

**Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity
v Českých Budějovicích**

Katedra: Veřejného a sociálního zdravotnictví

Studijní obor: Ochrana veřejného zdraví

KVALITA ŽIVOTA PODMÍNĚNÁ ZDRAVÍM U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

(Health Related Quality of Life of Drug Addicts)

bakalářská práce
Vladimír Veverka

Školitel: Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

České Budějovice 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedenou literaturu.

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

V Českých Budějovicích dne 5. května 2008

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěl poděkovat paní Mgr. Haně Kalové za ochotné konzultace.

Především chci ale poděkovat mému školiteli, panu doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D., za jeho trpělivost a současně profesionální a přitom laskavý přístup.

Poděkovat chci také rodičům, za poskytnuté zázemí, pochopení pro mé studium a všestrannou podporu.

OBSAH:

Titulní list.....	1
Prohlášení.....	2
Poděkování.....	3
Obsah.....	4
 1. ÚVOD.....	 6
 2. KVALITA ŽIVOTA.....	 7
2.1. VYMEZENÍ POJMU „KVALITA ŽIVOTA“.....	7
2.2. METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	9
2.2.1. MĚŘENÍ DLE EXTERNÍCH KRITÉRIÍ.....	9
2.2.2. MĚŘENÍ DLE INTERNÍCH KRITÉRIÍ.....	10
2.2.3. MĚŘENÍ DLE SMÍŠENÝCH KRITÉRIÍ.....	13
 3. VYMEZENÍ POJMU DROGOVÁ ZÁVISLOST.....	14
3.1. DEFINICE MODELU NEMOCI.....	14
3.1.1. ZMĚNY PARADIGMAT /A MODELŮ/ NEMOCI...14	
3.1.2. BIOMEDICÍNSKÉ MODELY NEMOCI.....	18
3.1.3. POSUN MODELU NEMOCI: OD BIO-MEDICÍNSKÉHO K BIO-PSYCHOSOCIÁLNÍMU - A S NÍM SPOJENÉ KLASIFIKACE ICIDH.....	19
3.2. VYMEZENÍ POJMU DROGOVÁ ZÁVISLOST.....	21
 4. KVALITA ŽIVOTA VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU STAVU (HRQOL)	24
4.1. „KVALITA ŽIVOTA" (QOL) A „KE ZDRAVÍ VZTAŽENÁ KVALITA ŽIVOTA“ (HRQOL).....	24
4.2. PRAKTICKÉ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU STAVU.....	27
4.3. TŘI TYPY DOTAZNÍKŮ KE ZJIŠŤOVÁNÍ HRQOL.....	28
 5. VÝZKUMNÁ SONDA.....	30
5.1. CÍL VÝZKUMU.....	30
5.2. PROBANDI.....	30
5.3. METODA.....	31
5.4. VÝSLEDKY.....	32
5.4.1 SROVNANÍ DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ČR A OXFORDSKÉ KONTROLNÍ SKUPINY.....	33
5.4.2. SROVNANÍ PŘÍBUZNÝCH DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ČR A OXFORDU.....	35
5.4.3. SROVNÁNÍ CHORVATSKÝCH PŘÍBUZNÝCH DROGOVĚ ZÁVISLÝCH A OXFORDU	37
5.4.4. SROVNÁNÍ PŘÍBUZNÝCH A ZÁVISLÝCH V ČR S OXFORDEM.....	41
5.4.5. SROVNÁNÍ MUŽŮ A ŽEN V CHORVATSKÉ SKUPINĚ PŘÍBUZNÝCH.....	43

6. DISKUZE.....	45
7. ZÁVĚRY.....	47
7.1. DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	48
8. ABSTRAKT / SUMMARY.....	50
8.1. ABSTRAKT.....	50
8.2. SUMMARY.....	51
9. POUŽITÁ LITERATURA.....	52
10. PŘÍLOHY.....	54
10.1. PŘÍLOHA: SF-36.....	54

1. ÚVOD

Cílem předkládané bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života drogově závislých a jejich příbuzných (nebo osob blízkých).

V úvodní, teoretické části práce jde o vymezení pojmu „kvalita života“, systematicky a kriticky klasifikovat metody měření kvality života, vymezit pojem drogová závislost a uvést je do vztahu ke konceptu kvality života podmíněné zdravotním stavem. (HRQOL).

Cílem praktické části této bakalářské práce je stanovit
1/ individuální a průměrná skóre kvality života u osob drogově závislých a u jejich příbuzných nebo blízkých.

2/ analyzovat zjištěné jevy, srovnat kvalitu života probandů s evropskými normály, porovnat genderové rozdíly ve skupině příbuzných drogově závislých, a poté srovnat i kvalitu života skupiny drogově závislých s kvalitou života skupiny rodinných příslušníků drogově závislých.

3/ Na základě této analýzy stanovit závažnost shledaných jevů (jejich statistickou významnost) a identifikovat nejvíce postižené domény kvality života. Tím vytvořit předpoklady pro rozvahu o potřebnosti sortimentu a objemu případných sociálních intervencí u cílových osob.

2. KVALITA ŽIVOTA

2.1. VYMEZENÍ POJMU „KVALITA ŽIVOTA“

Než přistoupíme k vlastnímu výzkumu, bude nezbytné vymezit základní pojmy s nimiž v této studii budeme pracovat.

Prvním z těchto základních pojmů je pojem „kvalita života“.

Zatímco kvantita či délka života není zásadní teoretický problém (ponecháme-li spory o přesný začátek /např. spojení pohlavních buněk?, určité stádium vývoje nervové soustavy?, porod?/ či konec/v současné době stanovený jako nezvratné změny mozku neslučitelné se životem/), pak exaktní a srovnatelné hodnocení či měření kvality života, i přes značný dosažený pokrok ve sjednocování metodiky je ještě variabilnější, a to nejen s ohledem na různé vědní disciplíny, ale i v samotné oblasti medicíny a zdravotnické péče.

V češtině užívané slovo „kvalita“ je počestělý termín latinský „qualitas“¹, tj. jakost, resp. „qualis“², tj. „jaký“. „Vyjadřuje se tak *charakteristický rys* toho, o čem se hovoří, *kterým se daný předmět odlišuje od jiného* jedince (ve smyslu lepší či horší než), případně od skupiny jedinců obdobného druhu.“³ Ve této práci se přidržíme pojetí pracujícího s termínem „kvalita“ v neutrálním, tj. nehodnotícím významu.

Kvalita života, o kterou nám v naší studii půjde se netýká ani života v jakémisi obecném, více méně filosoficky abstraktním smyslu, ale půjde nám o kvalitu života člověka (*homo sapiens sapiens*) v ČR na počátku 21. století.

V našem přístupu ke kvalitě života bude převládat spíše deskriptivní (popisná) snaha, rozpoznat aktuální stav, nad preskriptivním vytyčováním nějakého žádoucího stavu, ačkoliv si uvědomujeme, že jakákoliv volba kritéria hodnocení je vlastně

¹ Kuchařský, P. - Vránek, Č.: Latinsko-český slovník, Praha 1957; str. 352

² Kuchařský, P. - Vránek, Č.: Latinsko-český slovník, Praha 1957; s. 352

³ Křivohlavý, J.: Kvalita života; Zdroj:

http://jaro.krivohlavý.cz/stare_stranky/clanky/c_kv_ziv.html

implicitně preskriptivní... Z mnoha možných pokusů o definici a stanovení kritérií kvality života můžeme uvést např. Roberta L. Shalocka: „Kvalita života je zkušenost (zážitek), kdy lidské základní potřeby jsou uspokojeny a kdy on nebo ona mají stejné příležitosti dosáhnout cílů v uspořádání života v rodině, společnosti, škole a práci. Kvalita života je multidimenzionální koncept (pojem), který může být bezpečně potvrzen širokou řadou osob reprezentujících různorodá hlediska spotřebitelů a jejich rodin, právníků, odborníků, dodavatelů. Kvalita života je mírou schopnosti jedince podílet se na rozhodnutích, která ovlivňují jeho život. Kvalita života je míra schopnosti akceptace (přijetí) a plného zařazení osob do společnosti v jejich místní komunitě.“⁴ Jinde u něj nalézáme -jakožto odpověď na otázku, co dělá život dobrý - výčet těchto 8 ústředních dimenzí:

„emocionální pohoda fyzická pohoda
mezilidské vztahy seberealizace
materiální pohoda..... sociální začlenění
osobní rozvoj.....práva“⁵

Přesto však Robert L. Shalock připouští: „Studium kvality života vyžaduje hlubokou znalost lidí a jejich perspektiv, a nejednotnou metodologii (metodiky). Měření kvality života vyžaduje rozmanité měřicí techniky. Změny kvality života zastávají vedoucí role v programovém hodnocení...“⁶

U nás prof. Jaro Křivohlavý prosazuje dělení metod měření kvality života do tří skupin⁷:

I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života *hodnotí druhá osoba*.

Externí kriteria v pojetí a hodnocení kvality života.

(27.3.2008)

⁴ Schalock, R. L.: Quality of life; Washington, D.C. 1996-1997; str. xi

⁵ Schalock, R. L.: Quality of life; Washington, D.C. 1996-1997; str. xii

⁶ Schalock, R. L.: Quality of life; Washington, D.C. 1996-1997; str. xi

⁷ Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci; Praha 2002; str. 165 (nn)

II. Metody měření kvality, kde *zkoumaná osoba subjektivně hodnotí kvalitu svého vlastního života*.

III. Metody *smíšené*, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

2.2. METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

2.2.1. MĚŘENÍ DLE EXTERNÍCH KRITÉRIÍ

Tuto skupinu tvoří metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života *hodnotí druhá osoba*.

Hodnocení kvality života člověka jinými lidmi (např. lékařů, zdravotních sester, rodinných příslušníků atp.) přináší evidentní benefity. Tyto tzv. externí metody se orientují např. na chování či jednání lidí, které je objektivně (či téměř objektivně) měřitelné. Často zkoumají kvalitu života v závislosti na míře zdraví, a pak pracují s tzv. modelem "obecného pacienta a dávají tak možnost srovnávání kvality života pacientů na různých odděleních, v různém stadiu nemoci a to jak při jejím zhoršování, tak při zlepšování zdravotního stavu pacientů. Celkový stav pacienta - i když s určitými problémy - dá se jimi vyjádřit číselně.“⁸

U těchto metod⁹ hodnocení kvality života druhými lidmi - ať obecně či arbitrárně (podle určitých kritérií) - se ukazují někdy značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient.¹⁰ Tato skutečnost vedla postupně k hledání

⁸ Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života; Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html (30.3.2008)

⁹ Krivohlavý sem řadí tyto „Pokusy o vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii
Quality of Well-Being Scale - Pattick Bush, and Chen, 1973 USA - SC
HRQoL - Health Related Quality of Life - Patrick and Erickson, 1993
SIP - Sickness Impact Profile -
NHP - Nottigham Health Profile-
DDRS - Distress and Disability Rating Scale - Rosser, 1988 GB
APACHE II“ (Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života; Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html (30.3.2008))

¹⁰ „Patrick a Erickson (1993) právem upozornili na to, že kriteria a dimenze kvality

jiných cest k hodnocení a zaznamenávání často až velmi se měnící kvality života a nakonec vedla ke vzniku měření kvality života tak, jak je subjektivně hodnocena tím, koho se osobně týká:

2.2.2. MĚŘENÍ DLE INTERNÍCH KRITÉRIÍ

Do druhé skupiny lze zařadit metody měření kvality, kde *zkoumaná osoba subjektivně hodnotí kvalitu svého vlastního života.*

Vstupuje tu výrazně do hry definování kvality života (preferované často zejména psychology) akcentující spokojenost zkoumaného subjektu. Jednoduše řečeno kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen. A kdo je - vzato obecně - spokojen se svým životem? Spokojen je ten, komu se daří dosahovat cílů, které si sám předsevzal či jinak interiorizoval.

Jako příklad této druhé skupiny metod snažících se měřit kvalitu života můžeme uvést metodu zvanou *Stupnice spokojenosti se životem - SWLS (The Satisfaction with Life Scale)*. Tento interní přístup k problematice kvality života vychází z osobního pojetí o nejvhodnějším uspořádání vlastního světa, což předpokládá, že člověk si aktivně stále vytyčuje plány a cíle a snaží se k těmto cílům dospět. Do té míry, do jaké se člověku

života se v těchto metodách jejího měření stanoví *arbitrárně (z vyšší moci)* a *nemusí být v souladu s tím, jak pacient sám hodnotí svůj stav. Z hlediska daného pacienta může jít o jiné dimenze života, nežli jsou ty, které jsou pro něj osobně podstatně důležité.* Proto Patrick a Erickson (1993) navrhuji zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života jen ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější (z jeho vlastního - osobního hlediska). Tento interní pohled na kvalitu života zde doznává radikální změny. Do popředí vystupuje fenomenální hledisko a tzv. vnitřní referenční rámec (internal frame of reference) pacienta. Do hry vstupuje i tzv. analýza subjektivního posuzování (JA - Judgement Analysis). Tento přístup je podkladem návrhu Patrick a Ericksona (1993). Ten se týká měření kvality života pacienta metodou nazvanou *HRQoL - Health Related Quality of Life - Měření zdravotní kvality života z hlediska daného pacienta.*“ Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života; Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html (30.3.2008)

daří uskutečňovat jeho vlastní plány, do té míry je spokojen - a blízek ideální kvalitě svého života. Úměrně s velikostí překážek (jako jsou např. situační a sociální změny typu sporů, konfliktů, krizí, životních katastrof různého druhu, často i nemoc, zranění, chronické onemocnění, hospitalizace, atp.) k realizaci subjektivních cílů je míra jeho spokojenosti s kvalitou života snížena. Z tohoto hlediska pak lze kvalitu života konkrétního člověka vnímat v závislosti na vzdálenosti mezi jeho subjektivními cíly a aktuálně prožívanou realitou. Podle skupiny irských psychologů O'Boylea, McGeea a Joycea: „Definice kvality života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec.“¹¹

Z této koncepce vychází dnes jedna z nejrozšířenějších metod diagnostikování kvality života tzv. *SEIQoL - The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* - Program hodnocení individuálně chápané kvality života od O'Boylea, McGeea a Joycea.¹²

Metody SEIQoL probíhá většinou formou osobního rozhoru, který je individuální, tj. vychází z toho, jak kvalitu života definuje zkoumaný subjekt a jak ji sám hodnotí. Základními daty jsou výpovědi dané osoby. Při této metodě je nutno počítat s tím, že nejen, že časem se mění okolnosti života dané osoby, ale že se také může a v praxi velmi často mění i systém hodnot, přání, očekávání a cílů. „Relativní důležitost každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení (judgement analysis). V jednodušší formě metodou SEIQOL-DW, případně tak, jak je zde v tzv. adaptované metodě SEIQoL autorem navrhováno, subjektivním odhadem

¹¹ O'Boyle, C. A., McGee, H. a Joyce, C. R. B.: Quality of life. Assessing the individual. In: *Advances in Medical Sociology*, Volume 5, New York 1994; str. 160

¹² O'Boyle, C. A., McGee, H. a Joyce, C. R. B.: Quality of life. Assessing the individual. In: *Advances in Medical Sociology*, Volume 5, New York 1994; str. 159nn

percentuelní závažnosti jednotlivých cílů.“¹³ Pomocí metody SEIQoL O'Boyle, McGee, a Joyce¹⁴ dospěli ke zjištění, že k nejčastějším podnětům studovaných subjektů patří: zdraví, rodina, práce, náboženství (víra), finance, vzdělání atp. Objevují se však i podněty jako např. politika, estetika, volný čas apod. Přitom se zjistilo, že např. jen dva lidé ze 42 uvedli stejnou pětici podnětů.

Řada studií, které metodou SEIQoL porovnávaly kvalitu života pacientů s různou diagnózou mj. ukázala, jak výrazně se změna situačních vlivů životní situace, způsobená např. nemocí, se projeví ve změně kvality života.

Nesmíme přitom ale zapomenout, že metoda SEIQoL dává pacientům (či obecně: studovaným osobám) možnost svobodně zvolit oblasti zájmů, zaměření, hodnot - tzv. cílových podnětů (angl. „cues“). Tyto podněty mohou a také leckdy jsou přitom odlišné, od předpokladů jiných osob domnívajících se, že by měly být uváděny - např. podle tradičně očekávaných obtíží při té či oné nemoci.

Položíme-li si otázku jaký vztah mají subjektivní hodnoty, očekávání a cíle subjektu k jeho zdravotnímu stavu, pak odpověď záleží právě na tom, do jaké míry je realizace životních cílů omezena aktuálním zdravotním stavem.

J. Krivohlavý upozorňuje, že „*pojetí kvality života* spojené s touto metodou je širší, nežli je klasický (biomedicíncký) pojem „*zdravotní stav*“ (health status). ... Pravdou je, že v souboru hodnot (podnětů - cues) uváděných většinou osob se vyskytuje „zdraví“ jako jedna z pěti nejvyšších hodnot - i když tomu tak

¹³ Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života; Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html (30.3.2008);

Poznámka: Blíže o této metodě SEIQoL v češtině viz např.

Krivohlavý, J.: Psychologie zdraví; Praha 2001

¹⁴ O'Boyle, C. A., McGee, H. a Joyce, C. R. B.: Quality of life. Assessing the individual. In: Advances in Medical Sociology, Volume 5, New York 1994

není vždy (podle empirických zjištění jen v 83% případů).“¹⁵

Závěrem této skupiny metod měření kvality života můžeme konstatovat, že údaje o kvalitě života zkoumaného člověka - pacienta se nejednou odchyľují od objektivních údajů popisujících pacientův zdravotní stav (např. jen podle zdravotních údajů). Mj. je nutno také zakalkulovat i údaje o psychickém stavu pacienta.

„Kvalita života - tak, jak je zde nastíněna - hraje svou roli jak při pacientově rozhodování - např. při vyjádření souhlasu s určitými formami terapie, tak při jeho osobním hodnocení změny zdravotního (případně i celkového) stavu a efektivity terapie.“¹⁶

2.2.3. MĚŘENÍ DLE SMÍŠENÝCH KRITÉRIÍ

Skupina metod *smíšených*, vzniká kombinací již výše uvedených metod využívajících k měření kvality života kritérií externích a interních.

Jako příkladem zde můžeme uvést metody MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life (česky: Krátký způsob hodnocení kvality života, vypracovaný univerzitou v Manchesteru.) či LSS (Life Satisfaction Scale, tj. česky Škála životního uspokojení) . Metodiku LSS lze zahrnout pod metodu LQoLP - Lancashire Quality of Life Profile, kterou lze označit za variaci metody MANSA.¹⁷

¹⁵ Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života;
Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html
(30.3.2008), : „Zároveň se ukazuje, že váha (důležitost) tohoto momentu (cue) není u všech lidí stejná (podle empirických studií se pohybovala v rozmezí od 0,03 po 0,59, když možné maximum bylo 1,00). Např. u pacientů s osteoartritidou bylo zdraví uváděno jen v 50% případů jako nejvyšší hodnota. Váha, kterou tito pacienti přikládali zdraví, byla relativně stejná jako u zdravých lidí.“

¹⁶ Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života;
Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html
(30.3.2008),

¹⁷ Blíže viz např.: Krivohlavý, J.: Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života; Zdroj: http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html

3. VYMEZENÍ POJMU DROGOVÁ ZÁVISLOST

3.1. DEFINICE MODELU NEMOCI

3.1.1. ZMĚNY PARADIGMAT /A MODELŮ/ NEMOCI

V posledních letech se v odborných kruzích hovoří o změně paradigmatu či modelu nemoci.

Termín „paradigma“ ¹⁸ není nový, ale přímo boom v jeho užívání je spojen s přelomovou prací z oblasti teorie vědeckého bádání (epistemologie) Thomase Samuela Kuhna: *The Structure of Scientific Revolutions* (česky „Struktura vědeckých revolucí“). ¹⁹ Centrálním pojmem jeho pojetí vývoje vědeckého poznání je právě vědecké paradigma, čímž míní obecně uznávané a vědecké výsledky, které v dané chvíli představují pro společenství odborníků model problémů a model jejich řešení. ²⁰

(30.3.2008),

¹⁸ Brown, L. (editor): *The New Shorter Oxford English Dictionary*; Oxford 1993: „Paradigma: způsob nazírání světa, který je základem vědeckých teorií a metod v určitém historickém období.“

nebo viz: Hartnoll, R.: *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe*; Praha 2005; str. 30: „Paradigma je pojem používaný ve filozofii vědy pro definování širšího pojmového rámce, v němž je vyvíjeno úsilí popsat, analyzovat a především pak vysvětlit a porozumět různým jevům. Podstatou paradigmatu je, že zahrnuje základní filozofická východiska, na jejichž základech jsou formulovány vědecké teorie a založena vysvětlení. Jde zejména o předpoklady o jednotlivých jevech, jež mají být vysvětleny, kategorie přijatelných vysvětlení a typy důkazů, jež jsou pokládány za validní (tj. platné).“

¹⁹ Kuhn, T.S.: *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago 1962; česky Kuhn, T.S.: *Struktura vědeckých revolucí*, Praha 1997

²⁰ Paradigmatem se řídí mainstreamová vědecká komunita, a nejčastěji vlastně celý vědní obor a je rozhodujícím bodem při rozhodování, co by mělo být objektem výzkumu a co ne, dále jaké metody se mají používat, a konec konců i jakého druhu musí být výzkumné výsledky. Paradigma je předáváno novým generacím v učebnicích obecně uznávaných klasiků. Výzkum, řízený určitým paradigmatem, T.S. Kuhn nazývá „normální věda“. Tato tzv. „normální věda“ probíhá do té doby, než se objeví dostatečné množství dostatečně závažných anomálií. Kupř. dojde k pozorování, které není možné vysvětlit v rámci daného aktuálního paradigmatu. V takové fázi pak přichází leckdy na řadu i značně iracionální pokusy, jak nové jevy zažitým představám přizpůsobit. V určité fázi již ale nelze fakta na staré paradigma aplikovat a tehdy dochází ke změně paradigmatu. V čase kdy k tomu dochází a kdy anomálie vyvíjejí příliš velký tlak na staré paradigma, probíhá krize, po níž následuje to co Kuhn nazývá : „vědecká revoluce“ - výměna paradigmat.

V kontextu výzkumu kvality života, zejména v závislosti na zdravotním stavu, téma paradigmatického přístupu a s ním spojenými modely ²¹ promýšlí Ivan Brown ²² : „Co to je přístup? Co to je model? V jednoduché terminologii, přístup je způsob kterým něco děláme. Odborný přístup ke kvalitě života se vztahuje k pochopení a využití idejí a principu kvality života v odborné praxi. Model je formálnější způsob vykreslení hlavních principu a idejí přístupu. Často se modely vykládají jako diagramy, grafy nebo tabulky, takže jsou více srozumitelné.“ ²³

Důvod důležitosti diskuzí kolem paradigmatu kvality života, včetně jejího vztahu k drogové závislosti, je jistě zřejmý a podle Harnolla ²⁴ má dokonce zásadní význam, protože paradigmata určují, jak je „problém“ konstruován, jaké typy otázek jsou kladeny, jaké typy odpovědí jsou očekávány a jakých poznatků je používáno. Tato paradigmata tak mj. obrazy premisy, jakým způsobem by mělo být užívání drog konceptualizováno, a současně určují, jaké typy „řešení“ nebo opatření jsou - na základě těchto premis a uvnitř tohoto

²¹ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 29 : „Pojmu „model“ se používá tolika nejrůznějšími způsoby, zeje žádná jednoduchá definice nemůže obsáhnout. Pro naši potřebu model zjednodušeným příkladem fenoménu a způsobu, jakým funguje. Modely jsou obvykle odvozeny z teorií a zahrnují předpoklady o tom, jaké prvky a rozměry daného jevu jsou důležité, a rovněž upřesnění předpokládaných kauzálních faktorů a zapojených procesů. Příklady sahají od vědců v oboru neurobiologie, kteří konstruují modely, jak různé drogy ovlivňují chování prostřednictvím účinků na dopamin a na další nervové spoje, až po ekonomy, kteří vytvářejí modely dopadu různých intervencí na ceny, nabídku a poptávku po různých drogách. Aby mohl být model považován za validní zobrazení fenoménu, je třeba zvážit tři aspekty: vzhledovou, konstrukční a predikční validitu (platnost). Vzhledová validita znamená, že existují rozpoznatelné analogie mezi modelem a fenoménem, konstrukční validita vyjadřuje, že model má svou promyšlenou teoretickou logiku, a predikční validita znamená, že model predikuje, co se sta ne v reálném světě za podmínek, jež se modelují.“

²² Brown, I.: Quality of life and Disability: An Approach for Community, Londýn 2003 ; str. 98

²³ „Dva hlavní rysy modelu jsou nejčastější. Zaprvé: modely často ukazují vztahy mezi jejich komponenty. Nejčastěji vzájemné vztahy se vyjadřují jako šipky nebo jako čary vedoucí z jede části do druhé.“ Brown, I.: Quality of life and Disability: An Approach for Community, Londýn 2003 ; str. 98

V jiných modelech jsou vztahy objasněny použitím tabulkových nadpisů, jako např. Maslowova pyramida potřeb

²⁴ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 30-40

koncepčního rámce definovaného použitým paradigmatickým - připravovány. Podle Hartnolla ²⁵ je jazyk vědy v této oblasti někdy nanejvýš nejednoznačný či vágní a je tedy třeba vynaložit více úsilí k dosažení jasných definic základních konceptů jako jsou „zdraví“, „evaluace“, „závislost“ a „užívání drog“ nebo „kvalita života“. ²⁶

Užívání a účinky drog, včetně jejich vztah ke kvalitě života, je možné studovat z mnoha různých hledisek: psychologické, sociologické, biochemické, medicínské, molekulární, neurologické, ekonomické nebo historické. Následné výsledky výzkumu jsou pak poplatné jednotlivým vědeckým disciplínám, které však někdy mohou paralyzovat analýzu toho, jak na sebe tyto různé úrovně vysvětlení určitého fenoménu navzájem účinkují.

Drogový fenomén se snaží osvětlit mnoho teorií (vliv prostředí, genetiky, aj.), jež se liší ve vysvětlení, jaké faktory pokládají za relevantní, jejich významný rozměr tvoří základní předpoklady o způsobu fungování kauzálních procesů. ²⁷

Hartnoll ²⁸ uvádí jako příklad následující typy:

1. **Jednoduchá lineární vysvětlení typu příčina-následek**, která podávají lineární pohled, podle něhož fenomén vzniká v důsledku působení daného faktoru X - například, že

²⁵ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 32

²⁶ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 32: „Různé vědecké poznatky lze kombinovat pouze v případě, že používají identického jazyka; a proto se vágní terminologie stává hlavní překážkou uplatňování výsledků výzkumu v praxi. Vágní jazyk rovněž umožňuje sémantické podvody u neřešitelných problémů.“

²⁷ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 33: „Teorie a modely lze dělit do širších skupin podle toho, zda odrážejí lineární logický sled od příčiny k následku, což může vést k dost deterministickému pohledu na daný jev, anebo zda je objasňovací model interaktivní, tj. zda obsahuje smyčky zpětné vazby, které implikují dynamický, kontinuálně se vyvíjející systém. Jak lineární, tak dynamická varianta mohou vykazovat různé podoby, od jednoduchých vysvětlení postavených na jediném faktoru až po komplexní, multifaktoriální modely.“

²⁸ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 33

závislost na užívání drog je způsobena konkrétním typem deficitu ve výbavě jedince nebo v jeho okolním prostředí.²⁹

Jednoduchá paradigmatata někdy konvenují ke zjednodušeným separujícím a stigmatizujícím dělením lidí na dobré a zlé, uživatelé drog/ neuživatelé, závislí/nezavislí, kriminálníci/nekriminálníci atpod.

2. Druhým typem jsou **multifaktoriální lineární vysvětlení**, podle nichž určité fenomény jsou generovány působením více příčin, protože jeden faktor sám o sobě nepostačuje k vysvětlení fenoménu.³⁰ Tyto multifaktoriálními modely se vyskytují napříč různými paradigmaty. Například u sofistikovanějších biomedicínských přístupů k takovým fenoménům jako je působení drog, ale třeba i deprese, reakce na stres apod.

3. **Dynamická interaktivní kauzální vysvětlení**, jež na rozdíl od předchozích lineárních (jednoduchých či multifaktoriálních) vysvětlení, vychází z ideje, že reakce společnosti na užívání drog jsou samy o sobě kauzálním faktorem a v některých verzích tohoto paradigmatu dokonce faktorem ústředním.³¹

²⁹ Jako příklad primárně prisuzované příčiny jedinci, jsou některá biomedicínská paradigmatata hledící na drogovou závislost jako na nemoc vzniklou v důsledku poruch biologických funkcí na genetické úrovni. Naopak jiné přístupy jako primární příčinu uvádí výchovu. A přístup např. z hlediska populačního může přirovnávat užívání drog k infekční nemoci šířící se v důsledku vystavení populace drogám a drogovým subkulturám.

³⁰ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 33: „Na rozdíl od jednofaktorových kauzálních modelů, které vedou ke značně deterministickým vysvětlením, jsou tyto pravděpodobnostní modely charakteristické tím, že se v nich kombinace a význam různých faktorů liší.“

³¹ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 34: „V těchto typech paradigmat mohou příslušná opatření a postupy drogové politiky způsobit změny v užívání drog, jež zase naopak vedou k dalším změnám v realizovaných opatřeních a tak stále dokola. Tím se otevírá možnost provést více dynamickou analýzu toho, jak na sebe fenomén užívání drog a uskutečněná protipatření vzájemně působí a dále se vyvíjejí. Jedním z důsledků tohoto postupu je, že místo abychom se ptali: „Co bude účinné, například jakým zásahem lze daný problém nejlépe „vyřešit“?, otázka bude znít: „Jakým směrem by se politika měla ubírat, aby bylo dosaženo kýžené rovnováhy mezi pozitivními, zamýšlenými důsledky a důsledky negativními, často nezamýšlenými?“ (To, jaká

3.1.2. BIOMEDICÍNSKÉ MODELÝ NEMOCI

Paradigmata na nichž se biomedicínský výzkum zakládá mají dalekosáhlý vliv na to, jak je fenomén užívání drog vnímán a zkoumán i v ostatních oblastech.

Obecně lze říci, že biomedicínský model nemoci je charakterizován:

- orientací na příčinu nemoci/stavu (kauzální orientace)
- orientací na zajištění podkladů pro kauzální léčbu - odpovídajícím klasifikačním systémem ICD

(International Classification of Diseases).³² Tento model vede k typicky kauzálnímu vzorci myšlení, který můžeme vyjádřit schématem: etiopatogenesa - manifestace nemoci - léčba.

Rané jednoduché biomedicínské modely nemoci se zaměřovaly výlučně na tělesné „nedostatky“ pacientů, jimiž se měly objasnit takové fenomény, jako je trestná činnost nebo duševní onemocnění.³³

Tyto první modely byly později vystřídány **komplexními biomedicínskými modely**, které jsou v posledních desetiletích rozšířeny zvláště v některých kognitivních neurologických vědách. Jde v nich o snahu kombinovat genetickou proměnlivost, neurofyzilogické mechanismy, předchozí individuální zkušenosti i expozici faktorům životního prostředí a vysvětlit tak řadu různorodých fenoménů, včetně účinků drog. Např. **komorbidní model** pokládá užívání drog za jeden z projevů souběhu koexistujících podmínek, například drogové

definice bude použita, závisí na prioritách a okolnostech.)“

³² Srovn.: Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004, str. 21

³³ Hartnoll, R.: Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe; Praha 2005; str. 35: „V devatenáctém století se Césare Lombroso snažil objasnit sklony k trestné činnosti morfologickými vlastnostmi (koncept „rozeného zločince“). V průběhu dvacátého století zahrnovaly biomedicínské teorie protispolečenského chování frenologii (hrbolky na lebce), epilepsii, nadpočetné chromozomy Y, chybějící geny nebo nedostatky v podmiňování spojené s autonomní nervovou soustavou. První klinické přístupy často s biomedicínskými modely sdílely prostý koncept nemoci. Dobrým příkladem je pátrání po „závislé osobnosti“, jež mělo za následek vznik rozsáhlé odborné literatury identifikující jak vnitřní, tak vnější faktory, jež ke

závislosti a duševní nemoci. Kauzální vztah mezi jednotlivými komponentami bývá častokrát neurčitý.³⁴ Obměnu modelu komorbidit je **model automedikace**, podle kterého je konzumace drog pokusem zmírnit depresi či psychózu.

Z řady dalších alternativních modelů zde zmiňme alespoň ještě skupinu **vývojových modelů**, v nichž je za přijímání drog zapříčiněno dysfunkční výchovou, ranou separace od matky, traumatickými zážitky, zanedbáním péče aj. sociopatologickými vlivy resp. je zapříčiněno genetickými vlivy z výbavy jedince.

3.1.3. POSUN MODELU NEMOCI: OD BIO-MEDICÍNSKÉHO K BIO-PSYCHOSOCIÁLNÍMU - A S NÍM SPOJENÉ KLASIFIKACE ICDH

V posledních 10-20 letech došlo v oblasti modelu nemoci ke značnému paradigmatickému posunu (anglicky tzv. „paradigma-change“), zapříčiněnému pochybnostmi o dostatečnosti či úplnosti dosavadního biomedicínského modelu nemoci.³⁵ Tyto pochybnosti byly vyvolány vývojem morbidit, kde ve spektru prevalence nemocí a chorobných stavů začaly převládat nevyléčitelné chronické choroby. Statisticky se to projevuje relativním úbytkem vyléčitelných chorobných stavů. Tato rostoucí skupina chronicky nemocných pacientů dosahuje delší dobu dožití nežli tomu bylo dříve, a současně ale očekává, ba nárokuje vyšší kvalitu života, což ve svých důsledcích nutně vede k dramatickému nárůstu potřeby ošetrovatelské péče a komprehensivní rehabilitace. „V důsledku tohoto stavu se stal

vzniku takové osobnosti vedly.“

³⁴ Užívání drog může být například pokusem o zmírnění deprese, a deprese může být důsledkem chronického užívání drog, resp. obě se může vyvinout společně v reakci na vliv ještě jiných příčin (např. širších negativních vlivů prostředí, jako je společenská separace nebo stigmatizace.

³⁵ Srovn.: Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004, str. 21

nezbytným novější, komplexnější, celostnější - krátce holistický model nemoci, kterým je „bio-psychosociální model nemoci“.³⁶

Tento model vede k typickému vzorci myšlení, který můžeme vyjádřit schématem:

etiopatogenesa - impairments (poškození) - disabilities (porucha schopnosti) - handicaps (znevýhodnění)

Tento nový **bio-psychosociální model nemoci** je charakterizován:

1. finální orientací (orientace na **cílový dopad**)
2. orientací na zajištění **podkladů pro ošetřování a rehabilitaci** cílové osoby pacienta/klienta)
3. odpovídajícím **klasifikačním systémem ICIDH**³⁷
(International Classification of Impairment, Disability and Handicaps.)

ICIDH je multidisciplinární deskriptivní klasifikační systém umožňující analýzu a dokumentaci zdravotního stavu cílové osoby ve třech základních rozměrech:

1. Struktura a funkce orgánů a orgánových systémů (fyzický stav)
2. Schopnosti, aktivity a výkonnost osoby (role)
3. Dopady zdravotního stavu osoby do jejích sociálních vztahů a důsledky socioekonomické (sociální funkce)

S těmito třemi dimenzemi korespondují tyto body systému ICIDH:

Ad 1. Impairments - Poškození

Ad 2. Disabilities - Poruchy schopnosti

Ad 3. Handicaps - Znevýhodnění –„handicapy“

³⁶ Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004, str. 22

³⁷ Systém ICIDH je v současné době WHO autorizovaným komplementárním doplňkem ke klasifikačnímu systému ICD.

Společným jmenovatelem pro všechny tyto poruchy, tj. poškození, poruchy schopnosti a handicapy je anglický termín „Disablement“, (česky: „Postižení“).

„Pro praktické užití jak ve vývoji, vědě a výzkumu, tak ve vlastní klinické, ošetrovatelské a rehabilitační činnosti se jako nástroj k hodnocení kvality života pod zorným úhlem ICIDH velmi osvědčuje skórování systémem HRQoL- Health Related Quality of Life.“ ³⁸

Jako příklad myšlenkového postupu dle ICIDH, se jej pokusím aplikovat na oblast drogové závislosti:

Impairment: Změny týkající se endogenních mediátorů CNS, případně receptorů (hustota ve tkáni)

Disability: Nutkavě obsedantní jednání/konání kterému nelze odolat odvádějící jedince od společensky žádoucích aktivit - není schopen/ is not able/ žít " jako jiní" - není schopen činit rozhodnutí.

Handicap: Handicap je disabilita na pozadí zdravého okolí

3.2 VYMEZENÍ POJMU DROGOVÁ ZÁVISLOST

Z předchozích kapitol můžeme nyní odvodit, že drogové závislosti je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. ³⁹ Drogová závislost patří mezi nemoci duševní spojené s poruchami chování, tj. je to chronická nemoc, která poznamenává především duševní a sociální složky zdraví a při dosažení kritické hranice může vézt i k organickým poškozením .

³⁸ Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004, str. 23

³⁹ Fišerová, M.: Neurobiologie závislosti, Praha 2003, str. 96

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se drogová závislost ⁴⁰ definuje jako stadium periodické nebo chronické otravy, škodlivé pro jednotlivce i pro společnost, vyvolané používáním přirozené nebo syntetické látky. „Syndrom závislosti je tvořen skupinou fenoménů fyziologických, behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se rozpoznávání), v nichž má užívání nějaké látky u pacienta přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Ústřední charakteristikou závislosti je touha brát psychoaktivní látky. Typická je tendence pokračovat za všech okolností a zvyšovat dávku. Přerušil-li se příjem látky, objeví se syndrom odnětí drogy (abstinenční příznaky), který jejím dodáním zmizí.“⁴¹

Definice závislosti (substance dependence) podle WHO ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO 1992:

Pro určení diagnózy závislosti musí být splněna alespoň 3 z následujících 6 kritérií:

- a) silná touha nebo pocit nutkání k aplikaci látky
- b) problémy s ovládáním chování spojeného s aplikací látky ve smyslu jeho zahájení, ukončení či množství
- c) vznik fyziologických známek abstinence po ukončení či snížení užívání dané látky pozorovatelných jako charakteristický abstinenční syndrom nebo jako užívání stejné či jiné látky s podobným účinkem se záměrem snížit či odstranit abstinenční příznaky
- d) přítomnost tolerance organismu k účinkům dané látky, takže je nutno aplikovat postupně větší množství látky k dosažení účinků dříve dosahovaných nižší dávkou
- e) postupné zanedbávání zájmů a ostatních zdrojů libosti kvůli užívání dané psychoaktivní látky, prodlužování času

⁴⁰ Srovn. Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Praha 1996

⁴¹ Vacek, J.: Prožitek akutní intoxikace Kanabis, Olomouc 2000;
zdroj : <http://patizon.wz.cz/psycho/PAIK.htm> (11.1.2008)

věnovaného získání aplikaci látky nebo doby nutné k odeznění jejich účinků

f) stálý příjem látky i přes vědomí jejích nežádoucích účinků

4. KVALITA ŽIVOTA VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU STAVU (HRQOL)

4.1. „KVALITA ŽIVOTA“ (QOL) A „KE ZDRAVÍ VZTAŽENÁ KVALITA ŽIVOTA“ (HRQOL)

Hledání a studiu činitelů ovlivňujících kvalitu života a majících dopad na aktivity běžného života v různých situacích a za různých okolností se systematicky věnuje celá řada odborníků a specialistů z různých oblastí vědy v mnoha zemích světa a výsledky tohoto výzkumu jsou široce publikovány.⁴²

Jak vyplývá z výše uvedené kapitoly „Kvalita života“, došlo v průběhu posledních let k posunu v akcentu, a to z dříve kladeného důrazu na hodnocení výsledků lékařského výzkumu a medicínského šetření (např. laboratorními, zobrazovacími metodami atpod.) na evaluaci a monitoring činitelů sdružených s chorobou a terapií, které mají bezprostřední efekt na pacienta a jeho subjektivní percepci kvality života, takže dnes je tedy často kvalita života definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace.“⁴³ To mino jiné znamená, že hranice pojmu **„kvalita života“** (anglicky: **„Quality of Life“**, **zkráceně „QoL“**) se rozšířily natolik, že v sobě nyní zahrnují například také sociální, ekonomické či dokonce také náboženské stránky. Tento mainstreamový posun rozsahu obsahu tohoto termínu pak v sociální práci, rehabilitaci a samozřejmě především v lékařských vědách vedl a vede k prosazování názvem sice delšímu, ale obsahem užšímu pojmu „kvalita života podmíněná zdravím“, čili „kvalita života ve vztahu ke zdraví“, nebo též **„ke zdraví vztažená kvalita života“** (anglicky **„Health-Related**

⁴² Kalová, H., Petr P., Soukupová, A., Vondrouš, P.: Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci., Zdroj: www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/3KZnovejsi_koncepty.doc/ (15.1.2008); str. 6 a 12-18

⁴³ Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti

Quality of Life“ , zkratkou pak: „HRQoL“).

Tento užší, speciální, terminus technicus zahrnuje okruh sledování vlivu zdravotního stavu na kvalitu života člověka, přičemž v této souvislosti je nutno poznamenat, že zdraví není jen nepřítomnost nemoci (dle aktuální definice WHO) a HRQoL i ve všeobecné populaci nedosahuje hypotetického optima. Jak publikuje Petr, Vurm a další: skutečně dosahovaná skóre jednotlivých domén se pohybují v rozmezí cca 60 – 85 % hypotetických optim.⁴⁴

Podle Vladimíra Vurma „kvalita života podmíněná zdravotním stavem – Health Related Quality of Life (HRQOL), je pojem shrnující subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření, jednak vnímání zdraví a jednak chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře. Tato měření a vyhodnocování jsou odlišná od klinických měření a vyhodnocování ať už tíže nemoci, či její aktivity.

Široký konsensus odborných autorit o významu konceptu HRQOL můžeme bezpochyby považovat za jeden z nejvýznamnějších přínosů vývoje zdravotní péče je docílit, aby pacient vedl „efektivnější“ život s uchováváním všech životních funkcí, s docílením dobrého životního pocitu a standardu (well-being).“⁴⁵

Petr Petr pak ke zdraví vztáženou kvalitu života („HRQoL“), pro účely klinického hodnocení léků a léčby, definuje takto: „Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu (HRQoL) charakterizuje a měří to, co subjekt prožívá jako následek nemoci, dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, následku úrazu a také poskytování zdravotní péče. Jedná se o hodnocení stupně a kvality zvládnutí rolí a prožívání života v porovnání s

balneoterapie; České Budějovice 2004; str. 11

⁴⁴ Srovnej: Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004; str. 12

⁴⁵ Vurm, V. (a kolektiv): Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví; Praha 2007; str. 23

tím, co považuje nemocný sám za ideální. Nástroj pro měření kvality života představuje dotazník, případně strukturovaný rozhovor. Účelem měření kvality života není pouze zjistit přítomnost a závažnost symptomů onemocnění, ale také ukázat, jak manifestace onemocnění nebo léčba je prožívána individuem.“⁴⁶

Z toho plyne, že i koncept ke zdraví vztažené kvality života (HRQoL) monitoruje individuálně subjektivní prožívání zkoumaného subjektu (pacienta) jak během terapie tak i v běžném životě. „To jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti či neúspěšnosti intervencí ošetrovatelských (nursing), rehabilitačních, ale i medicínsko-terapeutických.“⁴⁷ Toto subjektivní vnímání nemoci, funkční schopnosti a pocitu životní pohody pacienta je ovlivněno samozřejmě mnoha činiteli vnějšími i vnitřními. Z tzv. vnějších nebo zevních faktorů zde můžeme např. uvést především sociální, zejm. rodinné a přátelské vazby, životní prostředí případně i společenské klima. K tzv. vnitřním faktorům pak můžeme uvést např. motivaci, typ osobnosti a další individuální charakteristiky. Obě tyto skupiny faktorů mohou sehrát stejně důležitou roli v pomoci pacientovi při adaptaci a vyrovnání se s chorobou a průběhem - a tedy i do jisté míry i účinnosti - terapie.

Světová zdravotnická organizace (WHO)⁴⁸ definuje kvalitu života z hlediska optimálního zdraví jako: Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze absenci nemoci či postižení. (V angl. originále „Health is state of complete physical,

⁴⁶ Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004; str. 12

⁴⁷ Kalová, H., Petr P., Soukupová, A., Vondrouš, P.: Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci., Zdroj: www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/3KZnovejsi_koncepty.doc/ (15.1.2008); str. 6

⁴⁸ World Health Organization

mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“)⁴⁹ V tomto kontextu bychom tedy starší definice zdraví zahrnuli pod užší pojem „pozitivní zdraví“, tak jak jej např. definuje Vurm: „Pozitivní zdraví je stav v asymptomatickém stadiu. ...“⁵⁰ Tímto novým pojetím Světové zdravotnické organizace tedy padá dříve konstruovaná zcela jednoznačná vazba mezi nemocí a zdravím. „Někdy se mluví o „zlepšení zdraví v nemoci“. Na příklad u osob, u kterých úplné vyléčení není možné, a přesto terapie pokračuje, je možné kvalitu života považovat za základní výstup (outcome) pro hodnocení léčby. Sledování kvality života se ukazuje jako nezbytná součást terapeutické péče o pacienty, u nichž onemocnění a následná léčba narušuje původní sociální vazby, hodnoty fyzického a psychického zdraví. Zvyšuje se potřeba hodnotit „technologie“ zdravotní péče z hlediska hodnot individua i společnosti a brát ohled na jedinečný a nezastupitelný pohled nemocného na své zdraví.“⁵¹

4.2 PRAKTICKÉ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA VE VZTAHU KE ZDRAVOTNÍMU STAVU

Ke zjištění a vyhodnocení kvality života ve vztahu ke zdravotnímu stavu byly vyvinuty různé metody, z nichž nejrozšířenější jsou různé standardizované typy - více méně komplexních - dotazníků.

U hodnocení kvality života se bere ohled na individuální

⁴⁹ „Nově se zavádí duchovní rovina.“ Mužíková, L.: Pojem zdraví; Zdroj: http://www.ped.muni.cz/whealtheu/stary_web/ke_stazeni/Zdravi.htm (15.2.2008)

⁵⁰ „... Vztahuje se na kvalitu života a lidského potenciálu. Zahrnuje v sobě seberealizaci, chuť do života a lidskou tvořivost.“ Vurm, V. (a kolektiv): Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví; Praha 2007; str. 23

⁵¹ Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004; str. 12

celkovou spokojenost se životem a pocit osobní pohody (well-being). Koncepce při sběru dat mohou být značně rozdílné. Zhodnocení může představovat součet bodů, které hodnotí každou jednotlivou oblast kvality života či prostá otázka, formulovaná otevřenou formou: „Jak označíte celkovou kvalitu svého života (svoji spokojenost se životem) na škále 1-100 (1-10)?“ apod. Při tom je významné určení časového období, kterého se náš dotaz týká. Odezva může být značně odlišná, ptáme-li se na přítomnost, včerejší den, minulý týden, měsíc, rok či na dobu, která uplynula od posledního zjišťování kvality života.⁵²

4.3 TŘI TYPY DOTAZNÍKŮ KE ZJIŠŤOVÁNÍ HRQOL

Dotazníky, které slouží jako nástroje ke zjišťování stavu kvality života (HRQoL), můžeme rozdělit do následujících třech typových skupin⁵³ :

a) Global assesement, globální hodnocení

Tato skupina nabízí generální zhodnocení kvality života, avšak jejím nedostatkem je to, že většinou není možné identifikovat postižení v jednotlivých oblastech - doménách (fyzikální, emoční, vitalita atd.).

⁵² „K vlastnímu posouzení kvality života používá tázaný stejné kognitivní procesy jako při odpovědi na (nikoliv formální) otázku „Jak se máte?“ Nejdříve se musí zamyslet nad svým stavem. Protože otázka je tzv. otevřená, neudává žádný směr odpovědi, zanechává tázanému volnost vybrat aspekty jeho života, které on sám považuje za důležité vzhledem k současnému stavu (rodinné, společenské, intimní, pracovní aj.).

Na druhé straně je možné použít sebesposuzovací škály s otázkami typu: „Je vaše zdraví vynikající, velmi dobré, dobré, ucházející nebo špatné?“ I zde se musí tázaný zamyslet a pátrat v paměti po informacích, které považuje ze svého hlediska za důležité, zpracovat tyto informace a vybrat podstatné pro odpověď. Ta ale již bude determinovaná položenou otázkou - odpověď se bude na rozdíl od prvního typu otázky týkat jen zdraví. V obou případech se nedozvíme nic o důvodech, které vedly k odpovědi posuzující současnou kvalitu života. S tím kontrastuje posouzení kvality života z mnoha pohledů, které dávají nemocnému na vybranou - např. domény s otázkami na tělesnou výkonnost, trávení volného času, mezilidské vztahy atd.“

Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004; str. 13-14

⁵³ Podobně viz: Petr, P.: Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a

b) Generic, tzv. generický typ je schopen ukázat podobnosti, nebo i difference mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci - nosologické jednotky - od sebe různí, nebo naopak podobají co do vlivu na kvalitu života (HRQoL.)

c) Specific, typ specifický pro určitou chorobu

Tato typová skupina umožňuje především hodnotit vývoj stavu nemoci v čase.⁵⁴

Nástroj, který byl použit v této bakalářské práci k praktickému výzkumu, spadá do skupiny typu global assesement, ačkoliv má také charakteristické znaky typu generic a může sloužit v obou směrech: **dotazníkový nástroj SF-36.**

účinnosti balneoterapie; České Budějovice 2004; str. 16-17, 25

⁵⁴ Tyto tři základní typové skupiny mají určité přesahy, ale rozdělení zde podané je všeobecně akceptováno.

5. VÝZKUMNÁ SONDA

5.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem praktické části této bakalářské práce je stanovit

1/ individuální a průměrná skóre kvality života u osob drogově závislých a u jejich příbuzných nebo blízkých.

2/ analyzovat zjištěné jevy, srovnat kvalitu života probandů s evropskými normály, porovnat genderové rozdíly ve skupině příbuzných drogově závislých, a poté srovnat i kvalitu života skupiny drogově závislých s kvalitou života skupiny rodinných příslušníků drogově závislých.

3/ Na základě této analýzy stanovit závažnost shledaných jevů (jejich statistickou významnost) a identifikovat nejvíce postižené domény kvality života. Tím vytvořit předpoklady pro rozvahu o potřebnosti sortimentu a objemu případných sociálních intervencí u cílových osob.

5.2 PROBANDI

Souhrnně:

Soubor 36 osob (24 drogově závislých osob-pacientů zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji a 12 jejich rodinných příslušníků, či jim na roveň postavených jedinců) a 32 rodinných příslušníků chorvatských drogově závislých.

Podrobně:

Vyšetřili jsme celkem 68 osob, z toho 24 pacientů (všichni z ČR) a 44 rodinných příslušníků (nebo osob blízkých). Tuto skupinu rodinných příslušníků (nebo osob blízkých) tvořilo 32 Chorvatů a 12 Čechů.

Průměrný věk drogově závislých byl 30 let a průměrný věk jejich příbuzných v ČR byl 36,75 roku a v chorvatské skupině 53,65 roku.

Probandi byli shromážděni ve 3 zdravotnických zařízeních působících na území Jihočeského kraje.

První zařízení má charakter ambulantní části nemocničního psychiatrického oddělení.

Druhé zařízení je psychiatrická léčebna Červený Dvůr.

Třetí zařízení je substituční centrum.

Chorvatští rodinní příslušníci byli shromážděni v psychiatrické klinice na ostrově Rab. Tuto pracovní skupinu vede paní primářka MUDr. Vesna Šendula-Jengiđ. Kritériem pro zařazení do projektu bylo stanovení diagnosy F10 až F19 včetně - dle Mezinárodní klasifikace nemocí, s pominutím diagnosy F 17, a s vyloučením kofeinu v případě diagnosy F 15. Dalším kritériem byla schopnost vyplnit samostatně dotazník, (viz dále část Metoda.)

5.3. METODA

DOMÉNY KVALITY ŽIVOTA V DOTAZNÍKU SF-36

Při použití metodiky SF – 36 se kvalita života skládá z tzv. domén, kterých je celkem osm. V tomto pojetí se osobnost probanda (klienta, či pacienta) dělí do jednotlivých složek (fyzických, duševních a sociálních.)

Domény konceptu HRQoL:

1. Fyzické funkce
2. Fyzické omezení rolí
3. Emoční omezení rolí
4. Omezení sociálních funkcí
5. Bolest
6. Všeobecné duševní zdraví
7. Vitalita
8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví

Dotazník SF-36 v české jazykové verzi byl vyplněn všemi českými probandy samostatně. (Chorvatští probandi pracovali s verzí dotazníku SF-36 v chorvatské jazykové mutaci). V příslušném zdravotnickém zařízení (v rámci terapeutických sezení) byly dotazníky předány osobně. Po vyplnění dotazníků, došlo k jejich zkontrolování z hlediska jejich úplnosti a věrohodnosti. Po této kontrole byly přepsány do elektronické formy s využitím softwarového nástroje „Pořizovač dat SF-36“. Takto zpracovaná data byla elektronicky poskytnuta k dalšímu zpracování, tzn. stanovení individuálních a průměrných skóre v osmi doménách konceptu HRQoL a k dalšímu statistickému zpracování a vyhodnocení všech 8 domén, tj. Fysické funkce, Fysické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fysické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Vitalita, Duševní zdraví a Všeobecné vnímání vlastního zdraví.

Získaná data byla porovnána s evropskými standardy, tj. konkrétně „Oxford Healthy Life Survey Group“. Shledaná skupinová skóre byla porovnána s těmito evropskými normály, byly stanoveny aritmetické průměry, a další charakteristiky souborů (rozptyl, směrodatná odchylka). Poté byly shledané rozdíly mezi soubory hodnoceny, z hlediska statistické významnosti a to s použitím „u-testu“. Při srovnání s evropskými standardy bylo hodnocení provedeno na 5% i na 1% hladině významnosti v oboustranném uspořádání. Při srovnávání souboru pacientů a souboru rodinných příslušníků bylo hodnocení provedeno na 5% hladině významnosti.

5.4. VÝSLEDKY

Studie z níž vychází „Oxford Healthy Life Survey“ byla realizována v britském Oxfordu (Oxfordshire, England) v letech 1991-1992. Výzkum probíhal metodou „face to face“, tj. tváří v tvář. Výzkumu se zúčastnilo 2056 dospělých obyvatel Velké

Británie.⁵⁵ Tato oxfordská studie poskytla normativní reprezentativní údaje pro evropskou populaci (v rámci dotazníkového nástroje SF-36).

Hypothetické optimum je 100 % dosažených v každé doméně. Takováto populace však neexistuje. Proto je nutné stanovit empiricky „normály“.

„Evropský normál výsledků pro 8 domén HRQoL, v metodě SF-36

n = 8 883 – 9 219

Fyzické funkce 88,40

Fyzické omezení rolí 85,82

Emoční omezení rolí 82,93

Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí 88,01

Bolest 81,49

Duševní zdraví 73,77

Vitalita 61,13

Všeobecné vnímání vlastního zdraví 73,52

(Oxford Healthy Life Survey)“ ⁵⁶

5.4.1 SROVNÁNÍ DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ČR A OXFORDSKÉ KONTROLNÍ SKUPINY

V našem srovnání, jsme došli k následujícím datům:

1 Fyzické funkce 94,86%

2 Fyzické omezení rolí 67,52%

⁵⁵ Sytsema, J.: Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey

Zdroj: <http://eprints.ouls.ox.ac.uk/archive/00000584/> (11.4.2008)

⁵⁶ Petr, P.- Kálová, H.: Kvalita života ve světle novějších konceptů

Zdroj:

http://209.85.135.104/search?q=cache:3uzi4CpJm9QJ:www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/3KZnovejsi_koncepty.doc/+Oxford+Healthy+Life+Survey&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&lr=lang_cs&client=fir-efox-a
(25.3.2008)

3 Emoční omezení rolí 76,74%

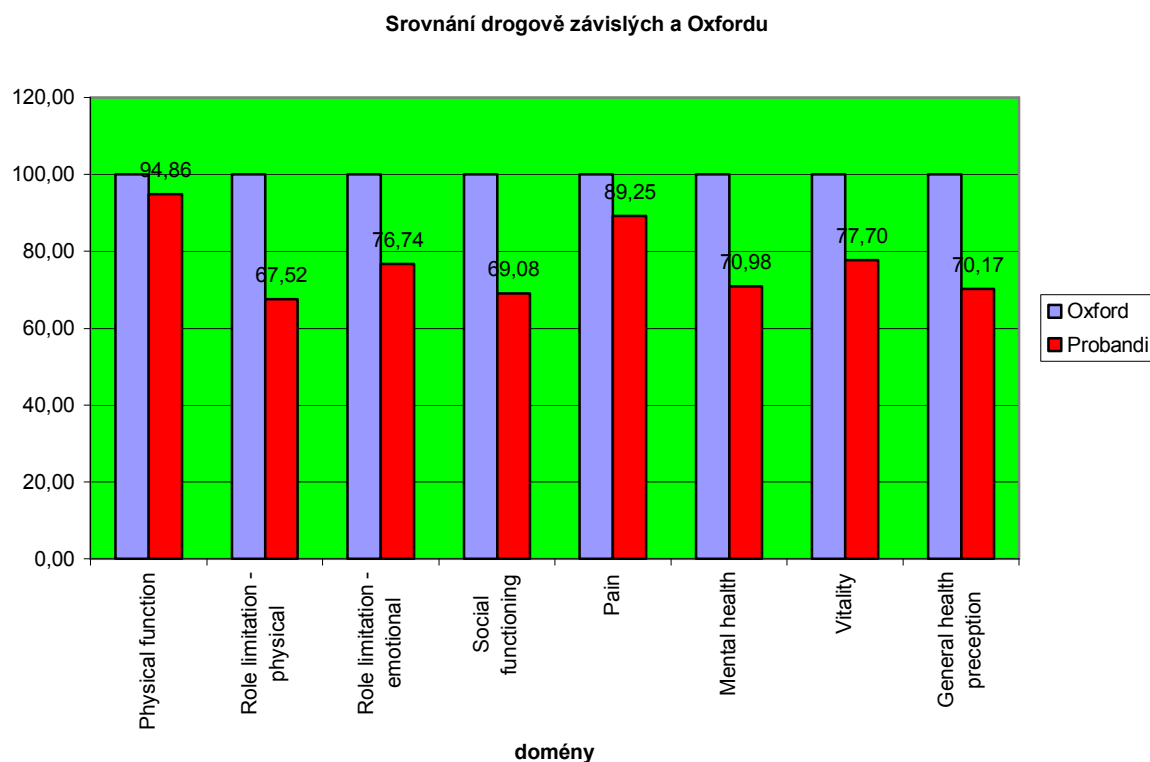
4 Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí 69,08%

5 Bolest 89,25%

6 Duševní zdraví 70,98%

7 Vitalita 77,70%

8 Všeobecné vnímání vlastního zdraví 70,17%



Graf č. 1

Drogově závislí mají ve všech 8 doménách statisticky významně nižší kvalitu života nežli kontroly a to i na 1% hladině významnosti vyjma PF (fyzické funkce) statisticky významně nižší HRQoL nežli kontroly a P (bolest) statisticky významně nižší HRQoL nežli kontroly.

u-krit 1,68 5%

2,39 1%

Při hodnocení skupiny pacientů vůči evropským normálům sledujeme následující skutečnosti:

V doméně Fyzické funkce dosahují probandi 94,86% evropského normálu, tento jev není statisticky významný.

V doméně Fyzické omezení rolí dosahují probandi 67,52% evropských normálů, tento jev je statisticky velmi významný, na 1% hladině významnosti.

V doméně Emoční omezení rolí dosahují probandi 76,74 evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí dosahují probandi 69,08% evropských normálů a tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Bolest dosahují probandi 89,25 % evropských normálů a tento jev je statisticky významný na 5%, nikoliv však na 1% hladině významnosti.

V doméně Duševní zdraví skórují probandi průměrně 70,98% evropských normálů a tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Energie/vitalita dosahují probandi 77,70% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahují probandi 70,17% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

5.4.2. SROVNÁNÍ PŘÍBUZNÝCH DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ČR A OXFORDU

V našem srovnání, jsme došli k následujícím datům:

- 1 Fyzické funkce 102,61%
- 2 Fyzické omezení rolí 106,12%
- 3 Emoční omezení rolí 86,13%

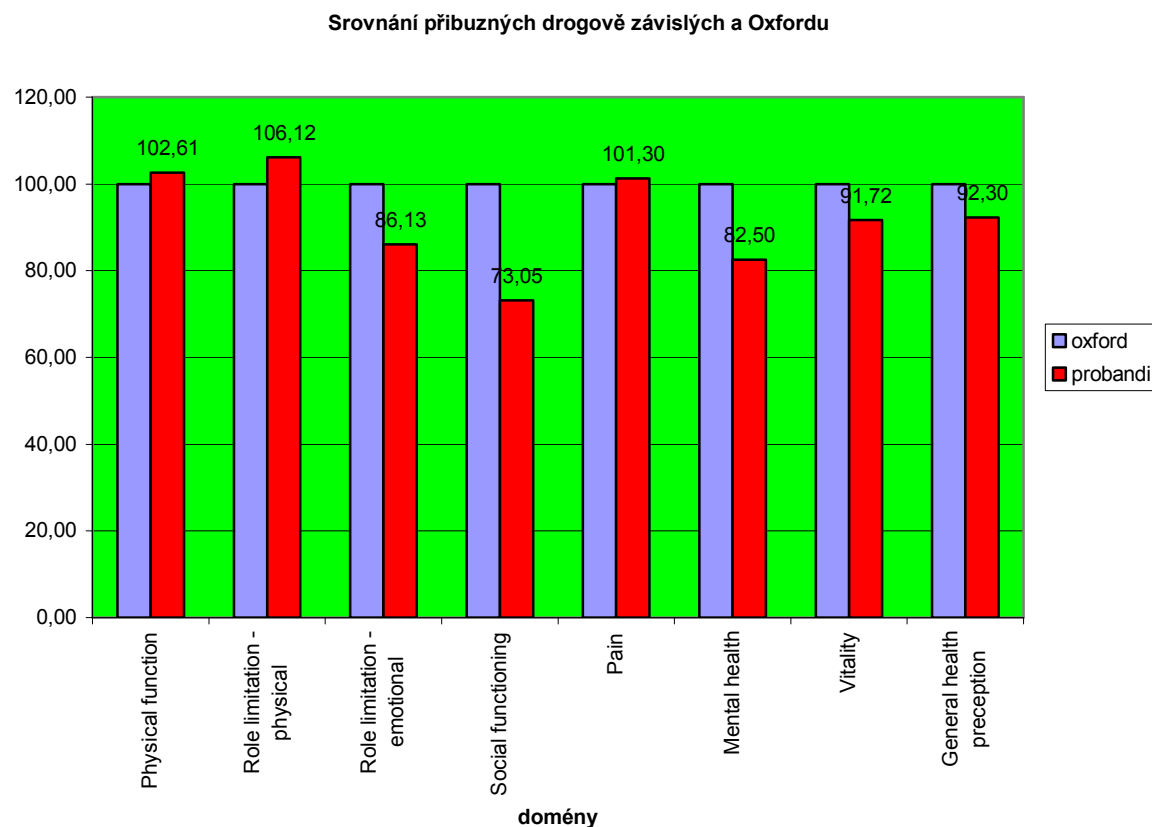
4 Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí 73,05%

5 Bolest 101,30%

6 Duševní zdraví 82,50%

7 Vitalita 91,72%

8 Všeobecné vnímání vlastního zdraví 92,30%



Graf č. 2

V doménách SF (omezení sociálních funkcí) a MH (duševní zdraví) je HRQoL příbuzných statisticky významně nižší, nežli kontrol a to na 1% hladině významnosti při oboustranném uspořádání.

u-krit. 1,7.....5%

2,77.....1%

Oboustranně!

Při hodnocení skupiny rodinných příslušníků vůči evropským normálům shledáváme následující skutečnosti:

V doméně Fyzické funkce dosahují rodinní příslušníci drogově závislých osob 102,61% evropských normálů, tento jev není statisticky významný.

V doméně Fyzické omezení rolí dosahují probandi 106,12% evropských normálů, tento jev je není statisticky významný.

V doméně Emoční omezení rolí dosahují probandi 86,13% evropských normálů, tento jev není statisticky významný.

V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí skórují probandi 73,05% evropských normálů, tento jev je velmi statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Bolest dosahují probandi 101,30% evropských normálů, tento jev není statisticky významný.

V doméně Duševní zdraví skórují probandi 82,50% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Energie/vitalita dosahují probandi 91,72% evropských normálů, tento jev není významný.

V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahují probandi 92,30% evropských normálů, tento jev není statisticky významný.

5.4.3. SROVNÁNÍ CHORVATSKÝCH PŘÍBUZNÝCH DROGOVĚ ZÁVISLÝCH A OXFORDU

V našem srovnání, jsme došli k následujícím datům:

Fyzické funkce 69,50%

Fyzické omezení rolí 54,50%

Emoční omezení rolí 67,42%

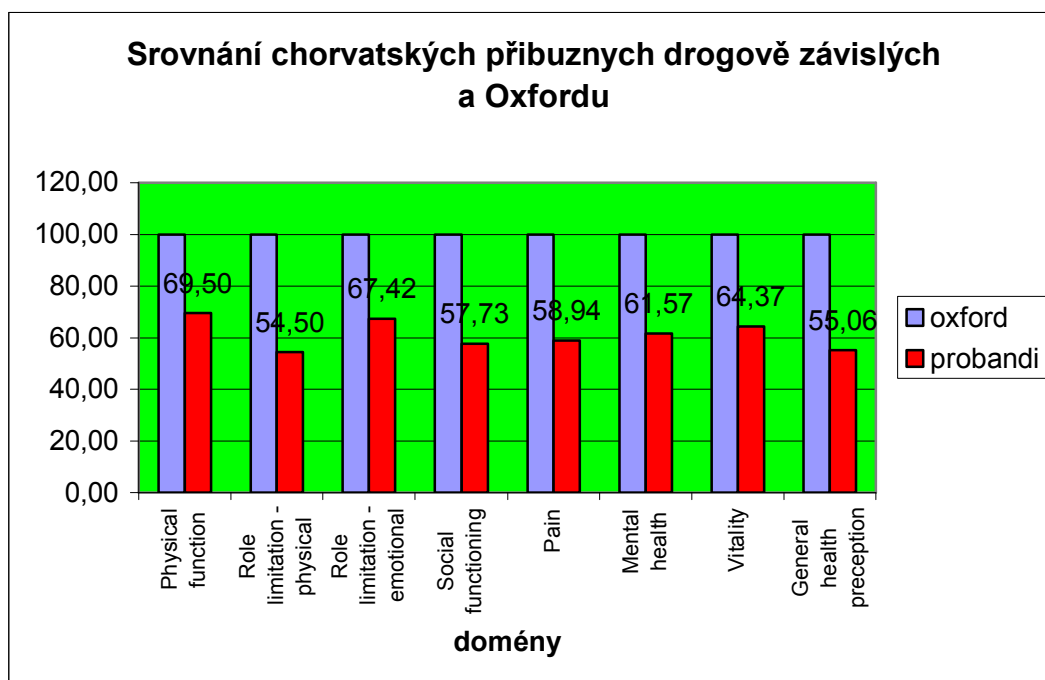
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí 57,73%

Bolest 58,94%

Duševní zdraví 61,57%

Vitalita 64,37%

Všeobecné vnímání vlastního zdraví 55,06%



Graf. č. 3

Ve všech hodnocených doménách je kvalita života Rodinných příslušníků statisticky významně nižší nežli u kontrolní populace, a to i na 1% hladině významnosti v oboustranném uspořádání.

u-kritická 1,67	5%	
2	1%	
2.....	5%	Oboustranně
2,66.....	1%	Oboustranně

Při hodnocení skupiny chorvatských rodinných příslušníků vůči evropským normálům shledáváme následující skutečnosti:

V doméně Fyzické funkce dosahují rodinní příslušníci drogově závislých osob 69,50% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

Fyzické omezení rolí dosahují probandi 54,50% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Emoční omezení rolí dosahují probandi 67,42% evropských normálů, tento jev statisticky významný na 1% hladině významnosti.

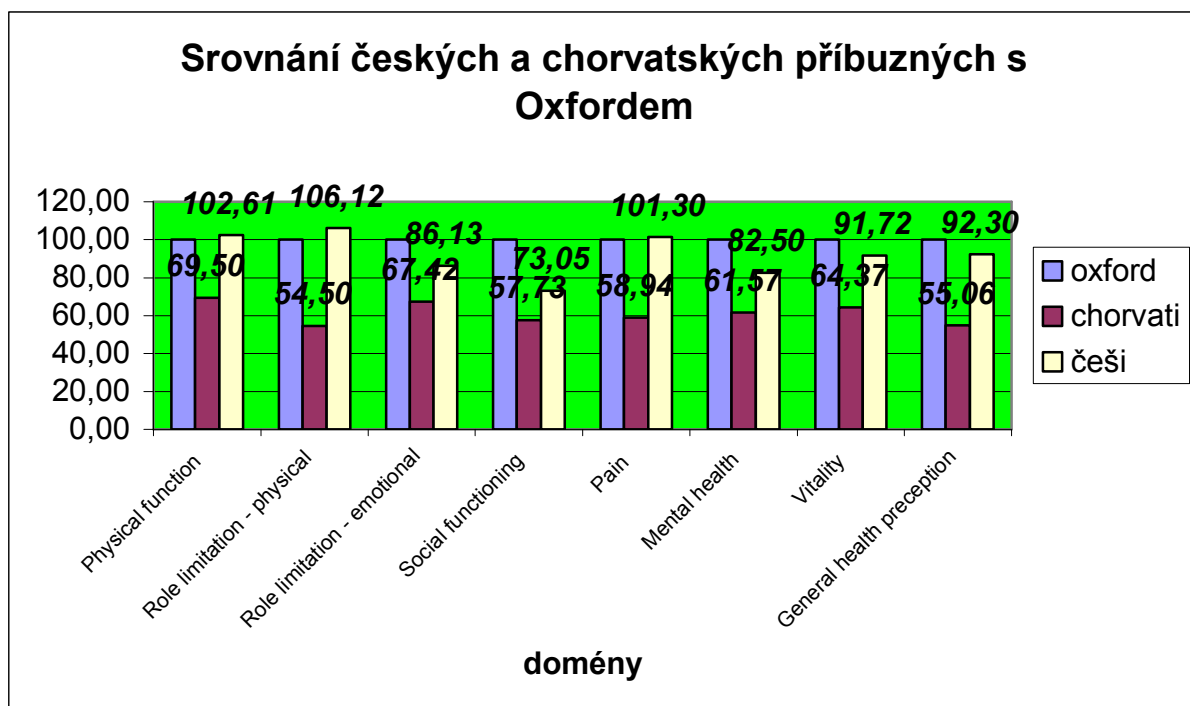
V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí skórují probandi 57,73% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Bolest dosahují probandi 58,94% evropských normálů, tento jev není statisticky významný.

V doméně Duševní zdraví skórují probandi 61,57% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Energie/vitalita dosahují probandi 64,37% evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahují probandi 55,06% evropských normálů, tento jev statisticky významný na 1% hladině významnosti.



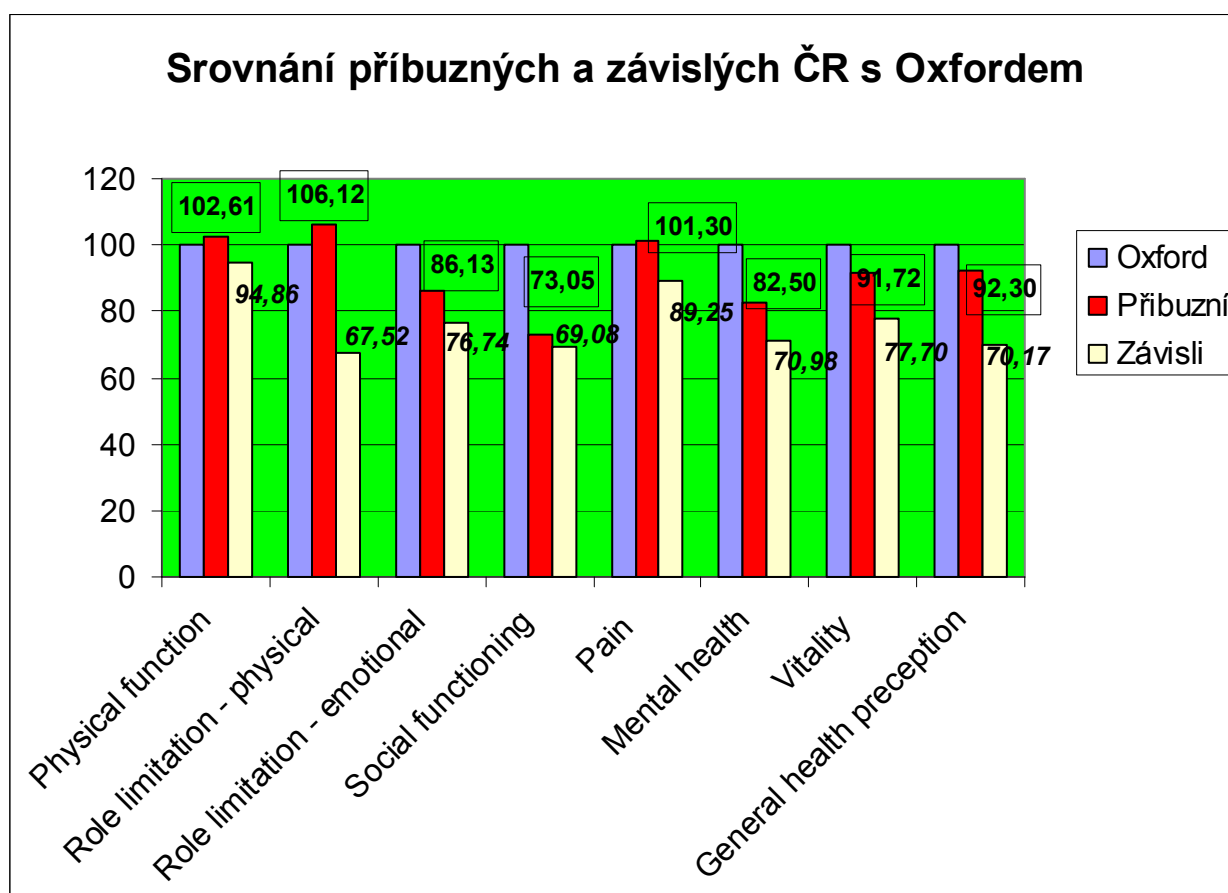
Graf č. 4

Po srovnání českých a chorvatských příbuzných s Oxfordem můžeme konstatovat, že **tam, kde je u-shledaná vyšší nežli u-kritická platí, že Chorvati jsou na tom hůře nežli Češi.**

To platí v doménách PF Fyzické funkce , **RP** Fyzické omezení rolí **P** Bolest, **MH** Všeobecné duševní zdraví, **EV** Vitalita, a **GHP** Všeobecné vnímání vlastního zdraví.

u-krit. 1,7.....1%

5.4.4. SROVNÁNÍ PŘÍBUZNÝCH A ZÁVISLÝCH V ČR S OXFORDEM

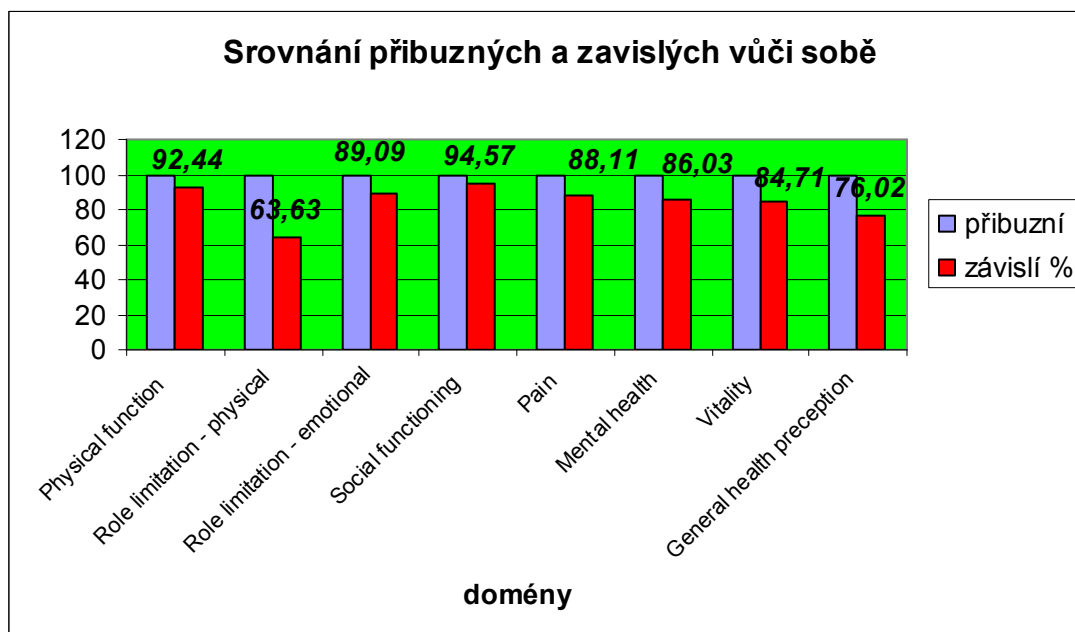


Graf č. 5

Z níže uvedeného grafického srovnání plyne, že příbuzní drogově závislých jsou na tom "stejně špatně" jako drogově závislí, jen v doménách RP (fyzické omezení rolí) a GHP (všeobecné vnímání vlastního zdraví) jsou na tom statisticky významně lépe na 5% hladině významnosti.

u-krit 1,7 1%

Srovnání příbuzných a závislých vůči sobě



Graf č. 6

Při hodnocení skupiny pacientů a rodinných příslušníků vůči sobě navzájem shledáváme následující skutečnosti:

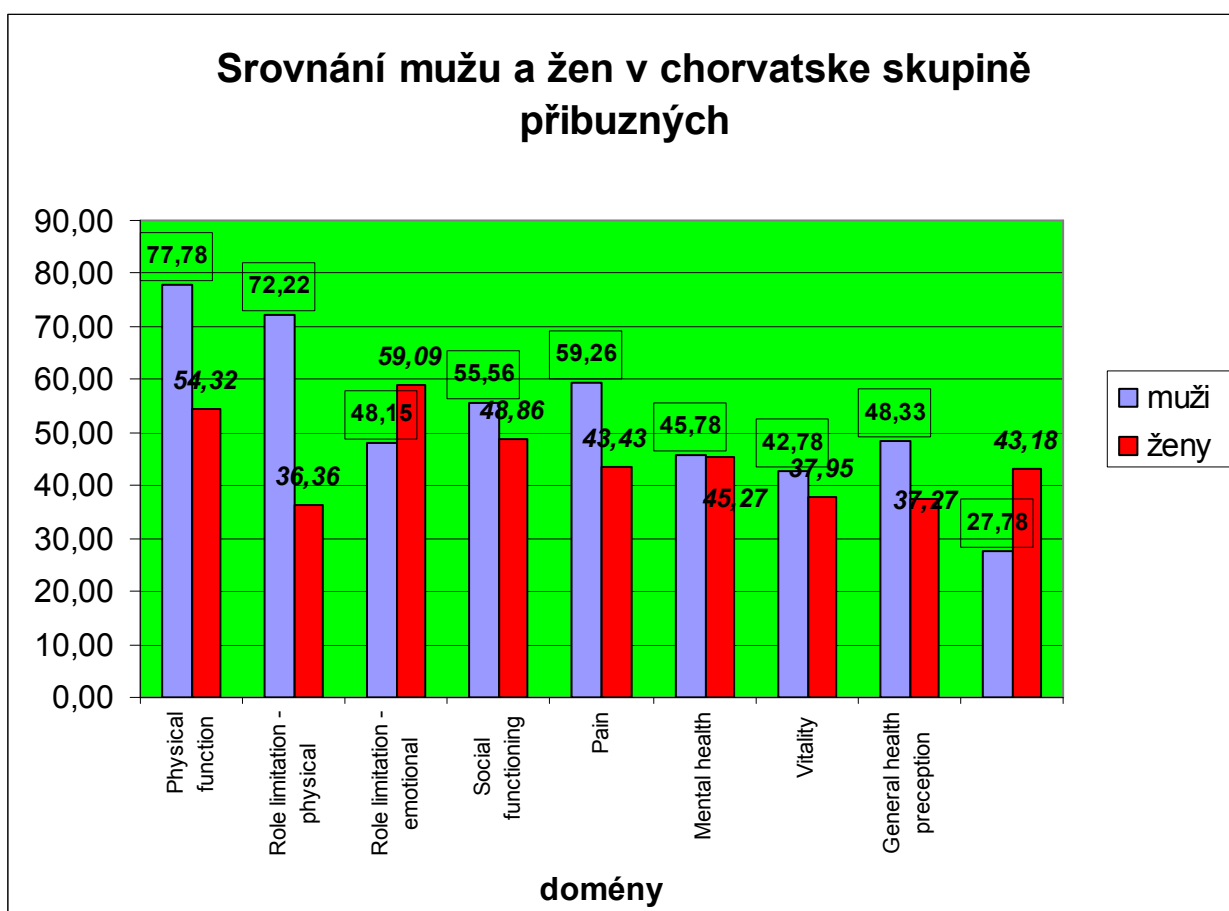
prokazuje se snížení kvality života drogově závislých ve všech 8 doménách „Kvality života podmíněné zdravím“.

U rodinných příslušníků drogově závislých osob se prokazuje statisticky významné snížení kvality života vůči evropským standardům v doménách **omezení sociálních funkcí a duševní zdraví** kvality života podmíněné zdravím. **Alarmující je zjištění, že zejména v doménách Bolest a Energie/Vitalita není mezi stupněm postižení drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků žádný statisticky významný rozdíl (!)**, (jen v doménách fyzické omezení rolí a všeobecné vnímání vlastního zdraví jsou na tom statisticky významně lépe.)

V těchto doménách je tedy stejným handicapem vůči evropskému standardu jak být osobou drogově závislou, tak být rodinným příslušníkem takovéto osoby.

Rodinní příslušníci drogově závislých osob jsou takto identifikováni jako risiková, handicapovaná skupina obyvatelstva. Tento handicap je kvantifikován v procentech evropských standardů a statistická významnost tohoto jevu je pečlivě stanovena.

5.4.5. SROVNÁNÍ MUŽŮ A ŽEN V CHORVATSKÉ SKUPINĚ PŘÍBUZNÝCH



Graf č. 7

Prokazujeme statisticky významnější postižení žen nežli mužů a to v doménách PF (fyzické funkce) a RP (fyzické omezení rolí).

Nesmírně pozoruhodné je zjištění, že genderové rozdíly v Chorvatsku jsou podstatné a tangují zejména biologický rozměr kvality života chorvatských žen.

Možná bychom tento fakt mohli vyjádřit tak, tyto ženy jsou tzv. "sedřené".

u-krit. 1,74.....1%

Skupina mužů v českém vzorku má jen 2 členy, proto v tomto uspořádání neprokazujeme statistickou významnost žádného jevu.

6. DISKUZE

Potvrzuje se zjištění, poprvé učiněné pracovní skupinou Petr Petr a spol. v projektu HEALTHINDRUGS ⁵⁷, že rodinní příslušníci drogově závislých osob představují ohroženou, křehkou a handicapovanou skupinu populace. Jejich kvalita života je při srovnání s evropskými standardy kromě domén Fysické funkce a Bolest statisticky významně nižší. V rolových i sociálních doménách, taktéž v doméně Duševní zdraví, Energie/vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví jsou tyto naši spoluobčané významně handicapováni.

Zejména alarmující je fakt, který vyžaduje včasnou a cílenou reflexi, totiž, že být rodinným příslušníkem drogově závislé osoby vede ke skutečnému vyčerpání sil. To dokumentuje naše zjištění, že v doménách Fysické omezení rolí, Energie/vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví prokazujeme v námi provedeném empirickém výzkumu prakticky stejnou míru snížení kvality života u pacientů, jako u jejich rodinných příslušníků. V těchto doménách je tedy obrazně řečeno na tom rodinný příslušník „stejně špatně“ jako sám nemocný.

Osoby drogově závislé vykazují statisticky významně nižší kvalitu života, nežli jsou evropské standardy. Jediná doména, ve které je tento rozdíl nevýznamný, jsou fyzické funkce.

Ve své práci prokazují, že příbuzní drogově závislých jsou

⁵⁷ Petr, P.: Analýza kvality života podmíněné zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji. Závěrečná zpráva projektu ve smyslu Smlouvy o poskytnutí grantu SD/OREI/570/06 ze dne 12.7. 2006.

Zdroj:

[http://64.233.183.104/search?q=cache:dzFXCeNli9AJ:www.nemcb.cz/_data/files/File/zpravodaj_2006-](http://64.233.183.104/search?q=cache:dzFXCeNli9AJ:www.nemcb.cz/_data/files/File/zpravodaj_2006-3.doc+Anal%C3%BDza+kvality+%C5%BEivota+podm%C3%ADn%C4%9Bn%C3%A9+zdrav%C3%ADm+u+drogov%C4%9B+z%C3%A1visl%C3%BDch+osob+a+jejich+rodinn%C3%BDch+p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADk%C5%AF+v+Jiho%C4%8Dsk%C3%A9m+kraji.&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a)

[3.doc+Anal%C3%BDza+kvality+%C5%BEivota+podm%C3%ADn%C4%9Bn%C3%A9+zdrav%C3%ADm+u+drogov%C4%9B+z%C3%A1visl%C3%BDch+osob+a+jejich+rodinn%C3%BDch+p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADk%C5%AF+v+Jiho%C4%8Dsk%C3%A9m+kraji.&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a](http://64.233.183.104/search?q=cache:dzFXCeNli9AJ:www.nemcb.cz/_data/files/File/zpravodaj_2006-3.doc+Anal%C3%BDza+kvality+%C5%BEivota+podm%C3%ADn%C4%9Bn%C3%A9+zdrav%C3%ADm+u+drogov%C4%9B+z%C3%A1visl%C3%BDch+osob+a+jejich+rodinn%C3%BDch+p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADk%C5%AF+v+Jiho%C4%8Dsk%C3%A9m+kraji.&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a)

na tom "stejně špatně" jako drogově závislí. Pouze v doménách RP (fyzické omezení rolí) a GHP (všeobecné vnímání vlastního zdraví) jsou na tom statisticky významně lépe na 5% hladině významnosti.

Osoby drogově závislé vykazují statisticky významně nižší kvalitu života, nežli jsou evropské standardy. Jediná doména, ve které je tento rozdíl nevýznamný, jsou fyzické funkce - v tomto se shodují s doc. Petrem. Na rozdíl od něj, mi ale vychází v doménách Fyzické omezení rolí a Všeobecné vnímání vlastního zdraví, že příbuzní jsou na tom významně lépe na 5% hladině významnosti.

Dále bych chtěl v diskuzi upozornit, že shledávám ve skupině chorvatských příbuzných výraznější postižení žen oproti mužům v biologickém rozměru kvality života a to v doménách Fyzické funkce a Fyzické omezení rolí. V tomto zjištění se shodují s poznatky H. Kalové,⁵⁸ o čemž jsem předběžně informoval paní primářku MUDr. Vesna Šendula-Jengiće a budu jí oznamovat výsledky své práce.

(4.5.2008)

⁵⁸ Kalová, H.: Biologické, psychologické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím.

Zdroj:

http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/17KZprezentace.ppt/view

(4.5.2008)

7. ZÁVĚRY

Osoby drogově závislé vykazují statisticky významně nižší kvalitu života, nežli jsou evropské standardy. Jediná doména, ve které je tento rozdíl nevýznamný, jsou fyzické funkce.

Jak funkce rolové (Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí) tak funkce sociální kohese (Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí) jsou u těchto osob významně sníženy. Duševní zdraví, Energie a Všeobecné vnímání vlastního zdraví vykazují též statisticky významné zhoršení a dokreslují svým poklesem celkovou bio-psycho-sociální tíseň a handicap, ve kterých se osoba drogově závislá nachází.

Na chorvatském vzorku byl prokázán významný genderový rozdíl, kde ženy ve srovnání s muži mají poškozené biologické aspekty kvality života (fyzické funkce a fyzické omezení rolí).

V českém vzorku se tento rozdíl prokázat nepodařilo kvůli nedostatečnému podílu mužů ve vzorku.

Prokázalo se, že kvalita života chorvatských příbuzných drogově závislých je ve srovnání s českými probandy v této skupině znatelně nižší ve všech doménách.

Rodinní příslušníci drogově závislých osob představují ohroženou, křehkou a handicapovanou skupinu populace. Jejich kvalita života je při srovnání s evropskými standardy kromě domén Fysické funkce a Bolest statisticky významně nižší. V rolových i sociálních doménách, taktéž v doméně Duševní zdraví, Energie/vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví jsou tito naši spoluobčané významně handicapováni.

Zejména alarmující je fakt, který vyžaduje včasnou a cílenou reflexi, totiž, že být rodinným příslušníkem drogově závislé osoby vede ke skutečnému vyčerpání sil. To dokumentuje naše zjištění, že v doménách Fysické omezení rolí,

Energie/vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví prokazujeme v námi provedeném empirickém výzkumu prakticky stejnou míru snížení kvality života u pacientů, jako u jejich rodinných příslušníků. V těchto doménách je tedy obrazně řečeno na tom rodinný příslušník „stejně špatně“ jako sám nemocný.

Shledané výsledky silně podporují záměr, zařadit periodické longitudinální hodnocení Kvality života podmíněné zdravím, v konceptu HRQoL a s využitím dotazníku SF-36 do komplexního systému péče nejen o pacienta drogově závislého, ale i o jeho rodinné příslušníky či jim na roveň postavené osoby.

Tyto přístupy mohou do určité míry umožnit „holistický“, tj. celostní management jevu drogových závislostí jako bio-psycho-sociální jednotky. Umožní kvantifikovat jak postižení (impairment), tak určitá omezení (disability) a srovnáním s evropskými standardy i znevýhodnění (handicap). Umožní dále sledovat efekt provedených léčebných a sociálních intervencí. Tím přispějí i k možnosti skutečně hodnotit efektivnost vynaložených sil a prostředků. (cost/efficacy).

7.1. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Rodinní příslušníci drogově závislých osob jsou handicapovanou částí naší populace v doménách „Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí“ a „Duševní zdraví.“ Z tohoto důvodu je nutné zavést systém psychosociální podpory a intervence s ohledem na hodnocení „Kvality života podmíněné zdravím“ a to nejen v sociálních službách, ale zejména v ordinacích pro Alkohol a jiné toxikomanie (AT, OAT) a na příslušných psychiatrických odděleních. Jedná se hlavně o služby typu poradenství pro rodiče a osoby blízké a skupinové terapie pod vedením odborníků. V rámci léčebného procesu

uživatelů drog by měly existovat i podpůrné léčebné programy pro rodiče. Podmínkou úspěšnosti je totiž i „léčení“ příbuzných - rodiny závislého člověka. Závislost je chorobou celého konkrétního rodinného systému. V chorvatském vzorku příbuzných jsou ženy postiženy znatelně víc než muži, o čemž budeme informovat ve spolupráci s Pracovištěm klinické farmakologie, resp. paní primářkou MUDr. Vesna Šebndula-Jengić a v ostatních zařízeních, v nichž probíhal tento výzkum.

8. ABSTRAKT / SUMMARY

8.1 ABSTRAKT

Kvalita života podmíněná zdravím u drogově závislých.

Cílem této bakalářské práce je stanovit

1/ individuální a průměrná skóre kvality života u osob drogově závislých a u jejich příbuzných nebo blízkých.

2/ analyzovat zjištěné jevy, srovnat kvalitu života probandů s evropskými normály, porovnat genderové rozdíly ve skupině příbuzných drogově závislých, a poté srovnat i kvalitu života skupiny drogově závislých s kvalitou života skupiny rodinných příslušníků drogově závislých.

3/ na základě této analýzy stanovit závažnost shledaných jevů (jejich statistickou významnost) a identifikovat nejvíce postižené domény kvality života. Tím vytvořit předpoklady pro rozvahu o potřebnosti sortimentu a objemu případných sociálních intervencí u cílových osob.

Metoda

V této bakalářské práci k praktickému výzkumu byl použit dotazníkový nástroj SF-36, který slouží jak pro celkové zhodnocení kvality života, tak i pro porovnání rozdílu mezi zkoumanými skupinami.

Probandi

Soubor 36 osob (24 drogově závislých osob-pacientů a 12 jejich rodinných příslušníků, či jim na roveň postavených jedinců) a 32 rodinných příslušníků chorvatských drogově závislých.

Výsledky

Drogově závislí mají ve všech 8 doménách statisticky významně nižší kvalitu života nežli kontrolní skupina.

V doménách omezení sociálních funkcí a duševní zdraví je

HRQoL příbuzných statisticky významně nižší, než u kontrol.

Chorvatští rodinné příslušníci jsou na tom významně hůř nežli čeští, přitom ženy jsou postiženy víc nežli muži a to v doménách fyzické funkce a fyzické omezení rolí.

8.2. SUMMARY

Health related quality of life of drug addicted

The aim of this thesis is:

1/ to determine the individual and average score of quality of life in drug addicted persons, their kins and close friends

2/ to analyse the survey of the data, to compare the quality of life of probands with European standards, to compare gender differences in a group of drug addicts' relatives (kins) and also to compare the quality of life in members of a group of drug addicts with the quality of life of the drug addicts' family members.

3/ On grounds of this analysis to consider the relevance of the phenomena (the statistical significance) and to identify the most affected domains of life, thereby to generate prerequisites on planning the range of possible social interventions in target persons.

The method:

For the practical research the questionnaire method SF-36, which served both for quality of life measuring and for the comparison between the groups, was used.

Probands:

The set of 36 persons (24 drug addicted persons – patients and 12 of their family members or persons at the same position) and 32 family members of Croatian drug addicts.

The results:

The drug addicted persons have a statistically significantly lower quality of life in all the 8 domains than the control group.

In the domains of reduced social functioning and mental health the health related quality of life of relatives is significantly lower than that of the control group.

Croatian family members have a much worse score than Czech family members. Women are affected more than men, in the domains the physical functioning and the physical role limitations.

9. POUŽITÁ LITERATURA

Brown, I.: *Quality of life and Disability: An Approach for Community*, Londýn 2003

Brown, L. (editor): *The New Shorter Oxford English Dictionary*; Oxford 1993

Fišerová, M.: *Neurobiologie závislosti*, Praha 2003

Hartnoll, R.: *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe*; Praha 2005

Kalová, H.: *Biologické, psychologické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím.*

Zdroj:

http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/17KZprezentace.ppt/view
(4.5.2008)

Kalová, H., Petr P., Soukupová, A., Vondrouš, P.: *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci.*, Zdroj:

www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/3KZnovejsi_koncepty.doc/ (15.1.2008)

Křivohlavý, J.: *Kvalita života*; Zdroj:

http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kv_ziv.html
(27.3.2008)

Křivohlavý, J.: *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*; Zdroj:

http://jaro.krivohlavy.cz/stare_stranky/clanky/c_kvalita.html
(30.3.2008)

Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*; Praha 2002

Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*; Praha 2001

Kuchařský, P. - Vránek, Č.: *Latinsko-český slovník*, Praha 1957

Kuhn, T.S.: *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago 1962

Mužíková, L.: *Pojem zdraví*; Zdroj:

http://www.ped.muni.cz/whealhedu/stary_web/ke_stazeni/Zdravi.htm
(15.2.2008)

O'Boyle, C. A., McGee, H. a Joyce, C. R. B.: *Quality of life. Assessing the individual.* In: *Advances in Medical Sociology*, Volume 5, s. 159-180; New York 1994

Petr, P.: *Analýza kvality života podmíněné zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji. Závěrečná zpráva projektu ve smyslu Smlouvy o poskytnutí grantu SD/OREI/ 570/06 ze dne 12.7. 2006.*

Zdroj:

http://64.233.183.104/search?q=cache:dzFXCeNli9AJ:www.nemcb.cz/_data/files/File/zpravodaj_2006-3.doc+Anal%C3%BDza+kvality+%C5%BEivota+podm%C3%ADn%C4%9Bn%C3%A9+zdrav%C3%ADm+u+drogov%C4%9B+z%C3%A1visl%C3%BDch+osob+a+jejich+rodinn%C3%BDch+p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADk%C5%AF+v+Jiho%C4%8Desk%C3%A9m+kraji.&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a
(4.5.2008)

Petr, P.: *Kvalita života v balneologii: nástroj k hodnocení výsledků a účinnosti balneoterapie*; České Budějovice 2004

Petr, P.- Kálová, H.: *Kvalita života ve světle novějších konceptů*
Zdroj:

http://209.85.135.104/search?q=cache:3uzi4CpJm9QJ:www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/3KZnovejsi_koncepty.doc/+Oxford+Healthy+Life+Survey&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&lr=lang_cs&client=firefox-a
(25.3.2008)

Schalock, R. L.: *Quality of life*; Washington, D.C. 1996-1997

Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha 1996

Sytsema, J.: *Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey*

Zdroj: <http://eprints.ouls.ox.ac.uk/archive/00000584/>
(11.4.2008)

Vacek, J.: *Prožitek akutní intoxikace Kanabis*, Olomouc 2000;
Zdroj : <http://patizon.wz.cz/psycho/PAIK.htm> (11.1.2008)

Vurm, V. (a kolektiv): *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*; Praha 2007

10. PŘÍLOHY

10.1. PŘÍLOHA: SF-36

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

Česká verze: 1/2006
doc. MUDr Petr Petr., Ph.D.
.370 01 Č .Budějovice
Česká Republika

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

LEGENDA

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

Identifikace respondenta

Datum narození/ Aktuální věk:		<i>dd-mm-rrrr / XX</i>
Pohlaví:	muž / žena	<i>nehodící se škrtněte</i>
Typ intervence/ Indikace:	Je-li respondentem přímo osoba závislá/pacient/klient, je její kod vždy N=pořadové číslo/ 0 Vztah respondenta k osobě drogově závislé: Pořadové číslo drogově závislé osoby / Pořadové číslo respondenta – rodinného příslušníka nabývá za lomítkem hodnoty 1-4 tj. pro jednoho respondenta-osobu závislou můžeme nasbírat až 4 příbuzné/blízké osoby Identifikace vztahu slovně Příklad: 1/1 + slovně otec: 1/2 + slovně matka, 1/3 + slovně sestra atp.,	<i>vyplní Váš lékař /zdravotník</i> <i>sem píše lékař/ zdravotník/výzkumník,</i>

Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemocí) vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Trvání (zaokrouhleno na celé roky)		<i>vyplní proband, zkontroluje výzkumník</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	základní-střední-vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne.

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3

- | | | | |
|--|---|---|---|
| d. Vyjít po schodech několik pater | 1 | 2 | 3 |
| e. Vyjít po schodech jedno patro | 1 | 2 | 3 |
| f. Předklon, shýbání, poklek | 1 | 2 | 3 |
| g. Chůze asi jeden kilometr | 1 | 2 | 3 |
| h. Chůze po ulici několik set metrů | 1 | 2 | 3 |
| i. Chůze po ulici sto metrů | 1 | 2 | 3 |
| j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby | 1 | 2 | 3 |
4. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?
(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)
- | | ANO | NE |
|---|-----|----|
| a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti? | 1 | 2 |
| b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)? | 1 | 2 |
| c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností? | 1 | 2 |
| d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)? | 1 | 2 |
5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?
(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)
- | | ANO | NE |
|---|-----|----|
| a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti? | 1 | 2 |
| b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)? | 1 | 2 |
| c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle? | 1 | 2 |
6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.
(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou						

depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocíťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocíťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5

b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Během dnešního dne užívám tyto léky:

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

Datum:
