Sociální rehabilitace je jednou ze složek ucelené rehabilitace. Zaměřuje se na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, např. zabezpečením ekonomických a dalších hmotných podmínek pro samostatný život (Francová, 2014). O sociální re/integraci by se mělo usilovat od zahájení rehabilitace a cílem práce celého týmu je citlivá pomoc klientovi, zaměřená na využití jeho vnitřních zdrojů s využitím externí podpory k dosažení co nejlepšího a naplněného života. Při absenci celostního přístupu ze strany profesionálního týmu zahrnujícího i sociální pomoc, se můžeme setkávat s recidivami obtíží a vyčleněním chronicky nemocného ze sociálního života (Kuzníková et al., 2011).

Pracovní rehabilitace

Práce má pro člověka nezastupitelný význam. Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, nejedná se pouze o materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty (Šesták, 2014).

Pojem pracovní rehabilitace upravuje § 69 až § 74 Zákona 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Cílem pracovní rehabilitace je činnost vedoucí k získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením a náklady spojené s realizací pracovní rehabilitace hradí krajské pobočky Úřadu práce (Neščáková, 2012). Právo na pracovní rehabilitaci přiznává zákon o zaměstnanosti nejen jedincům se zdravotním postižením, ale také fyzickým osobám, které jsou uznány za dočasně neschopné práce,

jedná se o:

- poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost
- teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost
- zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (Neščáková, 2012)

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením, která je nezaměstnaným uchazečem nebo zájemcem o zaměstnání evidovaným na Úřadu práce (Šesták, 2014).

Specializované rekvalifikační kurzy (tedy kurzy zaměřené na získání nových znalostí a dovedností potřebných k úspěšnému vykonávání zvoleného zaměstnání) pro osoby se zdravotním postižením jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace podle § 109 zákona o zaměstnanosti (Šesták, 2014). Sociální pracovník hraje důležitou roli při zprostředkování či vytváření pracovních příležitostí, včetně podporovaného zaměstnávání, zprostředkování bydlení či poskytování sociálního poradenství (Kuzníková et al., 2011).

Obecně kvalita života představuje významný aspekt v životě každého člověka. Je podmíněna mnoha prvky, které se navzájem propojují, doplňují a spolupracují. Kvalita života je závislá zvláště na zdraví, a to zase podmiňuje psychickou pohodu, naše další sociální fungování, seberealizaci. Kvalitou se rozumí úroveň osobní pohody, schopnost mít možnost ovlivnit vlastní život, mít schopnost postarat se o sebe. Proto se v posledních letech kvalita života stává prvořadou veličinou, která se prolíná všemi obory. Život každého člověka je posuzován z holistického, tedy bio-psycho-socio a spirituálního pohledu, z tohoto důvodu by veškerá intervence měla být poskytnuta multidisciplinárním týmem. Předpokladem této intervence je spolupráce a dobrá komunikace mezi

jednotlivými členy týmu. Zdraví versus nemoc není problémem jen fyzického zdraví, ale významně zasahuje do všech dalších oblastí fungování jedince, a proto o této pomoci hovoříme v souvislosti psychosociální péče, či podpory.

V souvislosti s léčebnou rehabilitací hovoříme mimo jiné o psychologické pomoci - psychoterapii, kterou známe léčebnou, preventivní a rehabilitační. Základním a důležitým cílem psychoterapie je znovuobnovení integrity osobnosti. Sociální rehabilitace podporuje fungování člověka v běžných životních situacích, za pomoci zprostředkování nebo poskytnutí adresných sociálních služeb či finančních podpor. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením a toto právo mohou využívat nejen lidé se zdravotním postižením, ale také jedinci uznané za dočasně práce neschopné.

Pokud hovoříme o léčbě chronicky nemocných s hepatitidou C, intervence multidisciplinárního týmu, koordinované rehabilitace významně zasahuje v rehabilitaci léčebné, sociální a pracovní.

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem této práce je zmapovat psychosociální problémy, které klienti zažívají v průběhu léčby chronické hepatitidy C v kontextu s jejich rizikovým chováním v minulosti.

1. dílčím cílem bylo identifikovat příčinnou souvislost mezi nemocí a závislostí
2. dílčím cílem bylo identifikovat role profesionálů, jako členů podpůrného multidisciplinárního týmu.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli této práce byly stanoveny výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Dochází v průběhu léčby k významným problémům v psychosociální oblasti, které vedou ke změně kvality života?

Výzkumná otázka č. 2: Je závislost na omamných látkách v anamnéze významným faktorem u onemocnění chronickou hepatitidou C?

Výzkumná otázka č. 3: V jaké míře se jednotlivé složky multidisciplinárního týmu podílí na identifikaci problému, intervenci a pomoci těmto klientům?

Výstupem má být zmapování velké náročnosti dané léčby, s dopadem na celkovou kvalitu života v důsledku ovlivnění biologického, psychického zdraví a sociálních problémů. Zároveň naděje na vyléčení a tím i ochrana „zdravé“ společnosti před tímto vážným onemocněním.

3. METODIKA VÝZKUMU PRÁCE

3.1 Použitá metodika

Z důvodu hlubšího poznání psychosociálních problémů u této specifické skupiny informantů se jeví jako nejvhodnější metoda výzkumu, výzkum kvalitativní. Jedná se o nematematický analytický postup zkoumaných jevů, který odhaluje jejich elementární složky, spojení a závislosti, které jsou mezi nimi (Kutnohorská, 2009). Gulová (2011, s. 80) specifikuje kvalitativní výzkum slovy: „*Kvalitativní metody se používají k odhalení a porozumění, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme.*“ Využívá induktivní logiku, což znamená, že musíme nasbírat dostatečné množství informací a pak v těchto informacích začínáme pátrat po pravidelnostech (Gulová, 2011).

Použila jsem metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru, někdy také označovaného jako semistrukturovaný rozhovor (Sedláková, 2014). Pro tento typ rozhovoru je typické, že soubor otázek je předem připravený a zároveň není pevně dáno jejich pořadí (Hendl, 2012). Informanti tak mohou prezentovat své myšlenky vlastními slovy (Kutnohorská, 2009). Miovský (2006) vysvětluje, že je možné klást doplňující otázky, které odpovědi dokreslí a vysvětlí a zároveň motivují účastníky k dalším výpovědím

3.2 Výzkumný soubor

Do výběru výzkumného souboru jsem si zvolila záměrný výběr, který byl pro tento typ výzkumu nejoptimálnější. Miovský (2006, s. 136) říká: „*Záměrný výběr spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí.*“ Kutnohorská (2009) dodává, že tento typ souboru vyžaduje rozsáhlé znalosti o základním souboru, který je nositelem určitých vlastností. Sleduje-li se např. vývoj určité diagnózy, pak je tou určitou vlastností diagnóza nebo určitý stav.

Výzkumným souborem jsou klienti infekčního oddělení Thomayerovy nemocnice Prahy 4, kteří se léčí, či v nedávné době ukončili léčbu pro chronickou hepatitidu C a v minulosti byli uživateli omamných látek. Velikost výzkumného souboru byla závislá na vysycení

vzorku. V tomto případě se jedná o osm informantů. Se všemi informanty jsem nejdříve navázala osobní kontakt při jejich pravidelných zdravotních vyšetřeních a kontrolách, kde jsme se dohodli na možnosti spolupráce. Vysvětlila jsem jim důvod rozhovoru, k čemu mi rozhovor poslouží a co je cílem mé práce.

3.3 Metodika sběru dat

Polostrukturovaný rozhovor je nutné vést přirozeně, nenásilně s volnou konverzací, aby kontakt mezi dotazovaným a tazatelem byl uvolněný, přirozený a přátelský. Je důležité v rozhovoru pokračovat tak, aby nebyla narušena plynulost hovoru. Na některé otázky dotazovaní měli potřebu reagovat širěji, u jiných se zdrželi jen okrajově, ale na všechny otázky je třeba odpovědět, třeba i v různém pořadí.

Tento typ rozhovoru je nejčastěji využívanou technikou kvalitativního přístupu a je považován za optimální způsob sběru dat, jelikož kombinuje výhody standardizované a nestandardizované formy dotazování (Sedláková, 2014).

Rozhovor se skládal ze souboru otázek, podle kterých jsem se řídila. Schéma otázek bylo rozděleno do čtyř oblastí tak, aby odpovídalo stanoveným cílům výzkumu a bylo možné odpovědět na výzkumné otázky. Na úvod jsem zjišťovala sociodemografické identifikační údaje – pohlaví, věk, rodinné vztahy, typ bydlení, vzdělání, povolání. Součástí úvodu byla také identifikace důvodů vzniku drogové závislosti u těchto informantů. Tuto první část jsem vypracovala vždy v podobě krátké kazuistiky. Dále jsem otázkami zjišťovala bio, psycho, sociální i spirituální problematiku v kontextu s léčbou HCV, která se informantů dotýkala v jejich holistickém pojetí osobnosti. Používala jsem přímé, otevřené otázky, kterými jsem se účastníků ptala na problematiku, která mě zajímala. Informanti si mohli sami zvolit obsah a rozsah odpovědí a jejich odpovědi byly spontánní (Příloha - otázky rozhovoru). Rozhovory probíhaly v místnosti, kde byl zajištěn klid a soukromí. Rozhovory jsem začala pořizovat formou audiozáznamu. Jedná se o nejčastější, komplexní a také autentickou metodu sběru a fixace dat (Miovský, 2006). V průběhu prvních rozhovorů jsem zjistila, že audiozáznam informanty velice svazuje a jejich výpovědi nejsou validní. Vždy po skončení nahrávání rozhovoru se uvolnili a svoji problematiku otevřeli do podrobností. Své sociální i psychické problémy a svoji minulost již nechtěli dokumentovat audiozáznamem. Z tohoto důvodu jsem od audiozáznamu

odstoupila a použila jsem pouze záznamový arch – papír a tužku. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 40 – 70 minut.

3.4 Metodika zpracování dat

Pro analýzu dat jsem zvolila otevřené kódování. Každý rozhovor jsem pomocí otevřeného kódování zvlášť okódovala, rozhovory jsou mezi sebou porovnávány a na základě shodných charakteristik jsem identifikovala kategorie, sloužící jako podklad pro výzkumné otázky. „*Tato metoda obvykle slouží k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie*“ (Miovský, 2006, s. 221).

3.5 Etické aspekty výzkumu

Nedílnou součástí všech výzkumů je etický aspekt, který každý výzkumník musí dodržet. Výzkum v žádném případě nesmí ohrozit, natož poškodit informanty fyzicky, psychicky, sociálně nebo jinak. V kvalitativním rozhovoru výzkumník často naráží na emočně citlivá témata, proto musí citlivě volit otázky a nechává informantovi prostor pro vyjádření svých pocitů (Hendl, 2012).

Před zahájením rozhovorů byli všichni informanti předem seznámeni s účelem pořízení a průběhem rozhovoru. Byly jim podány veškeré informace související se zachováním anonymity a ochraně osobních dat. Informanty jsem ujistila, že výsledky rozhovorů budou použity pouze pro účely této práce a zároveň byli informováni o právu na poskytnutí výsledků z tohoto výzkumu. O tento výsledek projevila zájem pouze jedna informantka. Všichni byli poučeni, že pokud by jim některá otázka byla nepříjemná, nemusí na ni odpovídat a zároveň byli upozorněni, že mohou z výzkumu kdykoli vystoupit. Před zahájením rozhovorů informanti předem vyjádřili ústní souhlas se zpracováním získaných dat. Hendl (2012, s. 153): „*Osoba se zúčastní studie, pouze pokud s tím souhlasí. Před tím musí být plně informována o průběhu a okolnostech výzkumu*“.

Účastníkům jsem pro zachování jejich anonymity v rámci výsledků mé diplomové práce přiřadila smyšlené jméno a pro usnadnění práce v tabulkách přiřadila značku – INF - A,

B, C,... H. Doslovně sepsané rozhovory nejsou součástí této práce, aby nedošlo k prolomení anonymity, ale jsou k dispozici u autorky této práce.

4. VÝSLEDKY

V této části jsou prezentovány výsledky rozhovorů s léčenými informanty pro chronickou hepatitidu C. Pro vyhodnocení jsem použila odpovědi všech informantů a na základě otevřeného kódování jsem je rozčlenila do jednotlivých kategorií. Analýzou textů jsem dospěla k dalším podkategoriím. Kategorie byly utvářeny tak, aby na sebe logicky navazovaly a na danou problematiku tak vznikl ucelený pohled. Každou kategorii doplňuji o příklady rozhovorů informantů.

4.1 Stručný osobní popis informantů

Pro přiblížení osobnostních charakteristik jednotlivých informantů uvádím jejich krátké identifikační kazuistiky, se zmínkou o příčině jejich drogové závislosti, která následně vedla k onemocnění HCV. Důležitou informací je, že všichni informanti jsou po prodělané různě dlouhé léčbě závislosti s pozitivním výsledkem.

INF A – Aneta

Anetě je 23 let, je svobodná, bezdětná, žijící s přítelem v podnájmu panelového domu 2+1 mimo hlavní město. Je vyučená cukrářkou a nyní také v daném oboru pracuje. Před léčbou pracovala jako pokladní v supermarketu, ale během léčby došlo ke změně zaměstnání z důvodu nezvládnutí pracovních povinností. Drogy začala užívat v 18 letech, v době, kdy odcházela z dětského domova a získala vyšší obnos peněz po zemřelých rodičích. S touto částkou neuměla smysluplně naložit. O rizicích s užíváním věděla jen to, že to není dobré, že to vyvolává některé nemoci, ale nic konkrétního. S ukončením závislosti jí pomohl bratr, který se o ni velmi bál a ona si uvědomila, že má jen jeho a nechce ho ztratit. Sama se nechala vyšetřit u svého PL (praktický lékař) na všechny nemoci spojené s intravenózním užíváním návykových látek a do léčby šla dobrovolně, chce rodinu a zdravé děti. Její léčba zatím stále pokračuje.

INF B – Jana

Janě je 48 let, je vdaná, bezdětná. S manželem žije na sídlišti v bytě 2+kk. Má základní vzdělání. Pracovala jako prodavačka, uklízečka, nyní je z důvodu léčení HCV v ID (invalidní důchod). S intravenózní aplikací drog začala ve 30 letech. Nabídl jí je manžel

(který byl také uživatelem návykových látek), na zmírnění bolestí zad, na kterou jí již nic nezabíralo. Rizik spojených s i. v. aplikací drog si byla vědoma, ale na následky nemyslela, byla ráda, že jí přestaly bolesti, které jí sužovaly dlouhé měsíce. Na chronickou HCV infekci jí přišli při zdravotní prohlídce ve výkonu trestu, kde byla pro drobné krádeže. Na odvykací léčbu šli společně s manželem, sami se rozhodli, že již dále takto nechtějí žít. Po léčbě závislosti si řekla, že udělá vše, aby se zbavila minulosti. Nechce ještě umřít na komplikace chron. HCV. Léčba stále pokračuje.

INF C – Markéta

Markétě je 28 let, je svobodná, žijící v současné době bez partnera. Má dvě děti (8, 3 roky), starší dcera žije u její matky, s mladší dcerou žije v Azylovém domě. Má základní vzdělání a zatím nikdy nepracovala. V 10 letech byla svým otcem vícekrát znásilněna, po tomto traumatickém zážitku byla hospitalizována v psychiatrické léčebně, užívala antidepressiva. Ve 12 letech začala užívat marihuanu a od 13 let začala s aplikací drog i.v., chtěla se cítit dospělejší, chtěla na všechno zapomenout. Rizika ve svém věku neznala, věděla jen, že se může předávkovat a sama se bála AIDS. O onemocnění se dověděla při druhém těhotenství. K odvykací léčbě jí přesvědčila rodina, matka,...K léčbě hepatitidy ji přesvědčili lékaři a pracovníci v Azylovém domě. Léčba stále probíhá.

INF D – Monika

Monika je 29 letá žena. Je v daná, má 1 dítě a společně s manželem žijí v bytě 3 + 1 ve starší zástavbě v bytě po babičce (babička žije v Domově pro seniory). Má středoškolské vzdělání, je zdravotní sestrou. Nyní je na RD. S drogami začala ve čtvrtém ročníku střední školy, před maturitou, aby se jí lépe učilo a pro redukci tělesné váhy - „měla to pod kontrolou“. O všech rizicích si byla vědoma, ale velmi je podcenila. Sama po zhroucení přímo v práci požádala službu konajícího lékaře o pomoc, kde mu vše sdělila a ten jí ihned zařídil okamžitou hospitalizaci na specializovaném pracovišti. Diagnózu HCV infekce jí sdělili během gravidity. Po porodu se rozhodla, že se chce vyléčit i z chronické hepatitidy. V současné době léčba stále pokračuje.

INF E – Adam

Adam je 37 letý muž, svobodný, má přítelkyni a 3 děti. Společně žijí v panelovém domě 3+1 v podnájmu. Je vyučený kuchař - číšník, v současné době rozvází pizzy v pizzerii. Začátek závislosti datuje do věku 16 let, v partě mladých, znuřených, sídlištních lidí,

začal první experiment. Ze začátku o rizicích nic nevěděl, až během konzumace o možných komplikacích získal informace. Měl spoustu zdravotních problémů a během jednoho komplexního vyšetření mu sdělili, že je nakažen virem hepatitidy C. Skončit chtěl sám, měl již děti a nechtěl je navždy ztratit. Ukončení bylo náročné, asi 10x se pokoušel o ukončení, ale až komunita v Bílé vodě, byla úspěšná. I léčbu chronické hepatitidy podstoupil již 2x, ale vždy léčbu přerušil. Nyní léčba stále pokračuje.

INF F – David

Davidovi je 40 let, svobodný, bezdětný, žijící s matkou v rodinném domku. Přítelkyni nemá. Je vyučený automechanik a v této profesi také pracuje. Drogy začal užívat v 16 letech po rozvodu rodičů, kdy otec odešel k jiné partnerce. Otec mu scházel, chtěl se mu pomstít, a proto začal experimentovat s návykovými látkami. Ty si aplikoval více jak 10 let. Něco o rizicích věděl, ale jen doufal, že se mu to vyhne. Léčbu závislosti ukončoval několikrát, ale nakonec díky své nové známosti, matce, pomocí PL a odesláním do psychiatrické léčebny, došlo k překonání této závislosti. Před plánovanou operací kolene mu sdělili, že je pozitivní na virus HCV. Sám si vyhledal specializované pracoviště a začal terapii chronické HCV. Léčba je nedokončena pro nesnesitelné komplikace.

INF G – Honza

Honzovi je 27 let, je svobodný, bezdětný. Žije s přítelkyní v podnájmu, v bytě 1+kk. Je vyučený truhlář, pracoval jako noční hlídač, pak různé práce formou brigád, nic stálého. Poslední jeho práce byla řidič dodávky – rozvoz zboží, nyní je v ID. K závislosti se dostal v 18 letech, náhodou, ze zvědavosti, chtěl to vyzkoušet. Nevěřil, že by se stal závislým. Po třech dávkách však zjistil, že touha po další aplikaci je silnější. K odvykací léčbě ho přiměla jeho nová přítelkyně. Po léčbě začali plánovat budoucnost, a proto navštívil PL a nechal si odebrat krev na všechna vyšetření spojená s i.v. aplikací návykových látek. Chronická HCV byla diagnostikována, a protože plánují rodinu, tak sám vyhledal specialistu a nastoupil intenzivní léčbu. Léčba HCV stále probíhá.

INF H – Pavel

Pavlovi je 35 let, je ženatý, má 1 dítě. S celou rodinou žije v rodinném domě u manželčiny rodičů. Je vyučený opravářem zemědělských strojů a nyní pracuje jako údržbář ve strojírenském podniku. S užíváním návykových látek začal v 17 letech. Otec odešel k o generaci mladší ženě, za to ho nenáviděl, matka se psychicky zhroutila, na syna

nestačila. Sám se chytil party problémových vrstevníků a tam prvně vyzkoušel i. v. aplikaci drog. Rizika i.v. aplikace znal, ale o nemocech nic nevěděl. Motivem ukončení tohoto stylu života byla přítelkyně, navštívil K-centrum a pobytovou léčbu v psychiatrické léčebně. Na HCV pozitivitu upozornil PL při cíleném vyšetření, na přání manželčiny rodičů a o léčbě vůbec nepochyboval. Léčbu HCV však předčasně ukončil pro nesnesitelné vedlejší příznaky.

4.1.1 Vliv na fyzické zdraví

Tabulka č. 1 ukazuje kódy, které jsem shrnula do kategorie „Vliv na fyzické zdraví“. Podkategorie má název – Zdravotní problémy. Tato kategorie ukazuje, jak léčba informantům zasáhla do fyzického zdraví, jaké se u nich projeví zdravotní problémy.

Tabulka č. 1: Kategorie - Vliv na fyzické zdraví

Zdravotní problémy	INF A	INF B	INF C	INF D	INF E	INF F	INF G	INF H
Chřipkové příznaky	X	X	X	X	X	X	X	X
Poruchy spánku	X						X	
Bolesti a otok místa v pichu	X			X	X		X	
Nechutenství		X	X					X
Žaludeční nevolnost		X	X	X				X
Ztráta hmotnosti		X	X	X				X
Změny v hodnotách krevního obrazu		X						
Padání vlasů				X	X			
Ztráta sluchu						X		
Kožní problémy						X	X	X
Dušnost		X			X		X	
Problémy v intimním soužití	X	X	X	X		X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tohoto sledování vyplývá, že všichni léčení informanti pro chronickou hepatitidu C trpí chřipkovými problémy, např. INF A – Aneta uvádí: „*Měla jsem i horečky, bolesti kloubů, svalů – jako u chřipky, potila jsem se*“. INF H – Pavel: „*Po každé injekci jsem byl*

vyřízený, s horečkama, bolestmi celého těla, zimnicí, předem jsem byl na to upozorněn, proto jsem si injekce aplikoval večer, abych to pokud možno zaspal.“ Dalším častým problémem byly po aplikaci injekce bolesti místa vpichu, otok a zarudnutí. To uvádí informanti A, D, E, G, např INF E - Adam: „*Mám boláky na stehnách*“.

Součástí léčby je informanty uváděno nechutenství, nevolnosti a s tím související ztráta tělesné hmotnosti. Informantům, kteří mají zvláště rodinné povinnosti, toto činí velké problémy, protože pak nezvládají každodenní péči o děti či rodinu. Nechutenství uvádí B, C, H informanti, žaludeční nevolnost a ztrátu hmotnosti B, C, D, H informanti. INF C – Markéta říká: „*Je mi blbě, skoro nejím a pak nemám sílu se starat o malou*“. INF D – Monika: „*Zhubla jsem 15 kilo, jsem fakt slabá, celá rodina se střídá v péči o malou a vlastně i o mě.*“

Závažnou komplikací byly pro informanty B, E, G, problémy s dýcháním. Pocit nedostatku vzduchu patří k velkému fyzickému omezení, které může vést až k panice. INF E - Adam: „*Mám třeba řetízek a mám pocit, že mě škrtí.*“ INF G – Honza: „*Mám pocit nedostatku vzduchu, nutí mě to pořád otevírat okna, i když není teplo.*“ INF B - Jana: „*Měla jsem pocit, že se dusím.*“ Tato informantka má také špatné výsledky krevních testů, zvláště krevního obrazu.

Poruchou spánku trpí informanti INF A - Aneta, G – Honza, i když jsou unavení, tak trpí nespavostí: „*Špatně spím, nemohu spát.*“

Informanti D, E mají problémy se zvýšeným vypadáváním vlasů. Zvláště pro mladou ženu může být tato komplikace psychicky traumatizující. INF D – Monika: „*Začaly mi padat vlasy, což jsem psychicky hrozně špatně nesla*“. INF E – Adam, toto jen konstatoval a větší problémy mu to nečinilo.

Velké problémy činily vypovídajícím informantům F, G, H kožní problémy, které jsou nejen kosmetickou záležitostí mající vliv na sociální vztahy, ale součástí je i výrazná bolestivost a zároveň časová náročnost při ošetřování INF F – David: „*Ta lupénka, kdo jí má, tak ví,a pokud se vám ještě zhorší tak, že nemůžete existovat, to nejde....jdete a padá z vás kůže, lidi se vás štítí,...*“ INF G – Honza: „*Vyrazila mi taky vyrážka, po celém těle, hlavně na zádech a hrozně svědí.*“ INF H – Pavel: „*Nejhorší bylo, že jsem dostal hroznou vyrážku. Nejdrív na rukou a trupu, ale pak se to rozšířilo po celém těle. Strašně to bolelo, svědilo, mokvalo, myslel jsem, že mám lupénku, ale prý to nebyla. Chodil jsem*

pravidelně na kožní. Musel jsem se mazat různými mastičkami s antibiotiky i kortikoidy. Viděl jsem, že na mě lidi koukají jako na zrůdu. Kůže mi slézala, jako když se svléká had. To se nedalo vydržet.“

Pokud dojde k negativnímu ovlivnění jakéhokoli smyslu, je to posuzováno, jako závažná komplikace. V tomto případě INF F – David, uvedl ztrátu sluchu: *„Nejhorší bylo, když jsem přestal slyšet na jedno ucho. Takže na nic jiného nemyslíte a pořád se soustředíte na to, že to je jinak než před tím. Jak říkám, skončil pro mě svět, nic jsem nemohl dělat, na nic jiného jsem nemohl myslet, jen to, že chci zpátky svůj život.“*

Poslední otázka byla směřována na oblast intimního partnerského života. Ženy INF A, B, C, D a muž INF F řekli, že se jim intimní život změnil. INF B – Jana, však uvádí: *„Intimní život nic moc, ale to je už dlouho“* – v tomto případě, lze očekávat, že to nemusí mít příčinnou souvislost s léčbou. Zajímavá byla informace od INF A – Anety, jejíž odpověď nezasahovala do fyzické oblasti intimity, ale spíše partnerova tápání, nejistoty a přijetí faktu o její nemoci: *„Intimní život mi to moc nezměnilo, vlastně na začátku ano. Příteli jsem neřekla, že mám Céčko, ani to, že se léčím, ale léky musí být v lednici a on na to přišel, pak se bál se mnou spát a zjišťoval si všechno na internetu. Hlídal a sledoval mě, jestli splachuju záchod a tak. Chvilu to mezi námi vypadalo blbě. Ale pak se uklidnil a teď mi je velkou oporou.“* To značí, že se s problémy potýkají nejen nemocní, ale také jejich partneři. Ostatní muži tvrdí, že se nic podstatného nezměnilo. Dle sdělení např. INF G – Honzy: *„Sex asi není problém, to je v pohodě, jako když jsem unavený, tak na to není chuť, to jo.“*

4.1.2 Vliv na psychické zdraví

Po vyhodnocení první, zdravotní části, jsem dále zjišťovala, jaké informanti zažívají psychické problémy. Tabulka č. 2 ukazuje, jaké největší problémy informanti spatřují v oblasti psychiky.

Hlavní kódy jsou shrnuty do kategorie **„Vliv na psychické zdraví“** s názvem podkategorie – Psychické problémy.

Tabulka č. 2: Kategorie - Vliv na psychické zdraví

Psychické problémy	INF A	INF B	INF C	INF D	INF E	INF F	INF G	INF H
Únava	X	X	X	X	X	X	X	X
Deprese, smutek			X	X	X	X		X
Snížené sebevědomí				X		X		X
Náladovost	X	X	X		X	X	X	X
Nespecifické problémy							X	
Pokus o sebevraždu	X			X				
Pomoc psychiatrická	X	X	X	X				X
Pomoc psychologická	X			X				
Strach z budoucnosti			X	X				X
Strach ze smrti		X				X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Hlavním problémem byla všemi informanty definována únava, např. INF H – Pavel říká: „Vždycky po práci jsem musel jít odpoledne spát a spal jsem i 3 – 4 hodiny.“

Dalším problémem je zmiňována náladovost, většinou spojená s problematikou sociální fobie – viz. níže. Nálada je vcelku široký pojem, kdy se jedná o nervozitu, přecitlivělost, špatnou náladu a vždy to může vyústit v další ještě větší problémy, jako jsou možné deprese. Jediná informantka D náladovost neuvádí. Např. INF B – Jana o sobě říká: „Jsem nervózní, nevyjdu s lidma, kdyby se se mnou chtěl někdo hádat, tak bych nejradši jen křičela, ...“ a v návaznosti na toto jí je doporučena psychiatrická medikamentózní léčba na zklidnění. INF A – Aneta, má výrazné problémy s náladou: „Pozoruju změnu psychiky, jsem na všechno citlivější, je mi všechno líto, hned se rozbřečím, cítím se zranitelnější. A tenhle stav mě dovedl až na psychiatrii. Pokusila jsem se o sebevraždu. Tam se mnou pořád mluvili, slibovala jsem, že to už neudělám, ale musela jsem tam týden být. Pak jsem byla ještě 2x na psychoterapii a u psychologa.“

Smutek nebo deprese jsou závažným problémem, kde by bez psychiatrické intervence mohlo dojít k fatálním koncům. V tomto případě je identifikuje informant C, D, E, F, H. Výrazné problémy měla INF D – Monika: „Začala jsem mít hrozné deprese, a jak mi začaly ještě padat ty vlasy, tak jsem to psychicky špatně nesla a dostala jsem

antidepresiva. Bála jsem se, že na nich budu závislá, tak jsem je vysadila a to byl konec. Chtěla jsem spáchat sebevraždu, manžel mě odvezl na psychiatrii a tam jsem zůstala dva měsíce. Ted' to je už lepší, ale stále chodím na psychoterapie.“ Na rozdíl od INF E – Adama, který má také problémy, ale rozhodl se, že to nebude řešit: *„Psychické problémy mám, ale nechci nic brát, už mi taky radili, abych někam šel.“* INF C – Markéta, již v minulosti byla klientkou psychiatrie s medikamentózní léčbou a nyní cítí ovlivnění psychiky, smutek: *„Beru prášky od psychiatra na ty moje problémy z minulosti, tak mi doporučili, abych je brala dál, abych neudělala žádnou blbost.“* INF F – David, v návaznosti na velké zdravotní problémy říká: *„Jestli se chcete ptát, jak mi bylo,.... skočil bych z mostu. Jsou chvíle, že vás nebaví život, ptáte se proč?...víte a když nemáte ani svoji vlastní rodinu, tak o životě přemýšlíte jinak....Musel jsem léčbu ukončit.“* Také INF H – Pavel, měl velké psychické problémy. Z důvodu výrazných kožních komplikací trpěl sníženým sebevědomím, trpěl depresemi, a proto mu byly psychiatrem naordinovány silnější antidepresiva. *„Dostal jsem silnější prášky na nervy, ale to jsem bral chvíli, rozhodl jsem se, že léčbu ukončím a léčit se už nebudu.“* Zároveň se bojí budoucnosti: *„Doufám, že nebudu mít komplikace, když jsem se nevyléčil, ale tohle fakt už nechci nikdy zažít.“*

Strach z budoucnosti má také INF C, D, H. INF C – Markéta: *„Nevím, jestli to vydržím, a vyléčím se, někdy jsem na dně, nevím, co bude dál.“* INF D – Monika vidí strach z jiného pohledu: *„Nejhorší je, že stejně nevíte, jestli se vyléčíte,...může dojít k dalšímu relapsu...ale já se už nechci léčit.“*

Informanti také přemýšlí nad komplikacemi, které vedou až ke smrti. Strach ze smrti má INF F – David: *„Léčit se už nikdy nechci, jen doufám, že brzy neumřu na rakovinu jater.“* INF B – Jana to hodnotí: *„Prošla jsem odvykačkou a chci být zdravá i jinak. A když si přečtete, co to Céčko s vámi udělá,...umřít ještě nechci.“*

Zajímavým nespécifickým problémem je dle INF G – Honzy: *„Nevím proč, ale začal jsem si v noci ze spaní kousat nehty, ale vůbec o tom nevím.“*

4.1.3 Vliv na sociální vztahy

Třetí částí je dopad sociální, v návaznosti na zdravotní a psychickou problematiku. Zjištěné kódy jsem zařadila do kategorie „**Vliv na sociální vztahy**“ a podkategorii jsem nazvala – Sociální a spirituální problémy.

Tabulka č. 3: Kategorie – Vliv na sociální vztahy

Sociální, spirit. problémy	INF A	INF B	INF C	INF D	INF E	INF F	INF G	INF H
Sociální fobie, sociální izolace	X		X		X	X		X
Partnerské problémy, sociální vztahy			X				X	
Finanční problémy		X	X	X				
Plánované rodič., riziko pošk. plodu	X						X	
Strach ze ztráty zaměstnání					X			
Změna pracov. zařazení	X						X	
Pracovní neschopnost	X						X	X
Invalid. důchod		X					X	
Zvýšené nákl. na dietní stravování		X	X					
Negat. ovlivnění seberealizace	X		X	X	X			

Zdroj: Vlastní výzkum

Z uvedené tabulky vyplývá, že během léčby dochází k výrazným problémům v oblasti sociálního fungování. Informanti A, C, E, F, H mají problém se sociální fobii, spojenou dále se sociální izolací. Vyhledávají tichá místa, soukromí, izolují se od okolí. INF A – Aneta: „*Nesnesu vedle sebe víc jak dva lidi, byla jsem takový společenský člověk, do party, ale teď chci být spíš sama, v klidu.*“ INF E – Adam má rodinu a tři děti, je si vědom svých povinností vůči rodině, proto se snaží problémy překonávat: „*Nemám náladu na lidi. Kdybych bydlel sám, tak by mi to nevadilo, ale když žijete s rodinou, tak je to blbý.*“ INF H – Pavel měl sociální izolaci spojenou se svými kožními problémy, kdy se za sebe styděl, ale s touto skutečností měla problém i jeho manželka. „*Styděl jsem se za sebe, nikam jsem nechodil, ani nakupovat i manželka se mnou nikam nechtěla jít.*“

Sociální fobie INF F – Davida, je ve vztahu nejen k nemoci, ale také k jeho drogové minulosti, cítí, že pohled na něj je spojen se stigmatizací: „*Všichni na mě koukají jako na nějakou špinu – prostě smažku, že si za všechno můžu sám. Vyhýbám se společnosti. Kdybych mohl vrátit čas, udělal bych se svým životem jiné závěry.*“ To potvrzuje i INF E – Adam: „*Lidi nemají feťáky rádi.*“

Dochází také k ovlivnění partnerských vztahů. INF G – Honza si stěžuje, že je v jejich vztahu napětí: „*Hlavně se teď doma hádáme – kvůli všemu.*“ Špatná nálada u INF C – Markéty, vyvolává problémy v soužití s ostatními v Azylovém domě. „*V Azyláku mám taky problémy, jsou na mě protivný, pořád něco mají, rozčilujou mě. Sociálka to tam někdy musí rovnat, ale říkají, že problém mám prý já. Často kvůli tomu brečím, je mi to líto. Když jsem to řekla doktorce, tak jim napsala, že to může být tou léčbou. Že to pak bude zase dobrý.*“

Pro informanty závažným problémem byla nutnost plánovaného rodičovství. Jedná se o bezdětné informanty, kteří by již rádi založili rodiny, ale z důvodu vzniku možných malformit u dítěte, musí početí oddálit až na bezpečnou dobu. Tato doba se počítá i s půlroční dobou po ukončené léčbě. S tímto se potýkali bezdětní informanti A – Aneta a G – Honza. INF A – Aneta: „*Já chci dítě, rodinu, ale teď nesmím, může to ovlivnit zdraví toho miminka, tak to musím vydržet, ale je to dlouhý, strašně bych už chtěla dítě.*“ INF G – Honza konstatuje: „*Stejně ještě dlouho nebudeme mít rodinu, to se nesmí, ... je to hrozný dryák a mohlo by to poškodit to dítě. Přítelkyně je starší než já a dítě už hodně chce. A tak jsme si pořídili malýho psa, jinak bysme se asi rozešli... nebo nevím.*“

Často řešenou problematikou v této kategorii je zaměstnání spojené se změnou pracovní pozice, PN (pracovní neschopností), ID (invalidním důchodem), ale také strachu ze ztráty zaměstnání, což má INF E – Adam: „*V práci to jde, dělám na směny, tak si to plánuju tak, abych po injekcích byl doma, ale taky se stalo, že to nešlo a volno jsem si nemohl vzít. Už jsem si myslel, že jim to řeknu, ale ještě jsem vydržel.... V práci to neví, co mi je, to bych neřekl, aby mě nevyhodili, to bych měl strach ...lidi nemají feťáky rádi.*“ Změnu zaměstnání museli provést INF A, G. INF A – Aneta: „*Dělala jsem na pokladně v supermarketu, ...v práci po mě chtěli, abych se usmívala, byla milá, ale to nejde, když vám je zle, musela jsem jít do PN, ale jen na měsíc, pak jsem změnila místo úplně a dělám cukrářku a tady to jde - nemusím mezi lidi.*“ I INF H – Pavel, měl PN díky svým kožním problémům: „*Nešlo to chodit do práce.*“ INF G – Honza: „*Dostal jsem potvrzení o*

nevhodnosti vykonávat fyzickou zátěž, nutným šetření, přísné dietě a pravidelném režimu, a to se s mojí prací řidiče, vylučuje. Řidiče bych fakt nemohl dělat, to by špatně skončilo. Ani jedno nesplním. Takže jsem nastoupil PN... ale vzhledem k tomu, že jsem doma už 60 týdnů a ještě není konec, tak mě dali do ID.“ V ID je i informantka B – Jana: „Díky této nemoci jsem v ID, nemůžu vykonávat těžkou práci.“ Jana má také problémy s finančními prostředky, pobírá dávky v hmotné nouzi a dostala potvrzení na – Příspěvek na dietní stravování: „Musím držet přísnou dietu a víte, co to je? Jíst to, co vám nechutná, teda spíš nesmíte jíst, co vám chutná...a jak to leze do peněz. Doktorka mi dala potvrzení na příspěvek na jídlo, na dietu.“ Zvýšené náklady na stravování také identifikují INF C – Markéta: „Mám držet dietu, ale na to nemám, tak jím, co je. Ale budu si žádat o příspěvek, to prej jde, to mi poradila sociálka u nás.“

S finančními problémy se potýká kromě INF B, C, také INF D – Monika, která je na rodičovské dovolené. „Když jsem byla v psychiatrické léčebně, moje máma zůstala doma z práce a starala se o naše dítě, manžel chodil do práce, nemohl zůstat doma, neutáhli bysme to finančně.“

Seberealizace byla ovlivněna u INF A, C, D, E. INF D – Monika: „Všechny aktivity šly stranou. Jsem ráda, že zvládám svůj normální život a pokud se zvládnou postarat o dítě...koničky neřeším, ráda jsem chodila cvičit, ale teď to nejde, jsem ráda, že přežívám“ Informanti, kteří před tím měli nějaké sportovní aktivity nebo aktivity spojené s fyzickou prací, tak se shodují, že na ně jim již nezbyvá síla. Např. INF E – Adam: „Koničky teď nemám. Hrál jsem fotbal, ale teď to nejde, neudýchám to. Fotbal jsem opustil a čekám, že to bude zase lepší.“ INF A – Aneta říká: „Chodila jsem běhat a na brusle, ale to teď fakt nemůžu, je mi strašně slabo, nezvládnou to, takže jen práce – alespoň.“ Na pojem koničky, má každý svůj pohled. Zajímavá odpověď byla od INF C – Markéty. „Koničky mám, chodila jsem s holkama ven a na procházky a povídaly jsme si, ale teď ne, nemám čas a sílu. Nebaví mě to.“

4.2 Drogy a infekce HCV

Další významnou kategorií lze nazvat „**Drogy a infekce HCV**“.

Na základě odpovědí všech osmi informantů lze stanovit, že závislost na omamných látkách aplikovaných nitrožilně, je přímou příčinou pro onemocnění HCV. Všichni

informanti byli nitrožilními uživateli omamných látek. Jejich délka užívání byla rozdílná, ale všichni se shodli na rizikových kontaktech.

INF G – Honza: „Začal jsem v 18 letech, asi jako každý – chtěl jsem být zajímavý, vyzkoušet to ... a vždycky vám někdo stříkačku půjčí...a říkáte si – mně se to nestane, abych byl závislák a co by se mi mělo stát?...“ Výpověď INF A – Anety, také ukazuje, že i ti nejbližší – partneři, v této skupině lidí jsou pro druhého velkým rizikem. „...a pak jednou mě oslovil kluk a nabídl mi perník a já to zkusila, pak jsem s ním začala chodit a pak i žít a už jsem v tom jela. Když jsme se rozcházel, tak mi řekl: jen mimochodem, abys věděla, tak mám Céčko, ...no a my jsme si taky píchali společně....“

4.3. Multidisciplinární tým

V této kapitole šlo o identifikaci a intervenci pomoci jednotlivých složek multidisciplinárního týmu a kódy teoreticky propojují s koordinovanou rehabilitací. Získané kódy jsem zařadila do třech kategorií.

4.3.1 Koordinovaná rehabilitace – léčebná

První kategorii jsem nazvala „**Koordinovaná rehabilitace - léčebná**“ a první podkategorií je – Zdravotní péče.

Tabulka č. 4: Kategorie – Koordinovaná rehabilitace - léčebná

Zdravotní péče	INF A	INF B	INF C	INF D	INF E	INF F	INF G	INF H
Praktický lékař, Gynekologie	X	X	X	X		X	X	X
Odborné pracoviště pro terap. HCV	X	X	X	X	X	X	X	X
Nemocnice		X			X			X
Psychiatr – psych.léčebna	X	X	X	X				X
Psycholog - psychoterapie	X			X				

Zdroj: Vlastní výzkum

Z uvedené tabulky vyplývá, že všichni informanti jsou léčeni na odborném pracovišti pro infekci HCV. Prvotní informaci o daném onemocnění se dověděli převážně od svého PL,

kde se většinou sami a dobrovolně nechali vyšetřit. INF A – Aneta: „...našla jsem si nového obvodního doktora a jeho jsem poprosila, aby mi nabral krev na všechno, HIV, žloutenky a tak,...a ten mi pak řekl, že mám Céčko.“ U INF H – Pavla, byli stimulem vyšetření manželčiny rodiče. INF C - Markétě a D – Monice, o nákaze HCV, řekl gynekolog, v době jejich gravidity. INF B – Janě diagnózu sdělil lékař ve vězeňské nemocnici (v té době byla ve výkonu trestu). Pouze INF E – Adamovi nemoc diagnostikovali v nemocnici, kde byl hospitalizován pro jiná onemocnění spojená také s i. v. užíváním drog: „...měl jsem pak velký zdravotní problémy, bérčáky, ochrnul jsem na spodek, byl jsem v nemocnici a tam mě vyšetřili, na všechno.“

Další léčebnou intervencí a pomocí byla pro INF B – Janu hospitalizace v době, kdy měla velké komplikace a potíže během léčby: „...musela jsem do nemocnice, bylo to strašný – měla jsem bolesti břicha, zvracela jsem – dávali mi kapačky a taky krev.“ INF H – Pavlovi byla pomoc poskytnuta v oblasti dermatologie, pro jeho kožní potíže.

Do zdravotní péče - léčebné rehabilitace patří také pomoc psychologická a psychiatrická. Psychické potíže souvisí s kognitivními problémy, které mohou vyvolávat sebedestruktivní stavy. Proto pomoc psychologická, respektive psychiatrická je na místě pro překlenutí krizového období. Tuto odbornou medikamentózní intervencí využili INF A, B, C, D, H, a to pro deprese, či psychické problémy. V případě informantek A a D, byla nutnost hospitalizace na psychiatrickém oddělení, pro pokusy o sebevraždu. INF D – Monika: „...manžel mě odvezl na psychiatrii, tam jsem zůstala asi dva měsíce,...hodně tam se mnou pracovali, rozebrali mě, pomohli,...pořád ještě chodím na psychiatrii, psychologii, na psychoterapie.“

4.3.2 Koordinovaná rehabilitace – sociální

Druhou kategorií této kapitoly je „**Koordinovaná rehabilitace – sociální**“ a dané kódy jsou shrnuty do podkategorie s názvem – Psychosociální podpora.

Tabulka č. 5: Koordinovaná rehabilitace - sociální

Psychosociální podpora	INF A	INF B	INF C	INF D	INF E	INF F	INF G	INF H
Rodinná podpora – změny úloh v rámci rodiny	X	X	X	X	X	X		X
Sociální pomoc			X					
Dávky HN		X	X					
Intervence OSSZ – PN, ID, OČR	X	X		X			X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

V této kategorii nejvíce informantů využívá rodinné podpory, která je také spojená se změnou úloh, povinností v rámci rodiny. Jedná se o psychickou podporu rodinných příslušníků, ale také o podporu finanční, např. v podobě dělby nákladů na společné bydlení s rodiči. Např. INF A – Aneta: *„Strašnou oporou mi je přítel, i v tom, že se mnou jezdí na odběry krve, kontroly, je fakt se mnou.“* INF D – Monika: *„Moje máma zůstala doma z práce a starala se o dítě..... moje máma, jak může, tak mi pomáhá, holku si bere hodně k sobě, ale i tchýně si jí bere...celá rodina se střídá v péči o malou, a vlastně i o mě.“* INF F – David: *„Doma bydlím s matkou...nemusel jsem nic dělat, jen okolo baráku....“* Pouze INF G – Honza podporu od rodiny neviděl.

Léčba je velkým stresem nejen pro nemocného, ale i pro celou rodinu, INF E – Adam, podporu ze strany rodiny také vidí, i když to komentuje slovy: *„Žena mi nadává, že jen ležím, ale to nejde.... snažím se doma pomoci, ale nejde to, napíšu s klukama úkoly, třeba i něco poklidím, ale ven s nima už nejdu... Rodina je otrávená, ví to, že jsem nemocný, ale někdy na to zapomenou...“* Velkou rodinnou oporu má INF H – Pavel, jednak v manželce, ale hlavně v jejích rodičích, kteří mu pomohli již od samého začátku, po léčbě závislosti: *„Tchán mi našel práci na malém městě u něj v práci a držel mě zkrátka, hlavně od drog. Prostě jsem se k nim nedostal a neměl na ně ani čas...během léčby HCV: „Naštěstí byla moje rodina tolerantní, i když jsem kolikrát viděl, jak to manželku štve...finanční problémy ani nebyly, protože naštěstí bydlíme u tchána a tchýně, tak se o náklady na bydlení dělíme, teď to více méně táhli oni.“*

Rodinnou podporu hodnotí INF B – Jana i takto: *„Doma nedělám skoro nic, jen to nejnnutnější, manželovi to je naštěstí jedno. My to moc nehrotíme.“* INF C – Markéta přímou rodinnou podporu moc nevidí: *„V 16 letech jsem porodila první dceru – nechala*

si jí máma,když je mi blbě, nemám sílu starat se o malou, tak si jí někdy vezme matka, ale nechce – už má jednu, tak si jí bere jen někdy.“

Druhou velkou sociální pomocí v této kategorii je intervence OSSZ v podobě finanční podpory práce neschopných a následně i invalidního důchodu. V PN byli informanti A, B, G, H. INF A, H využili PN krátkodobě tak, že jim příliš nezasáhla do chodu a rozpočtu rodiny. U INF A – Anety – došlo ke změně pracovní pozice, a tím možnosti PN ukončit: *„Musela jsem jít do neschopnosti, ale jen asi na jeden měsíc, pak jsem změnila místo úplně a dělám cukrářku a tady to jde...“* INF H – Pavel, pro velké zdravotní problémy, které nedokázal zvládnout, léčbu ukončil a tím i PN: *„Vzal jsem si neschopenku, nešlo to chodit do práce, ...to se nedalo vydržet, ...prostě jsem po půl roce – necelém, léčbu ukončil.“* U INF B, G, jejich přetrvávající dlouhodobá léčba v pracovní neschopnosti plynule přešla do invalidního důchodu. INF B – Jana: *„Díky této nemoci jsem v invalidním důchodu, ...dostala jsem potvrzení, že nemůžu vykonávat těžkou ani psychicky náročnou práci, no a to víte.... chybí nám peníze, ...“* INF G – Honza: *„Takže jsem nastoupil PN, ... ale vzhledem k tomu, že jsem doma už 60 týdnů a ještě není konec, tak mě dali do ID.“* V této kategorii, z důvodu zdravotních problémů, také dochází v rodině, u manžela INF D – Moniky k čerpání OČR: *„Když jsem na tom někdy hodně špatně, tak i manžel si musí vzít ošetřovačku, prostě se rodina střídá v péči o dítě a vlastně i o mě.“*

Pro nedostatečný příjem jsou INF B a C klientkami dávek hmotné nouze. INF B – Jana, k tomu ještě pobírá příspěvek na dietní stravování. INF C – Markéta si na základě rady od sociální pracovnice v Azylovém domě, bude také žádat o příspěvek na dietní stravování: *„Budu si žádat o příspěvek na dietu, prý to jde.“*

Sociální poradenství, pomoc a podporu využívá INF C – Markéta v Azylovém domě, kde přebývá se svojí neplnoletou dcerou. Tuto pomoc si velmi pochvaluje: *„...pomáhají mi se vším, hlavně teď, když se léčím, ale i normálně...tady sociálka mi hodně pomohla, zařídili mi školku, tak tam malá chodí aspoň přes den, taky mi pomohli vyřídit podporu, abysme měli trochu peněz...v Azyláku mám problémy...sociálka to tam musí někdy rovnat...“*

4.3.3 Koordinovaná rehabilitace – pracovní

Třetí kategorií je „**Koordinovaná rehabilitace – pracovní**“, získané kódy jsou shrnuty do podkategorie s názvem – Pracovní poradenství.

Tabulka č. 5: Koordinovaná rehabilitace - pracovní

Pracovní poradenství	INF A	INF B	INF C	INF D	INF E	INF F	INF G	INF H
ÚP		X					X	
Změna pracovní pozice	X							

Zdroj: Vlastní výzkum

Práci a zaměstnání řeší pouze část informantů. INF C, D jsou s dětmi na rodičovské dovolené. INF C – Markéta svoji pracovní budoucnost nevidí pozitivně, i z pohledu své minulosti – drogové závislosti: „...někdy bych taky chtěla do práce, ale to mě asi nikdo nezaměstná, mám dítě, ještě jsem moc nepracovala, vlastně vůbec,... taky jsem brala drogy, ale když to nikomu neřeknu, tak to nemusí vědět,...“ INF B, G jsou již v plném invalidním důchodu, a proto jim bylo doporučeno pracovní poradenství na ÚP. INF B – Jana v tom má však jasno: „Prý se mám zeptat na pracáku na nějakou vhodnou práci, ale dokud se budu léčit, tak stejně nikam nepůjdu. Ale prej už teď mám zjišťovat, jestli něco bude nebo ne, až s léčbou skončím a důchod mi vezmou.“ INF G – Honza na ÚP využil pracovní poradenství: „...doktorka mi doporučila, abych se někde zeptal na nějakou rekvalifikaci. Tak jsem byl s papírem na pracáku a už je to v řešení. Tedy zatím se tam mám chodit pravidelně ptát. Ale nevím, co bych chtěl dělat,... něco lehkýho.“ V této souvislosti má zároveň obavy i o budoucnost rodiny, zda a jak bude schopen ji zabezpečit: „...budu ale muset něco dělat, jestli budeme chtít dítě,...jako asi nějakou sociální podporu bysme dostali, ale já bych to chtěl zkusit sám se postarat,...ale stejně bych si o sociálku požádal, kdyby to nešlo...“

Ostatní informanti zatím nemuseli řešit pracovní poradenství za pomoci ÚP, někteří pouze změnou pracovního místa, pracovní pozice, např. u INF A – Anety, došlo ke změně pracovního zařazení z pokladní v supermarketu, na cukrářku.

4.4 Kvalita života

Další souhrnnou kategorií, vyplývající z podrobných rozhovorů a zjišťující výše uvedené detaily ze života informantů, byla kategorie „**Kvalita života**.“

Všichni informanti se shodli na tom, že jim léčba HCV výrazně negativně ovlivnila kvalitu jejich života. Někteří tento zásah do života nedokázali přijmout a léčbu předčasně ukončili. INF F – David: „...*lčit se už nikdy nechci. Léčbu jsem ukončil dřív, než mi z běžného života celkově nadělala paseku a horor.*“ Mnohdy se informanti shodli na tom, že pokud by znali dopady nejen drogové závislosti, ale také samotné léčby, tak by s drogami nezačali. Toto pěkně shrnula INF D – Monika: „*Kvalita života se hodně změnila, jen mě žene vidina, že to přejde a bude dobře. Prostě za blbost se platí. Kdybych kdysi věděla, co teď budu podstupovat, měla rozum, co mám teď, tak bych s drogama nikdy nezačala. Největší omyl mého života. A kdybych mohla někomu tímto pomoci, tak budu jen ráda.*“

5. DISKUZE

Toto téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu mého profesního zájmu, z pohledu zdravotní sestry. Každá nemoc přináší s sebou fyzický dyskomfort, s tím se více, či méně počítá a má se za to, že tento časový úsek nemocný překoná bez větších problémů a komplikací. Intervence medicíny je vždy důležitou intervencí a nikdo nepochybuje o nutnosti pomoci, která je nemocným poskytována. Pro medicínu je prvořadým úkolem řešení návratu zdraví nemocnému, ale v případě chronické nemoci nebo nemoci s dlouhodobým léčením, se již tolik nevidí propojenost s psychosociálními dopady, se sociálním fungováním a pracovním zařazením jedince, které daná nemoc vyvolala. Multidisciplinární tým je důležitý v pomoci pro chronicky či dlouhodobě nemocné a je důležité, aby se vzájemná intervence jednotlivých složek týmu doplňovala, spolupracovala a navzájem respektovala. Jankovský (2014) to nazývá afiliací, což definuje jako pozitivní vztah k lidem, se schopností komunikace mezi všemi členy a s předpoklady pro týmovou spolupráci s maximální osobní zodpovědností.

V průběhu výzkumu byla zodpovězena jedna hlavní a dvě dílčí výzkumné otázky.

Po zpracování dat byly identifikovány tři kategorie, pomocí nichž lze odpovědět na hlavní výzkumnou otázku ve znění: *„Dochází v průběhu léčby k významným problémům v psycho – sociální oblasti, které vedou ke změně kvality života?“*

Na každou nemoc je nutné hledět z uceleného pohledu osobnosti, protože vše je úzce propojeno, společně provázáno a nelze jednotlivé části od sebe separovat. Přesto jsem se snažila tuto problematiku rozčlenit na jednotlivé kategorie, i když mnohdy dochází v různých kategoriích ke shodným nebo podobným odpovědím.

První identifikovanou kategorií k této otázce je **Vliv na fyzické zdraví**. Právě vliv nemoci, v tomto případě léčba, má významný dopad na celou osobnost a je významným faktorem pro její další psychické i sociální vztahy. Podle Heřmanové (2013) je vnímání hranice mezi zdravím a nemocí výrazně ovlivněno prolínáním biologických, psychických i sociálních predispozic člověka. Z rozhovorů vyplývá, že léčba HCV nejen uzdravuje, ale zároveň vyvolává řadu vedlejších somatických problémů, se kterými si informanti musí poradit. Rozhovory s informanty jsem získala v této otázce mnoho různorodých informací.

Všichni informanti si stěžovali na zdravotní problémy podobné chřipkovým příznakům, trápí je vleklé problémy se zažíváním a s tím souvisejícím úbytkem hmotnosti a sil, což identifikovali celkem čtyři informanti. Tři informanti trpí dušností, u jedné ženy ji vyvolaly změny v krevním obraze, které vedly až k nutnosti hospitalizace v nemocnici a podáváním infuzních roztoků a transfúze.

Závažný problém měli tři muži spojený s kožními problémy. Nováková (2011b) funkci kůže vidí z pohledu biologického, kdy člověk kůže potřebuje jako fungující orgán a z pohledu sociálního jako vizitku, kterou se prezentuje okolí, proto některé kožní nemoci mohou mít vliv na psychiku, vyvolávají pocity méněcennosti, dochází k izolaci a nepřiměřené a netaktní chování okolí má za následek zvýšení přecitlivosti a emocionální lability. Z tohoto důvodu to jednoho muže dovedlo až do ID a dva muži to nevydrželi a léčbu raději ukončili, jeden muž k tomu měl ještě výraznou komplikaci, a to ztrátu sluchu, což je bráno jako velký smyslový hendikep, Macháčková (2007) to dokládá slovy, že nejvýznamnějším smyslem získávání informací je právě sluch. Tuto komplikaci nedokázal překonat a léčbu nedokončil.

Do kategorie fyzického zdraví, byla také zahrnuta otázka vlivu na intimní život. Dle Maslowa je intimní život součástí základních fyziologických potřeb. Vymětal (2010) vidí lidskou sexualitu jako velmi delikátní a důležitou pro dobrý životní pocit a kvalitu života. Ženy, shodně odpovídají, že v době léčby mají problémy, ať již fyzické pro vzniklé zdravotní problémy, nebo i problémy partnerova přijmutí faktu o dané nemoci. Muži problémy v této oblasti neidentifikují.

Druhou kategorií v této kapitole byl **Vliv na psychické zdraví**. V této kategorii již vidíme propojenost a dopad nemoci na psychické zdraví v návaznosti na somatické problémy. A zde již můžeme hledat odpověď na otázku psychosociálních problémů. Všechny získané kódy v této kategorii se prolínají, na sebe navazují a nelze zodpovědně říci, který kód je izolovaný.

Hlavním psychickým problémem byla nadměrná únava, kterou přiznali všichni informanti. Dá se říci, že je to vyvoláno fyzickou komplikací v podobě chřipkových příznaků a problémů. Lukáš et al. (2015) definují únavu, jako trvalý pocit vyčerpání se sníženou schopností fyzické i mentální aktivity. Informanti s únavou se potýkají s dalšími problémy, jako je náladovost, nízké sebevědomí, strach z budoucnosti, smrti, což může ve slabším jedinci vyvolat dispoziční k depresím, které jsou velkým rizikem pro

sebedestruktivní chování. Strach informanti nevidí jen z pohledu nemoci a budoucnosti, ale také z nejistoty, zda bude léčba úspěšná a útrapy a komplikace spojené s léčbou, nebudou zbytečné. Krivohlavý (2013) říká, že člověk v depresi prožívá řadu nepříjemných pocitů, od opuštěnosti, smutku, vyčerpání, únavy, pocitu nepochopení od okolí až po pohled ostatních na ně samé jako na nespolečenské, nemluvné, netečné, což je dostává do ještě většího osamění. O sebevraždu se pokusily dvě ženy, které by bez pomoci psychiatra a dlouhodobé intervence psychologa těžko zvládly každodenní život. Obě delší dobu docházely na psychoterapie. Vymětal (2010) vidí psychoterapii jako zvláštní psychologickou pomoc lidem, kteří jsou vnitřně destabilizovaní nebo jim destabilizace hrozí a na lidi působí jednak při prevenci, léčbě, ale i rehabilitaci. Psychiatrickou medikamentózní pomoc vyhledali další tři informanti, ještě dříve než se u nich psychické problémy dostaly až do fáze pokusů o sebevraždu.

Vliv na sociální vztahy je třetí kategorií této hlavní výzkumné otázky. Rozhovory mi daly odpověď na problematiku sociálních vztahů. Zde logicky navazuje sociální fobie a izolace na psychické problémy, v případě informantů s kožními projevy, na problémy zdravotní. V neposlední řadě je také sociální izolace součástí stigmatizace informantů s ohledem na jejich drogovou minulost. Majoritní společnost vidí tuto skupinu lidí jako problémovou, i když jsou po odvykací léčbě a léčení následků jejich rizikového chování vidí jako zbytečné, drahé a neperspektivní. Někteří informanti toto stále cítí a těžko se s tím smiřují. Zeman (2012) dle výzkumů o postoji českých občanů k užívání drog píše, že většina lidí vnímá užívání drog na celostátní úrovni, jako velký problém.

V oblasti sociálních vztahů je neméně důležité se zmínit a zabývat se pracovním zařazením a s tím souvisejícím finančním ohodnocením, mající vliv na sebehodnocení, seberealizaci, ale hlavně na existenční zajištění sebe i svých blízkých. Stejný názor má i Šesták (2014), práce vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, kromě ekonomického významu má i význam společenský, uspokojuje potřeby ctižádosti, sebeúcty a sebeuplatnění. Výzkumem se prokázalo, že u všech informantů, kteří jsou pracovním činní, došlo k ovlivnění buď pracovního zařazení, strachu ze ztráty zaměstnání nebo vzniku pracovní neschopnosti s možným přechodem do invalidního důchodu. Toto s sebou nese riziko ovlivnění finančních příjmů jedince, s dopadem na celou jeho rodinu. Jedna žena se tímto stala klientkou dávek HN a v tomto případě mohla požádat ještě o příspěvek na dietní stravování. INF C – Markétě, z důvodu HN a možného nároku, bylo doporučeno o tento příspěvek také požádat.

Důležitým životním krokem je mateřství a založení rodiny. Mladí informanti ve výzkumu již touží po založení vlastní rodiny. Přivést zdravé dítě na svět je asi tím nejcennějším darem, které rodiče může potkat, a zdravě smýšlející jedinci pro tento dar udělají vše, co je v jejich možnostech. Každý si přeje mít zdravé a krásné dítě a zodpovědní rodiče chtějí být připraveni, vědí, že narození zdravého dítěte, není samozřejmostí, říká Gregora a Velemínský ml. (2011). Léčba HCV nedovoluje otěhotnění nejen během léčby, ale i po léčbě, a to ještě cca půl roku. Hrozí zde velké riziko vzniku poškození plodu. V tomto případě se ve stejné míře jedná o léčené ženy i muže. Proto plánované rodičovství je u těchto budoucích rodičů, více než u jiných partnerů, nutností. „*Jsou trápení, nehody a nemoci, kterým lze předejít, když víme jak.*“ říká Gregora a Velemínský ml. (2011, s. 9). Z mého výzkumu je patrné, že oba informanti si jsou vysokého rizika vědomi a na své rodičovství se svědomitě připravují. U žen toto čekání však vyvolává určitou netrpělivost a pro své mateřské pudy a naplnění smyslu své biologické podstaty si například partnerka informanta pořídila štěně.

Seberealizace, koníčky a náplň volného času, jsou důležité pro duševní hygienu každého člověka a v případě, že to nefunguje tak, jak má, dochází ke změně vnímání spokojenosti i sebe sama. Opět v návaznosti na výzkum se potvrdilo, že informanti, kteří měli koníčky a věnovali se zvláště nějaké fyzické aktivitě, sportu, tak tyto aktivity opustili pro somatické překážky spojené s léčbou. Ale i informanti, kteří z pohledu aktivních lidí žádnou fyzickou aktivitu nevykonávali, tak na prožívání svého volného času mají svůj pohled, který byl negativně ovlivněn. Toto je případ INF C – Markéty, která se nyní straní kolektivu Azylového domu.

Na tuto ucelenou problematiku lze navázat dílčí výzkumnou otázkou: „*V jaké míře se jednotlivé složky multidisciplinárního týmu podílí na identifikaci problému, intervenci a pomoci těmto klientům?*“

Cílem multidisciplinárního týmu je poskytnutí ucelené a koordinované péče, individuálního přístupu ke klientovi, spolupráci a zainteresovanosti odborníků různých profesí. Modabbernia et al.,(2013) shledává multidisciplinární přístup, jako podpůrné prostředí a tým jako nutnost pro optimální zdravotní a psychosociální péči o pacienty s HCV.

Kategorie **Koordinovaná rehabilitace – léčebná**, nám specifikuje pomoc jednotlivých zdravotnických odborníků. Identifikace zdravotního problému HCV, byla především na praktickém lékaři a z největší části ho informanti sami a dobrovolně vyhledali. U těhotných žen, v rámci screeningu v těhotenství, to byl lékař z oboru gynekologie. A samotná léčba je zajištěna odborným pracovištěm pro terapii HCV, kde dochází ke komplikovanému léčení pod dohledem specialisty daného oboru.

Psychická podpora byla poskytnuta celkem pěti informantům, z toho dvě informantky byly hospitalizované na psychiatrických odděleních pro pokusy o sebevraždu. Všichni pomoc vidí jako nutnou a účelnou, bez které by to těžko zvládali. INF D – Monika si velmi pochvaluje psychoterapii. Psychoterapie dle Vymětala (2010) je situace, ve které se snažíme všemi prostředky pomoci tomu, kdo o naši pomoc stojí. Dále říká, že během psychotherapeutického procesu terapeut pomáhá klientovi k sebepoznání tak, aby žil svůj život v nahlédnutí, tím se zvyšuje klientova kvalita života.

Dalším oborem multidisciplinárního týmu je **Koordinovaná rehabilitace – sociální**.

V tomto případě se přímo nejedná o sociální rehabilitaci tak, jak ji definuje zákon 108/2006 Sb. § 70. Jedná se spíše o využití široké sociální pomoci.

Tato kategorie zahrnuje široké spektrum sociální podpory, od té nejbližší – rodinné, až po sociální podpory od státu. Rodinná podpora se týká zvláště psychické podpory, ale i fyzické pomoci klientovi, při zvládání každodenních povinností, které v určitém okamžiku nezvládá bez pomoci druhého. Dle Chrastiny (2009) se nemoc stává součástí rodinného soužití, ovlivňující sociální vazby i komunikaci.

Jako základní sociální podporou byla informanty identifikována pomoc rodiny. Rodina je pro většinu z nás zázemím, které máme spojené s pocity štěstí, jistoty, bezpečím, láskou. Dobré vztahy uvnitř rodiny jsou stavěny na prioritní místo a vidíme v nich ten pravý smysl života. V případě změn v rámci rodiny, například zdravotního stavu jednotlivců této skupiny lidí, dochází k ovlivnění životů všech členů rodiny. U informantky D – Moniky je pomoc realizována nejen partnerem, ale zasahuje i do života širší rodiny, v podobě matky své i manželově. Kuzníková (2011) vidí rodinu ve vztahu k jejímu fungování jako ekonomickou, výchovnou, biologickou a emocionální jednotku. Pomoc rodiny informanti uvítali a kladně hodnotili v sedmi případech. Cítili od svých blízkých sounáležitost nejen emocionální, ale i finanční. Z výpovědí bylo také patrné, že i když během léčby informanti vyhledávají klid a samotu, tak blízkost rodiny jim

psychicky pomáhá překonávat nesnáze. INF E – Adam žije doma s manželkou a třemi dětmi a už jen kvůli nim se snaží překonat problémy. Na rozdíl od INF F – Davida, který žije jen s matkou, říká, že když člověk nemá ani svoji rodinu, tak jsou chvíle, kdy o životě přemýšlí úplně jinak. Z toho je cítit, že v ten okamžik nevidí smysl svého života a problémy, by chtěl řešit jiným způsobem. Rodina také významně pomohla jednomu informantovi finančně v oblasti bydlení. Společné náklady na bydlení v čase léčby hradili převážně rodiče, čímž mladé rodině výrazně finančně pomohli. Zde se potvrdilo hodnocení Kuzníkové (2011) o ekonomické a emocionální funkci rodiny.

Dalším velkým pomocníkem v sociální rehabilitaci byla pro pět informantů pomoc OSSZ. Jednalo se hlavně o finanční pomoc formou nemocenských dávek, i když nemocenské dávky nejsou příliš vysoké, přesto je to druh příjmu, který je v každé domácnosti přínosem. U dvou informantů došlo z důvodu dlouhodobé léčby až ke vzniku ID. Předpokládá se, že ID bude na přechodnou dobu, ale s určitostí se nedá říci, jak dlouhá doba bude třeba. Manžel informantky D – Moniky pro její velké problémy musí občas na nezbytně nutnou dobu využívat OČR, což rodinu zase finančně znevýhodňuje.

V souvislosti se sociálním poradenstvím INF C – Markéta využila sociální pomoci ve formě sociálního poradenství i přímé pomoci od sociálních pracovníků v Azylovém domě, o které říká, že neví, co by bez ní dělala. Ježorská et al. vidí význam sociální opory jako protektivního faktoru zdraví. Zvyšující se mírou sociální opory se snižuje míra úzkosti a naopak se zvyšuje míra celkové životní spokojenosti. Při zvládání jejich problémů jí velmi pomohlo, že jí zajistili umístění dcery do mateřské školky, kam dochází a informantka tím má možnost odpočinku při zvládání zdravotních komplikací v souvislosti s léčbou, toto identifikovala jako největší pomoc. Zároveň jí sociální pracovnice pomohly řešit finanční nouzi a pomohly jí zažádat o dávky HN. Tyto dávky také pobírá druhá žena a ta již zároveň pobírá příspěvek na dietní stravování., INF C si o příspěvek na dietní stravování bude také žádat. Obě ženy jsou v situaci, kdy tuto pomoc potřebují. Je naděje, že by to mohla být pomoc jen na přechodnou dobu, do doby, kdy dojde k ukončení léčby, postupnému ústupu zdravotních problémů a tím normalizace jejich situace.

Poslední kategorií multidisciplinárního týmu byla stanovena **Koordinovaná rehabilitace – pracovní**, ta byla využita dvěma informanty v návaznosti na jejich ID. Tím, že se předpokládá, že ID nebude mít trvalý charakter, proto oběma klientům byla doporučena

konzultace na ÚP. Toho využil pouze jeden muž, který se byl nahlásit na ÚP a využil pracovního poradenství ohledně možné rekvalifikace, o kterou má také sám zájem. Žena to neodmítá, ale zatím to řešit nechce, chce se tomu věnovat v době, až se vyléčí. Zákon 435/2004 Sb. § 69 říká: „*Na pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem poskytovatele zdravotních služeb zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními.*“ U těchto informantů se jednalo pouze o předběžné konzultace na ÚP, ještě dříve, než se zahájilo samotné jednání. Vendel (2008) optimální pracovní zařazení pro člověka vidí, jako využití jeho nejlepších schopností a vlastností a pro jeho nejefektivnější práci, je potřeba při jeho zařazování kromě faktorů zdraví a kvalifikace zohlednit i faktory psychologické. V návaznosti na toto mohu říci, že INF A Aneta, která pracovala jako pokladní v supermarketu, sama pocítila, že tuto práci dál nemůže dělat a zároveň nechtěla být v dlouhodobé PN, raději volila změnu pracovního zařazení, které jí více vyhovovalo.

Další dílčí výzkumnou otázkou bylo: „*Zda je závislost na omamných látkách v anamnéze významným faktorem u onemocnění chronickou hepatitidou C?*“

Z tohoto výzkumu jasně vyplývá, že mezi nemocí HCV a intravenózní toxikomanií je významný vztah. Všichni informanti byli bývalými uživateli i.v. drog. Říká to i odborná literatura, např. Crawford et al. (2013) vidí spojitost výskytu infekce hepatitidy C u i.v. uživatelů drog ve vyspělých zemích u 50% stávajících případů a do 90% u nových případů, tudíž rozmezí se pohybuje od 65% do 90%. A v návaznosti na tento problém Harris a Rhodes (2013) ve své práci píše, že Světová zdravotnická organizace označuje uživatele intravenózních drog jako hlavní cílovou skupinu pro prevenci a léčbu HCV.

Je jisté, že se v populaci ještě najdou lidé, kteří se infekcí HCV nakazili při nějakém invazivním výkonu (příjemce krevních derivátů, zubní ošetření, operace, akupunktura, tetování, apod.) v době, kdy se ještě netestovali dárce krve. Od devadesátých let se však dbá ve zvýšené míře na prevenci. Stejně tak, došlo k velkému posunu ve zdravotnictví, které je v dnešní době vybaveno pomůckami na jedno použití, čímž se riziko nákazy a přenosu velmi zmenšilo, a to nejen u nemocných, ale i u personálu. Husa (2013b) to prezentuje tak, že od roku 1992 již dochází k testování krevních derivátů, a proto se od té doby infekce HCV šíří převážně mezi uživateli drog při používání společných pomůcek.

Získáním rozhovorů od informantů, rozčleněním do jednotlivých kategorií a zhodnocením výsledků, získávám odpověď na prožívání jejich **kvality života**. Všichni se shodli na tom, že jim léčba negativně zasáhla do života. Prožívají výrazné zdravotní problémy, které mají vliv na psychiku, a celé jejich sociální fungování. Psychosociální problémy ovlivnily životy nejen informantům, ale i jejich blízkým. Chrastina (2009) dobře definuje vliv nemoci na život nemocného. Říká, že každá nemoc ovlivňuje běžný způsob života a stává se náročnou situací v životě nemocného. Dva informanti měli tak výrazné problémy, že léčbu byli nuceni ukončit, i když ví, že nevyлéčení této infekce pro ně do budoucna může být vážným zdravotním problémem, ohrožující jejich život.

Zároveň je důležité se na tuto nemoc podívat z širšího pohledu. Pohledu celospolečenského. Je to nemoc, kterou mají převážně lidé užívající i. v. návykové látky nebo bývalí uživatelé. Jejich způsob života majoritní společnost nechápe a odsuzuje, a proto i pomoc těmto lidem je mnohdy vnímána jako zbytečná. Vidí je jako nezodpovědné osoby, které nejsou schopny dostát určitým závazkům, které léčba vyžaduje a v praxi se to také mnohdy potvrdilo. Pokud by však vyřkli přání se léčit, tak jim nikdo nesmí léčbu odepřít, i když je finančně nákladná. Průběh léčby je tak náročný, že aktivní uživatel ho málokdy vydrží a léčbu předčasně ukončí. To potvrdil i jeden informant E – Adam, který se v minulosti již dvakrát léčil, ale nikdy léčbu nedokončil. Jelikož ani léčba závislosti není jednoduchá a jedinec musí sám vynaložit velké úsilí a sebezapření, tak v okamžiku, kdy dojde k vyléčení ze závislosti, je dobré zahájit léčbu HCV, protože je zde předpoklad, že jedinec dokončí i tuto terapii. Následně dochází k ochraně široké společnosti, před možnou náhodnou nákazou touto nemocí. Grolmusová (2013) říká, že při stávajících cenách se z veřejnozdravotního hlediska léčba HCV vyplácí, i když jednorázové náklady na léčbu dosahují 400 – 700 tisíc Kč, v návaznosti na typ léčby. Léčení jaterních komplikací infekce HCV, jako je cirhóza, rakovina jater a následná transplantace jater, výrazně převyšují tyto částky. Grolmusová hovoří o nákladech léčby rakoviny jater v částkách okolo 1 milionu Kč a Koubová (2015) vyčíslila transplantaci jater v hodnotě 1, 6 milionů Kč. Toto jsou čísla, která by měla ukázat cestu, kterou by se země měly vydat.

Výstupem mého výzkumu vznikly tyto hypotézy, které mohou být podnětem k dalšímu kvalitativnímu zkoumání.

- Kvalita života je během léčby výrazně negativně ovlivněna.
- Multidisciplinární tým je důležitou složkou psychosociální péče o klienty s HCV.
- Psychosociální péče je nedílnou součástí koordinované rehabilitace u klientů s HCV.

6. ZÁVĚR

V diplomové práci jsem zkoumala, jak náročná léčba chronické hepatitidy C ovlivní klienty v jejich holistickém pojetí osobnosti, v návaznosti na jejich toxikomanskou minulost. Vzhledem k tomu, že se na nemoc často hledí pouze z pohledu fyzického zdraví a opomíjí se následky psychické a sociální, tak mě zajímalo jaký má léčba chronické HCV vliv na psychosociální fungování jednotlivců a tím dopad na jejich celkovou kvalitu života. Cílem bylo v tomto případě také zjistit funkci multidisciplinárního týmu na diagnostice, intervenci a pomoci nemocným během léčby. V rámci výzkumu byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka byla zaměřena na psychosociální problémy vzniklé v návaznosti na fyzické problémy, které vedou ke změně kvality života. Z výzkumu vyplývá, že léčba přináší naději na uzdravení, ale přináší s sebou spoustu problémů zvláště po fyzické stránce, které klienty ovlivní v jejich dalším fungování. Klienti závislí na návykových látkách, chtějí po vyléčení ze závislosti, začít žít normální, běžný a kvalitní život, plánují svoji budoucnost, rodinu, ale mnohdy se toto přání, z důvodu nové léčby, nyní infekční HCV, odsouvá o několik měsíců později. Dochází k mnoha problémům zasahujících do života tak, že je třeba intervence psychologa, psychiatra i pomoci sociálního sektoru. Během léčby u všech informantů dochází k negativnímu ovlivnění kvality života, ale předpokládá se, že pouze na přechodnou dobu. Cíle bylo dosaženo.

První dílčí otázka týkající se vztahu nemoci HCV a intravenózní aplikace drog potvrdila, že propojenost těchto dvou veličin je významným faktorem pro toto onemocnění. Uživatelé i. v. drog jsou největší rizikovou skupinou pro toto onemocnění. Cíle bylo dosaženo.

Druhá dílčí otázka byla zaměřena na intervenci multidisciplinárního týmu, v jaké míře se jednotlivé složky podílejí na pomoci těmto klientům. Výzkumem bylo zjištěno, že nejvíce pomoci dochází v oblasti medicíny, jedná se o vlastní terapii nemoci, ale důležitá je následná pomoc psychologická a psychiatrická, bez které by někteří byli ohroženi na životě. V oblasti sociální pomoci se ukázala jako nejpodstatnější, pomoc rodiny, vidím to jako pozitivní výsledek, protože dobré mezilidské vztahy uvnitř rodiny jsou tou nejlepší pomocí, kterou jedinec může dostat a také sám očekává. Pro osoby, které nemají rodinné zázemí, ale nejen pro ně je důležité i sociální poradenství a pomoc poskytnuté sociálními

pracovníky. A poslední oblastí multidisciplinárního týmu v této problematice, bylo pracovní poradenství, které bylo poskytnuto formou poradenství na ÚP pro možnou rekvalifikaci a změny pracovního zařazení. Cíle bylo dosaženo.

Na tento problém nelze pohlížet izolovaně, je ho třeba vidět široce, nejen z pohledu jedince, ale i společnosti. Bylo by třeba vynaložit více úsilí v prevenci před drogovou závislostí. Bylo by dobré, kdyby součástí informačních materiálů o prevenci byly i následné dopady léčby nemocí, včetně psychosociální problematiky, nejen možnosti nákazy. Zároveň je třeba informovat i veřejnost, že ač se nám mnohdy zdá být zbytečná léčba těchto problémových lidí, tak v důsledku dochází k ochraně zdravé populace. A pokud bychom i toto nechtěli vidět jako pozitivum, ale zajímala by nás ekonomická stránka, tak je třeba vědět, že neléčený HCV pozitivní jedinec čerpá z veřejných zdrojů dvojnásobné náklady na léčbu komplikací spojené s onemocněním HCV.

Proto by výsledky této práce mohly posloužit jako materiály pro prevenci, k osvětové činnosti ve školách a institucím, které poskytují pomoc uživatelům návykových látek.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ASBJØRN, O. FALAIDE, et al., 2010. *Vliv psychiky na zdraví*, České vydání Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3
2. BENEŠ, J. et al., 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galén. 651 s. ISBN 978-80-7262-644-1
3. BLINKA, L. et al., 2016. *Online závislosti*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0991-3
4. BRODANOVÁ, M., 2011. Výživa u jaterního onemocnění. *Medicína pro praxi*. Solen. 8(12), 552-554, ISSN 1214-8687
5. CICHÁ, M. et al., 2009. Kvalita života jako klíče ke zdraví jedince, rodiny, společnosti. In. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a porodnej asistenci, 8. medzinárodná konferencia v Martine*, s. 580-585, ISBN 978-80-88866-61-9
6. CRAWFORDS, S. et al., 2013. Peer Support Models for People With a History of Injecting Drug Use Undertaking Assessment and Treatment for Hepatitis C Virus Injection. [online] *Clinical Infectious Diseases: An Oficial Publication of The Infectious Diseases Society of America*. Vol. 57, Suppl. 2. [cit.2017-02-22] Dostupné na: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23884070&lang=cs>
7. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010, *Výchova ke zdraví – Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8
8. ČERNÝ, Z., 2008. *Infekční nemoci: jak pečovat o pacienty s infekčním onemocněním*, 2. vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 284 s. ISBN 978-80-7013-480-1
9. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In. Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244.
10. ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. 5. 2004, Zákon o zaměstnanosti (úplné znění), [online], [cit. 2017/07/01], Dostupné z: www.podnikaetel.cz/zakony/zakon-č435-2004-o-zamestnanosti/uplne/
11. DISMAN, M., 2011. Jak se vyrábí sociologická znalost. 4. vyd. Praha: Universita Karlova v Praze. 371 s. ISBN 978-80-246-1966-8

12. DLHÝ, J., BENEŠ, Č., 2007. Importované virové hepatitidy v České republice. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*, TRIOS, 13 (2), s. 48-52, ISSN 1211-264X
13. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
14. EHRMAN, J., et al., 2014. *Hepatologie: 2. vydání 2014*. Praha: Grada. 658 s. ISBN 978-80-247-8021-4
15. ERICKSON, G.P., et al., 2015. A New Direction for Drug Policies and Programs. *Harm Reduction*. University of Toronto, 476 s. ISBN 978-14-426-5818-9
16. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0
17. FORTIER, E. et al., 2015. The effect of social functioning and living arrangement on treatment intent, specialist assessment and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people with a history of injecting drug use: The ETHOS study. *International Journal of Drug Policy*. June 2015 Vol. 26 (11) s. 1094-1102, DOI:10.1016/j.drugpo.2015.06.001
18. FRANCOVÁ, H., 2014. Sociální rehabilitace. s. 149-156. In: PFEIFFER, J. et al., *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-461-2
19. FRITSCHOVÁ, G., 2012. Aktivní politika zaměstnanosti: pomoc klientům po léčbě drogové závislosti je prospěšná celé společnosti. *Sociální práce/Sociální práce*. Brno: ASVSP, 12 (1), s. 134-135. ISSN 1213-6204
20. GALSKÝ, J. et al., 2012. Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (HCV). *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*, TRIOS, 18 (3), s. 75-89. ISSN 1211-264X
21. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3
22. GROLMUSOVÁ, L., 2013 (eds.). *Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: Skrytá epidemie hepatitidy typu C*, *Global Commission on Drug Policy*, Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. Úřad vlády ČR 48 s. ISBN 978-80-74440-082-7
23. GUARINO, H. et al., 2012. The social production of substance abuse and HIV/HCV risk: an exploratory study of opioid-using immigrants from the former

- Soviet Union living in New Yourk City. *Substance Abuse Treatment, Prevention And Policy*. Vol. 7 supl. 2. 1-15. doi:10.1186/1747-597X-7-2. Dostupné na: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22239997&lang=cs>
24. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: Pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1
 25. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
 26. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5
 27. HARRIS, M. et al., 2012. Staying safe from hepatitis C: engaging with multiple priorities. *Qualitative Health Research*. Vol. 22. supl. 1. 31-42. doi: 10.1177/1049732311420579. Dostupné na: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21873284&lang=cs>
 28. HARRIS, M., RHODES, T., 2013. Hepatitis C Treatment Access and Uptake for People Who Inject Drugs: a Review Mapping the Role of Social Factors [online]. *Harm Reduction Journal*. 2013, 10;7. s. 2-11, doi: 101186/1477-7517-10-7. Dostupné na: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23651646&lang=cs>
 29. HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6
 30. HEŘMANOVÁ, E., 2013. Psychosociální zdraví v kontextu kulturních systémů a kvality života. *Sborník z XLIII. konference „Zdraví – výzvy a rizika“ České demografické společnosti Praha. 22. - 23. května 2013*. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/263658585_Psychosocialni_zdravi_v_kontextu_kulturnich_systemu_a_kvality_zivota
 31. HOBSTOVÁ, J., 2010. Drogová závislost a infekční nemoci. *Medicína pro praxi*. SOLEN, 7 (10), s. 368-371. ISSN 1214-8687
 32. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9

33. HUSA, P. 2012. Kombinovaná léčba hepatitidy C telepravírem a peginterferonem alfa a ribavirinem. *Farmakologie, MedActa*. 1 (6), s. 34-37. ISSN 1805-398X
34. HUSA, P., 2013a. Novinky v léčbě virových hepatitid B a C. *Interní medicína pro praxi*. SOLEN, 15 (11-12), s. 352-354. ISSN 1212-7299
35. HUSA, P., 2013b. Virové hepatitidy B, C a D. *Medicína pro praxi*. SOLEN, 10 (3), s. 123-125. ISSN 1214-8687
36. HUSA, P., 2015. Novinky v léčbě hepatitidy C. *Interní medicína pro praxi*. SOLEN, 17 (1), s. 26-27. ISSN 1212-7299
37. HUSA, P., HUSA, P. ml., 2016. Bezinterferonová léčba hepatitidy C – současnost a blízká budoucnost. *Postgraduální gastroenterologie a hepatologie. Mladá fronta a.s.*, 2 (4), s. 267-272. ISSN 2336-4998
38. HUSA, P., OVESNÁ, P., 2011. Prevalence a rizikové faktory hepatitidy C v romské populaci v Brně. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. TRIOS, 17 (6), s. 201-207. ISSN 1211.264X
39. CHLÍBEK, R., SMETANA, J., 2007. Očkování proti virovým hepatitidám. *Vakcinologie. MedActa*. 1 (3), s. 140-153. ISSN 1802-3150
40. CHRASTINA, J., et al., 2009. Životní styl s chronickou nemocí – teoretická východiska. *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve a v porodnej asistenci. 8. medzinárodná konferencia v Martine*. s. 193-207. ISBN 978-80-88866-61-9
41. JANKOVSKÝ, J. 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace, s. 49 – 113. In: PFEIFFER, J. et al., *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-461-2
42. JEDLIČKA, R., 2014. *Teorie výchovy – tradice, současnost, perspektivy*. Praha: UK Karolinum. 276 s. ISBN 978-80-246-2412-9
43. JEŽORSKÁ, Š. et al., 2013. Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví. *Profese on.line*. FZV UP v Olomouci, roč.6, č. 1, s. 17-22, ISSN 1803-4330
44. KALINA, K. et al., 2015., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 692 s. ISBN 978-80-247-9792-2
45. KOUBOVÁ, M. 2015. Unikátní transplantace jater v IKEM zachránila pacienta po otravě paracetamolem. [online 28.8.2015], *Zdravotnický deník*.

- [cit.2017/04/07]. Dostupné z: www.zdravotnickydenik.cz/2015/08/unikatni-transplantacejater-v-ikem-zachranila-pacienta-po-otrave-paracetamolem
46. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Jak zvládat depresi. 3. aktualizované a rozšířené vydání.* Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-4774-3
 47. KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí.* Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1
 48. KUNZE, M., 2017. Češi jsou v boji se závislostmi na světové špičce. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii.* Praha: MF Medical. s. 11. ISSN 2326-2987
 49. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky.* Praha: Grada. Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7
 50. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada Publishing. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4
 51. KUZNÍKOVÁ, I., MALÍK-HOLASOVÁ, V., 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací.* Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. Tisk:tiskmocan.cz. 96 s. ISBN 978-80-7368-987-2
 52. LUDÍKOVÁ, L. et al., 2014. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami.* UP v Olomouci. 170 s. ISBN 978-80-244-4296-9
 53. MACHÁČKOVÁ, I. (překladatelka) 2007. *Zvuk jako významný zdroj informací.* Praha: Tyfloservis. 20 s. ISBN 978-80-904063-0-8.
 54. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al., 2015. *Výchova ke zdraví, 2. aktualizované vydání. 2.vyd.* Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5
 55. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy.* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6
 56. MATOUŠKOVÁ, J., 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie.* Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-4580-0
 57. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Psyché. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-4
 58. MODABBERNIA, A. et al., 2013. Neuropsychiatric and Psychosocial Issues of Patients With Hepatitis C Infection: A selective Literature Review Mental and Social Aspects of HCV. *Hepatitis Monthly*, Vol. 13 suppl. 1. s. 1-9. e 8340
 59. MRAVČÍK, V. et al., 2015. *Nové psychoaktivní látky v České republice: výskyt, rizika a související opatření.* Praha: Klinika adiktologie 1. LFUK v Praze a VFN v Praze. 114 s. ISBN 978-80-905717-9-2

60. MRAVČÍK, V. et al., 2016a. Infekční a další somatická komorbidita problémových uživatelů drog – výsledky průřezové studie s lékařským vyšetřením. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*. Praha: ČLS JEP. 65 (1), s. 56-62. ISSN 1210-7913
61. MRAVČÍK, V. et al., 2016b. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic]. MRAVČÍK, V. (eds). Praha: Úřad vlády České republiky, 2016. 272 s. ISBN 978-80-7440-156-5
62. MZČR, 2016. Světový den proti žloutenkám: žloutenka každoročně zabije více lidí než HIV, tuberkulóza nebo malárie. MZCR. Cz [online]. 27.7.2016. [cit. 2017-02-17]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/svetovy-den-proti-zloutenkamzloutenka-kazdorocne-zabije-vice-lidi-nez-hivtub_12370_3438_1.html
63. NEŠČÁKOVÁ, L., 2012. *Pracovní právo pro neprávniky: rozbor vybraných ustanovení, praktická aplikace, vzory a příklady*. Praha: Grada. Publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-4091-1
64. NEŠPOR, K., 2011. Krátká intervence a první pomoc pro lidi s návykovými látkami. *Prakt. Léč.* Praha: ČLS J.E.Purkyně, 91 (8), s. 489-493. ISSN 0032-6739
65. NEŠPOR, K., 2015. Pozitivní emoce a zdraví. *Medicína pro praxi*, SOLEN, 12 (5), ISSN 1214-8687
66. NOVÁKOVÁ, I., 2011a. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-7101-4
67. NOVÁKOVÁ, I., 2011b. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4
68. OLIŠAROVÁ, V., et al., 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. [online] *Kontakt*. 15 (1), s. 14-21. ISSN 1804-7122 [cit.2017-02-17]. Dostupné na: <http://casopis-zsfju.zsf.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>
69. PFEIFFER, J., et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*, ZSF JU. České Budějovice, 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2
70. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Publishing. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
71. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2

72. RIESEL, P., 2012. Závislost a veřejné zdraví, *Adiktologie*. SCAN, 12 (2), s. 158-159. ISSN 1213-3841
73. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Univerzita Karlova. 387 s. ISBN 978-80-246-2197-5
74. ROŽNOVSKÝ, L. 2014. Virové hepatitidy. *Vakcinologie*, MedAkta, 8 (2), s. 74-82, ISSN 1802-3150
75. ROŽNOVSKÝ, L., 2007. Virové hepatitidy – stále aktuální téma. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. TRIOS, 13 (2), s. 47. ISSN 1211-264X
76. RŮŽIČKA, M. et al., 2014. The current issues of aftercare in the Czech Republic. *Journal of Exceptional People*. PdF UP Olomouc. 1 (4), s. 7-19. ISSN 1805-4978
77. SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada Publishing. 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9
78. SHERLOCKOVÁ, S., DOOLEY, J., 2004. Virus hepatitidy C. *Nemoci jater a žlučových cest*. Překlad jedenáctého vyd. 2004, s. 285-312. ISBN 80-86703-00-2
79. SKORUNKA, D., 2014. Porucha nebo něco jiného? *Psychiatrie pro praxi*. SOLEN, 16 (3), s. 96-100. ISSN 1213-0508
80. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9
81. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. s. 157-165. In: PFEIFFER, J. et al., *Koordinovaná rehabilitace*. ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-461-2
82. ŠIDOVÁ, M., ŠŤASTNÁ, L., 2010. Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS. *Adiktologie*, 10 (2), s. 118-128. ISSN 1213-3841
83. ŠIMKOVÁ, S., ZLÁMAL, M., 2011. Léčba chronické virové hepatitidy u starších nemocných. *Interní medicína pro praxi*. SOLEN, 13 (2), s. 82-84. ISSN 1212-7299
84. ŠPERL, J. 2011. Léčba a prevence chronických virových hepatitid. *Vakcinologie*, MedAkta, 5 (2), s. 57-60. ISSN 1802-3150
85. ŠTEFAN, J., HLADÍK, J. et al., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. Publishing. 448 s. ISBN 978-80-247-3594-8
86. TRELOAR, C. et al., 2011. Social inclusion and hepatitis C: exploring new possibilities for prevention. *Expert Review Of Anti-Infective Therapy*. Vol. 9. suppl. 4, 397-404. doi: 101586/ERI.11.26. Dostupné na:

<http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&do=mdc&AN=21504397&lang=cs>

87. URBÁNEK, P. et al., 2012. Standardní diagnostický a terapeutický postup u chronické infekce virem hepatitidy C (HCV). *Gastroenterologie a hepatologie*, Ambit Media, 66 (3), s. 214-229. ISSN 1804-7874
88. VALKOVÁ, I. et al., 2011. Genetické polymorfizmy jako nové prediktivní faktory úspěšnosti léčby chronické hepatitidy C. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. TRIOS, 17 (6), s. 190-193. ISSN 1211-264X
89. VENDEL, Š., 2008. Kariérní poradenství, Praha: Grada Publishing. 224 s., ISBN 978-80-247-1731-9
90. VILIBIĆ, Č. et al., 2011. Hepatitis C Virus Antibody Status, Sociodemographic Characteristics, and Risk Behaviour Among Injecting Drug Users in Croatia. *Central European journal of Public Health*, 19;1. s. 26-29. ISSN 1210-7778
91. VITOUŠ, A., HOBSTOVÁ, J., 2007. Infekční onemocnění problémových uživatelů drog hospitalizovaných na infekčním oddělení FN Motol v období 2002-2005. *Klinická mikrobiologie a infekční lékařství*. TRIOS, 13 (2), s. 70-75. ISSN 1211-264X
92. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie: 3. aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0
93. WEDEMEYER, H., et al., 2014. Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) disease burden. *Journal of viral hepatitis*. John Wiley & sons, Vol. 21, supl 1.
94. YOUNG, M. A., et al., 2013. Social networks and HCV viraemia in anti HCV-positive rural drug users. *Epidemiolog. Infect.* Cambridge University. 141. s. 402-411. doi:10.1017/S0950268812000696
95. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení. 2., aktual. a doplněné vydání*. Praha: Grada. Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-0155-9
96. ZEMAN, P., et al., 2012. Znalosti, názory a postoje občanů v oblasti drogové problematiky. *Adiktologie*. 12 (4), s. 302-310. ISSN 1213-3841
97. ZEMANOVÁ, V., DOLEJŠ, M., 2015. *Životní spokojenost, sebehodnocení, a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. FF UP. v Olomouci, 151 s. ISBN 978-80-244-4492-5

8. PŘÍLOHY

Otázky rozhovoru

1. Identifikační a obecné otázky

1. Pohlaví
2. Kolik je Vám let?
3. Žijete v nějakém partnerském svazku? Vdaná/ženatý?
4. Kolik máte dětí?
5. Jaké máte bytové poměry?
6. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
7. Jaké je vaše povolání?
8. Byl/a nebo jste uživatelem omamných látek?
9. V kolika letech jste začal/a s užíváním a co Vás vedlo k tomu, že jste s experimentem začal/a?
10. Co Vás přivedlo k tomu, že jste přestal/a s užíváním omamných látek?
11. Věděl/a jste o možné nákaze, související s užíváním omamných látek a zároveň prevenci? Pokud ano, dbal/a jste na prevenci?
12. Jak jste se dověděl/a o Vašem onemocnění, kdo Vám sdělil tuto diagnózu?
13. Pro léčbu chronické HCV jste se rozhodl/a dobrovolně nebo Vás někdo či něco k tomuto donutil/o?

2. Biologická oblast zdraví

1. Pocítil/a jste změnu Vašeho zdravotního stavu během léčby?
2. Máte zdravotní problémy? Pokud ano: jaké?
3. Ovlivnila léčba Váš intimní partnerský život?

3. Psychická oblast

1. Máte pocit, že léčba ovlivnila Vaši psychiku?
2. Jak léčba ovlivnila Vaši celkovou náladu?
3. Musel/a jste vyhledat pomoc psychologa či psychiatra?
4. Trpíte větší únavou?

4. Sociální oblast

1. Jakým způsobem se léčba promítla do partnerského/rodinného života? Došlo k přerozdělení rolí v rámci rodiny?
2. Měl/a jste v zaměstnání problém s Vaším zaměstnavatelem ohledně snížené pracovní výkonnosti či pracovní neschopnosti?
3. Došlo u Vás ke změně zaměstnání v návaznosti na problémy s léčbou, výkonností, zaměstnavatelem?
4. Ovlivnila PN Váš rodinný rozpočet? Musel/a jste využít nějaké sociální pomoci?
5. Jak ovlivnila léčba Vaši seberealizaci?
6. Můžete se věnovat svým koníčkům?
7. Cítíte nyní během léčby změnu v kvalitě života?

Potvrzení schválení výzkumu

Potvrzení o schválení výzkumu v TN Praha 4 – infekční oddělení

Studentce Bc. Evě Jarošové ZSF JCU v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory, bylo v našem zařízení umožněno provádění sběru dat, pro výzkum do její diplomové práce s názvem:

„Psychosociální problémy u pacientů s chronickou hepatitidou C a toxikomanií v minulosti“.

Tento sběr dat byl proveden se souhlasem oslovených pacientů.

V Praze 23. 1. 2017


Kaliánová Helena

vrchní sestra, Infekční oddělení

IČP 04 005 851	THOMAYEROVA NEMOCNICE	
	Videňská 800 140 59 Praha 4 - Krč (1)	
	Infekční oddělení sekretariát Tel.: 261 083 543	odbornost 203

9. SEZNAM ZKRATEK

HBV – Virus hepatitidy B

HCV – Virus hepatitidy C

HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrom

i. v. – Intravenózní

IUD – Intravenózní uživatelé drog

RNA – Ribonucleic Acid - ribonukleová kyselina

PCR – Polymerase Chain Reaction - polymerázová řetězová reakce

APTT – Aktivovaný protrombinový čas

ELISA – Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay – nejpoužívanější imunologická metoda sloužící k detekci protilátek. Lze s ní detekovat i antigen.

SVR – Setrvalá virologická odpověď

PEG – INF – pegylovaný interferon

RBV – Ribavirin

TVR – Telaprevir

DAA – Directly Acting Antivirals

PL – Praktický lékař

PN – Pracovní neschopnost

ID – Invalidní důchod

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

HN – Hmotná nouze

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

OČR – Ošetřování člena rodiny

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace