

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



Zdeňka Filipová

Kvalita života mužů závislých na alkoholu před léčbou a při ukončení léčby na koedukovaném oddělení léčby závislosti PN Kosmonosy.

Quality of life of men addicted to alcohol before and after the treatment on coeducated department of addiction treatments on PN Kosmonosy.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2016

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Lence Šťastné, Ph.D., za cenné rady, připomínky a informace při vedení bakalářské práce.

## **Identifikační údaje:**

Filipová, Zdeňka. *Kvalita života mužů závislých na alkoholu před léčbou a při ukončení léčby na koedukovaném oddělení léčby závislosti PN Kosmonosy. [Quality of life of men addicted to alcohol before and after the treatment on coeducated department of addiction treatments on PN Kosmonosy.]* Praha, 2016. 58 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 19. července 2016.

## **Abstrakt**

Východiska: Pro závislého člověka abstinence není cílem, ale prostředkem ke zlepšení kvality života.

Cíle: Cílem bakalářské práce je evaluace úspěšnosti zlepšení kvality života u mužů závislých na alkoholu, hospitalizovaných na koedukovaném oddělení léčby závislostí Psychiatrické nemocnice Kosmonosy.

Soubor a metody: Soubor tvořilo 22 mužů závislých na alkoholu, kteří vyplňovali dotazníky na začátku léčby a poté při ukončení léčby. K získání dat pro účely výzkumného šetření byly použity dva dotazníky. První dotazník byl určen pro sběr sociodemografických údajů a jako druhý byl zvolen standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL–BREF (zkrácená verze).

Výsledky: Výzkumné šetření ukázalo, že u pacientů při ukončení léčby došlo ke zlepšení kvality života ve srovnání s vnímáním kvality života před léčbou. Pacienti při ukončení léčby uváděli zlepšení i v subjektivním vnímání svého zdraví. Ve sledované doméně prožívání pacienti při ukončení léčby vykazují největší zlepšení oproti hodnotám před léčbou. K výraznému zlepšení při ukončení léčby došlo i v dalších sledovaných doménách fyzické zdraví a sociální vztahy. Ke zhoršení u pacientů při ukončení léčby došlo ve spokojenosti s dopravou, s vnímáním závislosti na lékařské péči a stagnovala spokojenost s dostatkem financí pro své potřeby.

Závěr: Z výzkumného šetření vyplývají určité poznatky, týkající se subjektivního vnímání kvality života pacientů absolvujících léčbu, které mohou být účinně využity v terapeutickém přístupu k pacientům a zefektivněním jejich léčby na koedukovaném oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy

Klíčová slova: kvalita života, alkohol, závislost, léčba.

## **Abstract**

**Background:** For an addicted person abstinence is not a goal but a way to improve their quality of life.

**Aims:** The aim of this bachelor work is the evaluation of the efficiency of improving the quality of life of men addicted to alcohol hospitalized in the co-educated department of addiction treatment in psychiatric hospital Kosmonosy.

**Sample and methods:** The sample was made up of 22 men addicted to alcohol, which filled in the questionnaire at the beginning of the treatment and after it. To acquire the data, two questionnaires were used. The first questionnaire was designed for collecting the sociodemographic data and as the second one was chosen a standardized questionnaire of World Health Organization WHOQOL–BREF (shortened version).

**Results:** The research survey had shown that the quality of life of patients after the treatment have risen compared to perception of quality of life's of men before treatment. Patients stated an improvement of their subjective perception of their health at the end of the treatment. In the observed domain of experiencing the patients show the greatest improvement compared to the values recorded before the treatment. A great improvement has happened in other observed domains such as physical health and social relationships. The satisfaction of patients in the domains of transport, perception of dependence on a medical care and financial self-sufficiency of patients after the treatment has worsened.

**Conclusion:** Certain findings, related to the subjective perception of the quality of life of patients undergoing the treatment, result from the research survey and they could be effectively used in a therapeutic approach to patients and in the improvement of their treatment in co-educated department of addiction treatment in psychiatric hospital Kosmonosy.

**Keywords:** quality of life, alcohol, addiction, treatment

## Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. Kvalita života .....	9
1.1. Vymezení pojmu kvalita života.....	9
1.2. Subjektivní a objektivní pojetí kvality života.....	9
1.3. Vývoj pojmu kvalita života v čase .....	9
1.4. Kvalita života v různých přístupech .....	10
2. Závislost na alkoholu .....	14
2.1. Co je to alkohol .....	14
2.2. Definice závislosti na alkoholu .....	14
2.3. Typologie závislosti na alkoholu.....	15
2.4. Vývoj závislosti .....	15
2.5. Příčiny závislosti .....	16
2.6. Zdravotní komplikace alkoholové závislosti.....	16
2.7. Komplexní léčba závislosti.....	18
2.8. Epidemiologie alkoholu v České republice .....	19
3. Střednědobá ústavní léčba.....	20
3.1. Cíle léčby.....	20
3.2. Terapeutický tým.....	20
3.3. Léčebné společenství.....	20
3.4. Strukturovaný program.....	20
3.5. Průběh léčby .....	21
3.6. Psychoterapie v ústavní léčbě.....	21
3.7. Farmakoterapie v léčbě závislosti na alkoholu.....	21
4. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy .....	23
4.1. Historie Psychiatrické nemocnice Kosmonosy .....	23
4.2. Koedukované oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy .....	23
4.3. Průběh léčby na koedukovaném oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy .....	23
PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
5. Cíl práce .....	25
6. Výzkumné otázky .....	25

7. Metody získávání dat .....	25
8. Etické aspekty .....	26
9. Výzkumný soubor .....	26
9.1. Charakteristika výzkumného souboru .....	26
10. Vyhodnocení dotazníku WHOQOL–BREF .....	27
11. Souhrn výsledků.....	45
12. Diskuze.....	47
ZÁVĚR .....	50
Použitá literatura .....	51
Seznam tabulek a grafů .....	53
Seznam příloh .....	53

## Úvod

Alkohol je v naší zemi nejrozšířenější návykovou látkou, která je ve společnosti tolerovaná a snadno dostupná. Závislost na alkoholu je spojená s ekonomickými, sociálními a zdravotními problémy, které se během závislosti hromadí a negativně ovlivňují nejen samotného závislého jedince, ale také jeho rodinu a okolí. Dlouhodobé zneužívání alkoholu má neblahý vliv na celkový život člověka, tudíž i na jeho kvalitu.

Téma kvalita života je všeobecně známé a používané nejen ve zdravotnictví, ale také v běžném životě. Na první pohled pojem kvalita života zní jednoduše, ale při bližším zkoumání narážíme na složitost ve vymezení této problematiky. Společně s tímto tématem se objevují podobné pojmy, které souvisí s kvalitou života, ale tento termín přímo nedefinují ani nevysvětlují. Proto je nutné pohlížet na kvalitu života jako na složitý koncept obsahující řadu různých subjektivních i objektivních hledisek.

Tématem této práce je sledování kvality života mužů závislých na alkoholu, hospitalizovaných na koedukovaném oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy z hlediska vývoje spokojenosti s kvalitou jejich života. Téma bylo vybráno s ohledem na práci autorky na oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy, kde pracuje jako zdravotní sestra. V léčbě závislosti je hlavním cílem změna jedince, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru (Kalina, 2015). Z toho vyplývá, že zjištění případných nedostatků v subjektivním vnímání kvality života pacientů, by mohlo napomoci k odvození konkrétních zlepšení v terapeutické praxi a zároveň, by pozitivní výsledky mohly mít motivační charakter pro terapeutický tým.

Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se práce věnuje zmapování pojmu kvality života, problematice závislosti na alkoholu, léčbě závislosti a představení PN Kosmonosy. Praktická část obsahuje vlastní výzkumné šetření zaměřené na kvalitu života pacientů koedukovaného oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Kvalita života

### 1.1. Vymezení pojmu kvalita života

Pro pojem kvalita života neexistuje jednoznačná definice, ani jednotný koncept. Řada souvisejících nebo podobných témat bývají využívána jako synonyma kvality života. Mezi tyto pojmy patří například socialwell-being (sociální pohoda), well-being (pocit pohody), subjectivewell-being (individuální stav pohody), standard of living (životní úroveň), health (zdraví), wealth (bohatství), satisfaction (spokojenost) aj. Obtížná uchopitelnost pojmu kvalita života vychází ze složitosti lidské existence, která je utvářena množstvím různých vnitřních i vnějších faktorů, celou řadou meziosobních interakcí a činností v zájmových a sociálních sférách (Heřmanová, 2012). Hnilicová (2005) shrnuje nejobecnější úroveň chápání kvality života jako důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních faktorů, které spolu interagují a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i společností.

V devadesátých letech minulého století Světová zdravotnická organizace zformulovala definici kvality života jako vnímání jednotlivce své pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem k zásadním oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

### 1.2. Subjektivní a objektivní pojetí kvality života

Ke kvalitě života lze přistupovat ze dvou východisek a to subjektivního a objektivního. V současné době se odborná veřejnost více přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. Subjektivní dimenze kvality života je určována jako zásadní pro lidský život. Subjektivní kvalita života znamená jedincovo individuální hodnocení života, tak jak jej člověk vnímá ze svého pohledu. Týká se lidské emocionality a celkové spokojenosti se životem, jak jedinec vidí a hodnotí své postavení ve světě v souvislosti s kulturou a uspořádáním hodnot, ve kterých žije a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Vymětal, 2003).

V rámci přístupu ke kvalitě života z objektivního hlediska, rozumíme konkrétní, často měřitelné životní podmínky a dosaženou životní úroveň jednotlivce nebo obyvatelstva. Mezi základní životní podmínky ovlivňující objektivní přístup ke kvalitě života řadíme předpoklady sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

### 1.3. Vývoj pojmu kvalita života v čase

Koncept kvality života se poprvé objevil v roce 1920 v práci anglického ekonoma A. C. Pigoua zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Jeho výzkum se zabýval

dopadem státní podpory pro sociálně slabší vrstvy na jejich život a také na státní rozpočet. Nesetkal se ale s ohlasem a pojem kvalita života byl znovu objeven až po druhé světové válce. V té době přispěly k rozvoji koncepce kvality života dvě hlavní události. První z nich je rozšíření definice zdraví Světovou zdravotnickou organizací (WHO) na stav fyzické, sociální a duševní pohody, jež vedla k mnoha diskuzím o měřitelnosti kvality života. Druhou událostí ovlivňující vývoj pojetí kvality života se staly rostoucí sociální nerovnosti mezi jednotlivými západními společnostmi v 60. letech 20. století, které byly podnětem pro vznik různých sociálních hnutí a politických iniciativ (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

K dalšímu významnému impulsu pro zvýšení zájmu o otázky kvality života byla zdůrazňovaná potřeba řešit otázky smyslu života jedinců v náročných podmínkách konkurenčního prostředí a vysokých nároků na výkon. Problematika kvality života jak v Evropě, tak i v USA byla různou měrou a různým způsobem zaznamenávána v programech tehdejších předních politiků, v USA též v programech u amerických prezidentů J. F. Kennedyho nebo L. B. Johnsona. V USA lze identifikovat počátek zájmu o kvalitu života již dříve, v souboru opatření New Deal, ve kterém prezident USA F. D. Roosevelt v letech 1933–1938 koncipoval program zaměřený na snížení důsledků chudoby, reformu finančního systému a celkové zotavení ekonomiky z velké hospodářské krize (Gillernová, Kebza, & Rymeš, 2011).

V Evropě byl termín kvalita života poprvé uveden ve Švýcarsku v programu nevládní organizace Římský klub, jejíž jednou z hlavních aktivit bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. V 70. letech 20. století vycházelo mnoho publikací zabývajících se konceptem kvality života (quality of life, QOL). Hlavní problém, který spojoval všechny snahy o definování kvality života, bylo stanovení indikátorů skutečné QOL. Tyto pokusy vyústily v založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů“ (Social Indicators Research), který od roku 1974 vycházel v USA a Nizozemí. Znatelněji se problematika kvality života dostala do popředí z důvodu ekonomického růstu, technického pokroku a rozvoje vědy, který bezproblémově umožňuje uspokojování lidských primárních materiálních potřeb. Současně se však objevují důsledky tohoto ekonomického a technického růstu, který s sebou přináší i ohrožení zdraví a lidské existence (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

#### **1.4. Kvalita života v různých přístupech**

Zkoumání kvality života probíhá v mnoha různých vědních disciplínách jako je například psychologie, kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika, teologie, sociologie, sociální ekologie, environmentalistika, ale i technické vědy a zejména medicína, proto se jedná se o pojem interdisciplinární (Gillernová, Kebza, & Rymeš, 2011). Kvalita života je také pojmem multidimenzionálním, to znamená, že zahrnuje několik odlišných významových dimenzí. Mezi ně se řadí pojetí materiální, psychologické, kulturně antropologické, morální nebo sociologické. Mezi pojetí a chápání kvality života lze zařadit

i dimenzi medicínskou a některé další, jak například dimenzi estetickou či sekuritní (Heřmanová, 2012).

#### ***1.4.1. Psychologie a kvalita života***

Kvalita života v psychologickém pojetí je odvozena od subjektivity člověka, od jeho prožívání, myšlení a hodnocení. Jedinec vnímá svůj život jako kvalitní, pokud jsou naplněna jeho očekávání o kvalitním životě. Spokojenost prolnta s pocitem štěstí přichází, jestliže my sami i naši nejbližší nacházíme uplatnění a zároveň získáváme a prožíváme pozitivní citovou odezvu od svého nejbližšího sociálního okolí. Aby náš život měl smysl, je pro nás důležité uznání od okolí, které nám pomáhá v budování stabilní sebeúcty. Podstatnou roli ovlivňující kvalitní život z psychologického hlediska hraje i kompetentnost jedince, jak dokáže porozumět okolí a jak jej může ovlivňovat. V psychologickém měřítku kvality života je významná také autonomie člověka, která nám umožňuje samostatné rozhodování a sebeřízení. Nezastupitelnou roli v posuzování kvality života z pohledu psychologie má autenticita, která nám umožňuje být sami sebou a ve shodě s naší hodnotou orientací (Vymětal, 2003).

#### ***1.4.2. Sociologie a kvalita života***

Z hlediska sociologie se kvalita života vymezuje vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu. Životní úroveň určují především materiální a ekonomické podmínky jedince. Způsob života jí dává do spojení se životními projevy a celkovým průběhem života, pomocí kterého lidé aktivně podřizují podmínky života své vědomé kontrole. Způsob života je ve společenských vědách kategorií určující život člověka jako celek a zachycuje jeho obsah, charakter i strukturu. Způsob života vystupuje jako strukturovaný projev materiálního a duchovního života, jehož součástí je životní úroveň. Současně působí i na charakter životního stylu. Životní styl lze definovat jako specifický druh chování jedince nebo sociální skupiny se specifickými způsoby chování, zvyky a sklony. Životní styl jednotlivce ovlivňuje materiálně-technická úroveň společnosti. V praxi se životní styl projevuje jako významný rys individuality, projev samostatnosti a schopnost utvářet se jako osobnost (Vařurová & Mühlpachr, 2005).

#### ***1.4.3. Medicína a kvalita života***

Medicínský přístup ke kvalitě života je vázán k ústřednímu pojmu zdraví. Vycházíme-li z definice zdraví, kterou již v roce 1948 navrhla a přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice uvádí, že „zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being)“ (Heřmanová, 2012, s. 32). Kvalitní život je tedy takovým životem, který odpovídá tělesné, duševní a sociální pohodě jedince, ať jí hodnotí druzí nebo on sám. Při zkoumání lidského zdraví musíme zohledňovat všechny tři pohledy. Pokud zkoumáme kvalitu života v medicínském přístupu, je nutné rozlišit jedince, kteří jsou klinicky pacienti, od zdravých osob. Proto bude primárně určována kvalita života jejich současným zdravotním stavem, dále tím, jak se cítí a subjektivním hodnocením aktuálního stavu. V tomto hodnocení je určující stupeň

soběstačnosti nebo závislosti na pomoci druhých, tedy i stupeň jejich sebeobsluhy, pohyblivosti a úrovně komunikace. Důležitým znakem je individuální funkční norma a to, jak jedinec naplňuje své možnosti, i když mohou být omezeny smyslovým, tělesným nebo mentálním handicapem. K předchozím faktorům ovlivňující kvalitu života u nemocných osob řadíme i jejich finanční situaci, jelikož prevence, léčba i rehabilitace poruch zdraví již probíhá diferencovaně a v závislosti na jejich finanční situaci (Vymětal, 2003).

#### ***1.4.4. Kvalita života a psychoterapie***

Vymětal (2003) uvádí, že se psychoterapie ve vztahu ke kvalitě života uplatňuje především při rehabilitaci osob, kdy cílem je dosažení nejvyšší možné kvality života. Samozřejmě jsou psychoterapeutické postupy doplněny o další rehabilitační metody, jako například rehabilitace, ergoterapie apod., jež psychoterapii potencují. Psychoterapie napomáhá jedinci k pravdivějšímu sebepoznání, tak aby svůj život prožíval v nahlédnutí. Postupně dochází k odstraňování vnitřních omezení a překážek bránících v optimálním životě. Zároveň prostřednictvím psychoterapie dochází k rozvoji osobnosti jedince. Psychoterapie působí na zvyšování kvality života tak, že rozvíjí a naplňuje pozitivní možnosti člověka, ačkoliv mohou být prodělanou nebo probíhající nemocí nebo poruchou znatelně sníženy. Psychoterapeutickým zpracováním a přijutím určitých omezení a obav na individuální i rodinné úrovni může vést ke kvalitnímu životu, neboť zasahují do rodinného i pracovního života. Psychoterapeutické prostředky zlepšují kvalitu života a tím ovlivňují preventivně i léčebně psychopatologické fenomény.

#### ***1.4.5. Kvalita života závislých na alkoholu***

Závislost na alkoholu zasahuje do důležitých oblastí života. Jak již bylo výše popsáno, jedinci trpí celou řadou komplikací spojených s nadužíváním alkoholu. Tyto důsledky závislosti více či méně trápí závislé v jejich subjektivním hodnocení prožívání života. Podle Dragomirecké (2006) je pohled na svůj životní styl, kterým se člověk snaží naplnit spokojený život zásadním rozměrem pro měření kvality života.

#### ***1.4.6. Výzkumné studie závislých na alkoholu v ústavní léčbě***

Výzkumná šetření zabývající se kvalitou života pacientů závislých na alkoholu v průběhu ústavní léčby se nejvíce svým zaměřením přibližují níže uvedené slovenské studie. První z nich je výzkum s názvem Kvalita života lidí závislých na alkoholu a jejich změna v průběhu léčby (Benkovič & Garaj, 2009), který si klade za cíle nejen porovnání kvality života lidí závislých na alkoholu, kteří podstupují ústavní léčbu závislosti s kontrolní skupinou konzumentů alkoholu a také komparaci stavu kvality života u pacientů nastupujících léčbu a poté na konci léčby. Ze srovnávání kvality života u alkoholiků s konzumenty alkoholu vyplývá, že dotazovaní závislí na alkoholu vykazují výrazně nižší subjektivní pohodu ve všech sledovaných oblastech. Výsledky zabývající se změnou kvality života u závislých na alkoholu na začátku a při ukončení léčby, dokazují zlepšení kvality života a zvýšení celkové životní spokojenosti a to především na podkladě zlepšení zdravotního stavu a poklesu prožívání psychických obtíží.

Další výzkumná studie zaměřená na kvalitu života alkoholiků byla také realizována na Slovensku. Popelková (2004) se zaměřil na ženy a muže závislé na alkoholu hospitalizované v Psychiatrické nemocnici Veľké Zálužie. Dotazník na posouzení kvality života pacienti vyplňovali na začátku a při ukončení ústavní léčby závislosti. Výsledné zhodnocení tohoto výzkumu uvádí významné zlepšení kvality života dotazovaných na konci léčby oproti začátku.

## 2. Závislost na alkoholu

### 2.1. Co je to alkohol

Slovo alkohol se obecně používá pro složku alkoholických nápojů. Správným chemickým názvem je však ethylalkohol nebo etanol, zatímco alkohol označuje skupinu látek mezi které ethylalkohol patří. V této práci bude dále používán běžný název alkohol. První alkohol si lidé zřejmě vyráběli kvašením, v době, kdy místo kočování se věnovali zemědělství. Nasbírali ovoce, přidali vodu a čekali pár dní, než proběhne enzymatická reakce. Prvopočátky výroby alkoholu jsou zmíněny již před 2 000 lety. Řekové znali postup destilace potřebný pro výrobu alkoholu již v prvním století po Kristovi. Ve 3. století po Kristu Alexandr z Afrodizie popsal, jak z mořské vody pomocí destilace získat vodu pitnou, zmínil i možnost destilací vyrobit víno. Na evropský kontinent se poznatky o výrobě alkoholu pomocí destilace dostaly až mnohem později, nejdříve se objevily ve Španělsku, později ve zbytku Evropy. V polovině 16. století se destilace používala jako velice rozšířená technologie k výrobě alkoholických nápojů (Edwards, 2004).

### 2.2. Definice závislosti na alkoholu

Definice syndromu závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se určuje souborem fyziologických, behaviorálních a kognitivních stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje:

- silnou touhu užít látku;
- při užívání se objevují problémy v sebeovládání;
- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky;
- priorita v užívání látky před jinými aktivitami a závazky;
- zvýšená tolerance pro látku;
- někdy přítomnost somatického odvykacího stavu (ÚZIS ČR, 2014).

Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných znaků syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. K diagnostice závislosti by mělo dojít, jestliže se během jednoho roku objeví tři nebo více výše popsaných jevů (Nešpor, 2011).

Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu jsou v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí vedeny pod kódem F 10. Z psychiatrického hlediska lze tyto poruchy rozdělit do dvou skupin:

- poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, bezprostřední intoxikací alkoholem nebo jako následek chronického abusu alkoholu
- poruchy, které se projevují návykovým chováním související s nadužíváním alkoholu a které mohou vyústit v závislost (Popov, 2003).

### 2.3. Typologie závislosti na alkoholu

Popov (2003) uvádí doposud používanou Jellinekovu typologie z roku 1940, rozlišující pět různých typů závislosti na alkoholu:

Typ alfa: označováno jako problémové pití, abusus alkoholu užívaný jako sebededikace pro odstranění špatné nálady, tenze, úzkosti, depresivních stavů, charakteristické je pití o samotě.

Typ beta: uváděné jako společenské pití, abusu alkoholu je příležitostný, často ve společnosti, jako důsledek je somatické poškození.

Typ gama: označován jako anglosaský typ, přednostně užívání piva a destilátů, pro které je charakteristické nekontrolovatelné užívání alkoholu, postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu s typickým vzestupem užívání alkoholu, doprovázeno somatickými a psychickými následky.

Typ delta: též také jako románský typ preferuje víno, každodenní užívání alkoholu a udržování tzv. hladinky, bez významnějších projevů opilosti a ztráty kontroly, doprovázené fyzickou závislostí a somatickým poškozením

Typ epsilon: episodický abusus též kvartální pijáctví, které se střídá s obdobím abstinence.

### 2.4. Vývoj závislosti

Škodlivé užívání alkoholu předchází většinou několik let před samotnou závislostí, vyznačuje se začínajícím somatickým poškozením, na které mohou jedince upozorňovat například praktičtí lékaři. Přejít od zmiňovaného škodlivého užívání k závislosti probíhá převážně nenápadně, charakterizované postupnými změnami v užívání jako je zvyšování tolerance vůči alkoholu, ztráta kontroly užívání, zanedbávání zájmů. Zároveň dochází ke změnám v myšlení a chování, které se mohou postupně upevňovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se o adaptační mechanismy, kterými závislý jedinec reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s okolím, při problémech vznikajících v důsledku závislosti. Tento změněný způsob myšlení a chování je označován jako alkoholické obrany, závislý jedinec tímto skrývá a později vysvětluje a obhajuje (racionalizuje) svoje užívání alkoholu (Popov, 2003).

Podle Jellineka jsou v klinické praxi používána vývojová stádia rozvoje alkoholové závislosti:

- 1) počáteční – symptomatické: Během tohoto stádia se jedinec svým pitím ještě nevymyká společenským normám. Při konzumaci alkoholu se cítí lépe než střízlivý, pod vlivem alkoholu dokáže překonávat náročné situace a proto využívá účinek alkoholu častěji, roste tolerance vůči alkoholu, rozvíjejí se adaptační mechanismy.

2) varovné – prodromální: Toto druhé stádium se vyznačuje zvyšováním dávek alkoholu, častější opilostí, kdy jedinec vyhledává příležitosti ke konzumaci alkoholu. Uvědomuje si, že jeho opilství může být nápadné a začíná se za své alkoholové excesy stydět, začíná své pití skrývat. První a druhé stádium ještě není považováno za nemoc, ale pokud se k druhému stadiu přidají okénka, začíná stádium třetí – tedy vlastní nemoc.

3) rozhodné – kruciální: V tomto stadiu jedinec snese vysoké dávky alkoholu, bez patrné opilosti. Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů, organismus se přizpůsobil na určitou dávku alkoholu. Častější opilství vede ke konfliktům s okolím, objevují se zdravotní problémy, začíná se měnit jeho osobnostní struktura.

4) konečné – terminální: Pro poslední stádium je charakteristický nepříjemný stav, který nastává po vystřízlivění, při kterém jedinec musí užít alkohol, aby se mu udělalo lépe. Z důvodu vyčerpání tělesných rezerv, klesá tolerance, jedinec se opije menší dávkou alkoholu než dříve. Prohlubují se zdravotní problémy, stupňují se konflikty s okolím, dochází k úpadku osobnosti. Nastupuje stav, kdy jedinec nedokáže žít bez alkoholu, ale ani s ním (Heller & Pecinovská, 2011).

## **2.5. Příčiny závislosti**

Na vzniku závislosti na alkoholu se spolupodílí řada biologických a psychosociálních faktorů, nejčastěji se jedná o jejich kombinaci. Příčiny závislosti na alkoholu jsou velice komplexní. Doposud nebylo prokázáno nic, co by jednoznačně způsobovalo závislost. U někoho dochází k rozvoji závislosti na základě nadměrného užívání alkoholu pro psychologické problémy, u jiného převažují genetické, vrozené dispozice nebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu. Uplatňuje se „dispozičně-expoziční model“ vzniku závislosti. Čím významněji se uplatňují dispoziční faktory (biologické, genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav aj.), tím menší podíl expozice je potřebný a naopak. Pokud působí výrazněji expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace, frekvence užívání, kvalita alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti (Popov, 2003).

## **2.6. Zdravotní komplikace alkoholové závislosti**

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postupně postihuje důležité oblasti života. Jedná se především o zdravotní, sociální a psychické důsledky závislosti na alkoholu (Popov, 2003).

### **2.6.1. Somatické komplikace**

Nadužívání alkoholu v podstatě postihuje každou oblast lidského organismu. Konzumace etanolu, který je metabolizován ve všech tkáních, ve svém důsledku organismus poškozují. Poškození lidského těla alkoholem je odvozeno od jeho přímého účinku, tak především od jeho metabolismu a látek při něm vznikajících (Zima, 2006).

Nejčastější poškození spojované s konzumací alkoholu jsou postižení jaterní tkáně. Podle epidemiologických studií chronická konzumace alkoholu zapříčiňuje až 50 % případů jaterní cirhózy v západních civilizacích a jedná se o devátou nejčastější příčinu úmrtí v populaci. Je dokázáno, že jaterní cirhóza často přechází do hepatocelulárního karcinomu. Alkoholické poškození jater lze rozdělit na steatózu, alkoholovou hepatitidu a alkoholickou fibrózu/cirhózu. U 80–100 % chronických pijáků alkoholu se vyvine jaterní steatosa, pouze však v 10–35 % případů onemocní alkoholickou hepatitidou a v 8–20 % alkoholickou cirhózou. Riziko vzniku alkoholické hepatitidy nebo cirhózy stoupá s délkou a s množstvím zkonsumovaného alkoholu (Zima, 2006).

U mužů alkoholiků se může objevit snížená sekrece testosteronu, poruchy sexuální funkce až k impotenci. U žen závislých na alkoholu v těhotenství hrozí riziko poškození plodu fetálním alkoholovým syndromem, který se u dětí projeví růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfii, přítomnost pouze poruchy chování a intelektu, bez jiných známek postižení se používá termín fetální alkoholový efekt (Popov, 2003).

Při nadměrném užívání alkoholu je prokázané riziko vzniku rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáku piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny rekta. Následkem chronického užívání alkoholu může být porušení endokrinního systému, postižení pankreatu s podílem vzniku onemocnění diabetes mellitus. Dále se mezi zdravotní komplikace řadí avitaminózy, poruchy krevetvorby, hemokoagulace a anémie (Popov, 2003). Alkoholové excesy jsou spojeny se zvýšeným rizikem koronárních příhod. Konzumace alkoholu je spojena se vznikem hypertenze a u chronických pijáků stoupá riziko cévních mozkových příhod (Zima, 2006).

Při chronickém nadužívání alkoholu dochází k funkčnímu a následně i k orgánovému poškození oběhového systému (systémová arteriální hypertenze, kardiomyopatie), podobně je tomu při postižení nervového systému (alkoholické polyneuropatie, mozková atrofie, alkoholická epilepsie, syndrom deficitu thiaminu). Chronický nedostatek vitamínu B1, kterým alkoholik trpí, může vyústit až v život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie), projevující se obrnou okohybných svalů, poruchami rovnováhy, ataxií, zmateností, apatií, někdy až delirantním stavem. Vzhledem k tomu, že většina alkoholiků kouří nebo jsou častěji v zakouřeném prostředí a jsou tak vystaveny toxickému působení tabákového kouře, objevuje se proto častý výskyt bronchitid a bronhogenního karcinomu, nádorů v dutině ústní, močového měchýře a prostaty (Popov, 2003).

### **2.6.2. Psychické komplikace**

Jedinci závislí na alkoholu mívají často řadu psychických obtíží, které většinou odezní po několika týdnech abstinence. Mezi tyto obtíže se řadí poruchy spánku, další jsou anxiózně-depresivní stavy, které se objevují zejména na začátku odvykací léčby a přetrvávají i po odeznění somatického odvykacího stavu. Většinou se tyto stavy upraví spontánně

v abstinenci nebo se řeší krátkodobou podpůrnou terapií antidepresivy. Častá je také kombinace závislosti na alkoholu s jinou duševní poruchou, taková kombinace se definuje jako duální diagnóza. U mužů závislých na alkoholu se uvádí, že 20–40 % trpí souběžnou psychiatrickou diagnózou, u žen je číslo větší, udává se 40–60 % žen alkoholiček má duševní diagnózu. Mezi duševní onemocnění spojené se závislostí se nejvíce objevují depresivní a úzkostné poruchy, dále osobnostní poruchy, u mladých žen se často vyskytují poruchy příjmu potravy. Psychotické stavy vyvolané dlouhodobým, chronickým abusem alkoholu též také alkoholické psychózy se řadí alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence. Alkoholická halucinóza je diagnostikována na základě stálé přítomnosti halucinací, převážně sluchových a vizuálních, které se objeví po snížení dávky užívaného alkoholu u jedince závislého 10 a více let, vzácně přechází do chronické formy (Popov, 2003).

## 2.7. Komplexní léčba závislosti

Závislost na alkoholu je komplexní problém, zasahující do důležitých oblastí života a z toho vychází i komplexnost léčby. V léčbě a sociální rehabilitaci závislosti je proto nutný mezioborový přístup, obsahující širokou škálu různých metod a přístupů. Některé metody lze kombinovat, jiné nikoliv. Důležité je správně rozeznávat a odlišit jaké metody a přístupy jsou pro určitou skupinu závislých vhodnější a účinnější a které méně (Mioviský, 2003). Jak uvádí Kalina, v procesu léčby z drogové závislosti uvažujeme o účinnosti celého léčebného kontinua, které je složeno z těchto složek:

- poradenství před nástupem léčby
- léčba
- následná péče

### Poradenství před nástupem léčby

Poradenství je jedna z intervencí používaná velmi často u uživatelů návykových látek nemotivovaných k léčbě nebo s nejistou motivací k léčbě (Broža, 2003). Poradenství před léčbou je významné pro lepší přístupnost léčení, vstup do léčby, vytrvání v léčbě, zapojení se a prosperování. Poradenství má zásadní význam pro dosažení a udržení léčebného efektu. Předléčebné poradenství by se mělo snažit o rychlý nástup jedince do léčby, odkládání nástupu do léčení nebylo prokázáno jako účinné. Důležitým předpokladem pro efektivní poradenství je udržet klienta v kontaktu (Kalina, 2003).

### Léčba

V léčbě závislosti je cílem abstinence, sociální integrace a řešení osobních problémů. Podstatné je především, aby závislý jedinec v léčbě vydržel a došlo ke zlepšení jeho problémů. V léčbě závislosti se uplatňuje ambulantní, denní a ústavní léčba (Kalina, 2003). *Ambulantní léčba* má své nezastupitelné místo pro typ klientů, kteří nechtějí nebo nemohou být vytrženi ze svého přirozeného prostředí. Léčebný program v ambulantní péči o závislé

zahrnuje tři základní pilíře psychoterapii, farmakoterapii a socioterapii (HAMPL, 2003). *Denní léčba* je zajišťována denním stacionářem, poskytující péči přes den, obvykle jen v pracovní dny (Kalina, 2003). Klient dochází do celodenního léčebného programu, který umožňuje zahájení abstinence při každodenním kontaktu s přirozeným prostředím. Předpokladem pro úspěšnou léčbu je kvalitní spolupráce klienta (Heller & Pecinovská, 2011). Dvořáček (2003) uvádí, že typická střednědobá *ústavní léčba* závislosti je v našich podmínkách zajišťována některými psychiatrickými nemocnicemi nebo některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic v délce trvání 3–6 měsíců. Toto pojetí střednědobé léčby odpovídá i akreditačním standardům, obsahující podstatné položky pro požadavky personálního složení, požadavky na podobu terapeutického programu a pravidelný lékařský dohled.

#### Následná péče

Základním cílem následné péče je pomoci závislému vytvořit vhodné podmínky pro abstinenci v jeho návratu do běžného života bez drog (Kuda, 2003). Následná péče je nezbytná pro udržení léčebného efektu především proto, že snižuje riziko relapsu (Kalina, 2003).

### **2.8. Epidemiologie alkoholu v České republice**

Výskyt problémového užívání alkoholu v české dospělé populaci je dlouhodobě stabilní. V roce 2014 bylo agenturou INRES-SONES prováděno omnibusové šetření na téma Postoje občanů ČR ke kouření a konzumaci alkoholu. Výsledky výzkumného šetření uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti ve své Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. V rámci výzkumného šetření bylo kvótním výběrem osloveno 2 204 osob, výzkumný soubor tvořilo 1 810 respondentů starších 15 let. Otázky ohledně konzumace alkoholu směřovaly k frekvenci pití a objemu konzumovaných dávek alkoholu, frekvenci pití nadměrných dávek alkoholu (60 g a více), důvody abstinence a postoj praktického lékaře. Výzkumná studie ukázala, že alkohol pije pravidelně nebo téměř denně 12,5 % dotázaných (18,9 % mužů a 6,4 % žen), abstinenci v posledních 12 měsících uvedlo 10 % respondentů. Jako příčinu abstinence uvedlo 47,6 % respondentů zdravotní důvody. Problémy s alkoholem v minulosti jako důvod abstinence uvedlo 11,4 % (16,9 % mužů a 8,2 % žen) dotazovaných. Průměrná roční spotřeba alkoholu v průzkumu dosáhla 7,2 l čistého alkoholu (10,3 l u mužů a 4,4 l u žen), vyšší průměrná spotřeba alkoholu je mezi respondenty na venkově (8,9 l). Do skupiny škodlivého pití alkoholu (konzumace 40–60 g alkoholu u mužů a 20–40 g u žen) patří přibližně 6,0 % populace starší 15 let (7,4 % mužů a 4,7 % žen), dalších 7,2 % spadá do skupiny rizikového pití alkoholu (konzumace více než 60 g alkoholu u mužů a více než 40 g u žen), (Mravčík, 2015).

### **3. Střednědobá ústavní léčba**

#### **3.1. Cíle léčby**

Cíl musí být přiměřený délce programu a potřebám jedince. Nejčastějším cílem střednědobé ústavní léčby je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Při plnění tohoto cíle je však důležité najít vyvážený postoj k trvalé a důsledné abstinenci a postojem k relapsu v takové míře, která by nezatěžovala pacienta pocity viny, nezvládnutím abstinence a nezhoršovala pacientovu situaci kladením nadměrných nároků. K dalším cílům, které pacient během svého pobytu řeší, patří například získání náhledu na svoji závislost, kompenzace somatických komplikací, práce s motivací, postupné řešení dopadů závislosti, zmapování rizik relapsu, zlepšení sebehodnocení, doporučení další péče v doléčovacím programu apod. (Dvořáček, 2003).

#### **3.2. Terapeutický tým**

Tým zařízení je multidisciplinární, ve větší míře složen ze zdravotníků. Tým je většinou veden psychiatrem, dále do terapeutického týmu patří lékaři, střední zdravotničtí pracovníci, kliničtí psychologové, adiktologové, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, jiní odborně vzdělaní terapeuti. Terapeutický tým by měl pravidelně podstupovat supervizi (Dvořáček, 2003).

#### **3.3. Léčebné společenství**

Terapie probíhá v léčebném společenství (terapeutické komunitě) a předlohou pro uspořádání vztahů v komunitě je tým zaměstnanců. Léčebné společenství poskytuje interakce a zpětné vazby, které jsou významné pro pozitivní růst pacienta (Dvořáček, 2003). Život ve společenství přináší různorodé prožívání a chování jednotlivců, jejich vyrovnávání se s pravidly a strukturovaností léčby se stává základním materiálem pro terapii. Ústředním faktorem terapie v terapeutické komunitě je otevřenost a čestné zkoumání problémů a potíží. Terapeutická komunita podporuje jedince v individuální změně, v dosahování jejich behaviorálního, psychologického, sociálního, pracovního, zdravotního i duchovního optima (Kalina, 2013). Každodenní zkušenost života a práce v komunitě je důležitým aspektem léčby.

#### **3.4. Strukturovaný program**

Komplexní terapeutický program je založen na strukturované léčbě. Strukturovanost léčby spočívá jednak v rozdělení léčby do jednotlivých fází a také ve strukturovanosti programu, obsahující vyvážené množství psychoterapeutických aktivit, pracovních, volnočasových aj. (Dvořáček, 2003). Se strukturou léčby souvisí přesný harmonogram dne i týdne, který za jasných podmínek určuje všem, co mají dělat. Léčebný program je doplněný o režim dne s pravidly určující systém účasti v léčbě. Režim příznivě přispívá ke stabilizaci tělesného a psychického stavu pacienta (Heller & Pecinová, 2011). Strukturovanost programu vytváří na pacienty tlak a oni nemohou z této situace uniknout jako dříve svým

závislostním chováním – užitím návykové látky, ale učí se je zvládat. Zároveň si osvojují smysl pro řád, rozlišují různé způsoby komunikace a interakce (Kalina, 2013).

### **3.5. Průběh léčby**

Ústavní léčba závislosti je rozdělena do jednotlivých na sebe navazujících fází, kterými pacient během léčby prochází. V našich podmínkách se jedná obvykle o čtyři fáze, které Dvořáček (2003) rozděluje takto:

- 1) Fáze slouží ke stabilizaci pacienta a zahájení budování terapeutického vztahu.
- 2) Fáze se vyznačuje seznamováním a adaptací s léčebným programem, také k vytváření náhledu.
- 3) Fáze se vyznačuje aktivní spoluprací pacienta v léčbě, podílí se na chodu léčebného společenství, řeší důsledky své závislosti.
- 4) Fáze slouží k přípravě pacienta na život po léčbě, zajišťuje si bydlení, zaměstnání a následnou péči.

### **3.6. Psychoterapie v ústavní léčbě**

Psychoterapie tvoří v komplexní léčbě závislosti základní terapeutický pilíř. V ústavní léčbě je používána ve formě individuální, komunitní i skupinové, ale také v různých směrech, vycházejících z potřeb pacienta (Heller & Pecinová, 2011). Komunitní setkání mají zavedený pevný scénář a řeší důležité momenty v léčebném společenství, zatímco skupinové psychoterapie jsou zaměřeny převážně na jednotlivé pacienty a jejich problémy (Dvořáček, 2003). Ústavní léčba se vyznačuje kombinováním prvků z více psychoterapeutických směrů, především kognitivně-behaviorální a humanistické terapie. Nejznámější aplikací behaviorální terapie ve střednědobé léčbě závislosti je bodovací systém (Kalina & Mladá, 2015). Bodovací systém je souborem pravidel, který hodnotí zvládání strukturované léčby pomocí kladných a záporných bodů. Prostřednictvím tohoto hodnocení pacienti získávají výhody či nevýhody (Dvořáček, 2003).

### **3.7. Farmakoterapie v léčbě závislosti na alkoholu**

Je důležitou součástí celkové léčebné péče závislosti. Kalina (2003) uvádí farmakoterapii v kombinaci s psychoterapií a psychosociálními terapiemi jako neúčinnější. Farmakoterapii lze rozdělit následujícím způsobem:

1) Medikace cílená k závislosti – Antabus (disulfiram) řadíme mezi nejběžnější farmakologické přípravky používané jako doplněk pro léčení závislosti na alkoholu (Rotgers, 1999). Antabus zabraňuje normálnímu odbourávání alkoholu v organismu, kde dochází k nahromadění acetaldehydu. Tento meziproduct vyvolává v organismu intenzivní fyziologickou reakci, projevující se nevolností, zvracením, bušením srdce, snížením krevního tlaku, bolestí hlavy, návaly horkosti, obtížemi s dýcháním. Tento efekt nastává už po požití malých dávek alkoholu a s jejich zvýšením se může vyvinout život ohrožující stav.

Léčený alkoholik si má toto nebezpečí uvědomovat a neporušit abstinenci (Bečková & Višňovský, 1999). Antabus v léčbě závislosti na alkoholu vytváří pojistku před napitím.

2) Medikace podávaná ke zmírnění dopadů v souvislosti s užíváním návykové látky (např. hepatoprotektiva – léky podávané jako podpora regeneraci jater).

3) Medikace pro uživatele s duální diagnózou, která je specifická pro danou psychiatrickou diagnózu (pacienti se závislostí současně trpí duševní poruchou např. úzkostně depresivní stavy neurotické nebo afektivní etiologie, poruchy osobnosti či psychotické poruchy), (Bayer, 2003).

#### **4. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy**

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy je zdravotnické zařízení s šesti sty lůžky a pěti sty zaměstnanci. Poskytuje jak hospitalizační tak ambulantní péči pro jedince s duševním onemocněním a nabízí duševně nemocným různé terapeutické postupy (Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, 2016).

##### **4.1. Historie Psychiatrické nemocnice Kosmonosy**

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy vznikla úpravou bývalého kláštera, ke kterému bylo přistaveno druhé patro. Stavební úpravy byly dokončeny začátkem roku 1869 a 29. dubna téhož roku bylo do ústavního ošetřování přijato prvních 51 nemocných mužů, kteří sem byli přeloženi z ústavu pražského. V roce 1871 se ústav rozrůstá a přibýlo 112 lůžek pro ženy. Dokončení stavby bylo provedeno na jaře v roce 1899. Interiér budovy je v secesním stylu. V této době se ústav natolik rozrůstá, že je mu změněn statut filiálky na samostatný královský zemský ústav pro choromyslné s právem přijímat nemocné. Psychiatrická nemocnice v průběhu času doznala řady změn, které odrážely vývoj psychiatrie i dalších medicínských oborů i změny postoje společnosti k fenoménu duševního zdraví a nemoci (Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, 2016).

##### **4.2. Koedukované oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy**

Oddělení se nachází v areálu Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, specializuje se na střednědobou až dlouhodobou léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Oddělení je otevřeného typu s 38 lůžky, pacienti jsou přijímáni na dobrovolnou léčbu. Oddělení je rozděleno na dvě části, na přijímací a vlastní terapeutickou část (Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, 2016).

O pacienty se stará terapeutický tým, veden primářem-psychiatrem, dále je v týmu sekundární lékař, psychologka, adiktolog, střední zdravotnický personál, který se skládá ze staniční sestry, sociální sestry a deseti řadových sester. Terapeutický tým pravidelně podstupuje supervizi. Na oddělení je zajištěn nepřetržitý provoz. Terapeutický tým zabezpečuje komplexní péči o pacienty zahrnující psychoterapeutické, edukativní a zdravotnické postupy.

##### **4.3. Průběh léčby na koedukovaném oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy**

Cíle léčby se odvíjejí od jedince a jeho potřeb. Základem je abstinence od návykových látek. Další cíle souvisí s udržením abstinence a zlepšením kvality života. Délka léčby na oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy je individuální a závisí především na připravenosti jedince zvládnout běžný život bez drog mimo chráněné prostředí.

Psychoterapie, která je prováděna individuálně, skupinově a hromadně, společně se sociální rehabilitací, doplněné o farmakoterapii tvoří základní prvky léčebného programu. Formou individuální terapie je psaní deníků, sloužící k uspořádání myšlenek, k zaznamenání pocitů, komunikaci s terapeuty, možnosti shrnutí dosavadní práce na sobě a porovnání

postojů a názorů v průběhu léčby. Pacienti v terapeutickém programu pravidelně podstupují pracovní terapii, arteterapii, hiporehabilitaci, relaxaci. V léčbě pacienti pořádají výlety, které mají za cíl především zlepšení fyzické kondice. Ke zvýšení fyzického zdraví přispívají i jiné pohybové aktivity, které jsou součástí programu v podobě ranních rozcviček a pravidelných sportovních aktivit.

V průběhu léčby se pacienti aktivně podílejí na chodu oddělení prostřednictvím funkce ve spolusprávě. Spoluspráva má tři členy (předseda, kulturní a sportovní referent) a je volena komunitou na období 14 dní. Funkce spolusprávy je spojená se zodpovědností a jak uvádí Dvořáček (2003), slouží také k budování léčebného společenství.

Léčba je rozdělena do čtyř fází, kterými pacient postupně prochází. Vzhledem k tomu, že léčba na oddělení převážně vychází z kognitivně behaviorální terapie, tak jednotlivé fáze obsahují určené úkoly, kterým se pacient věnuje a vytváří tak svůj individuální léčebný plán. Každá z fází pacientovi přináší nácvik nových dovedností, nového chování a pomáhají mu také v udržení žádané změny. Průběžně dochází k hodnocení individuálního léčebného plánu na skupinových sezeních i při individuální práci s terapeutem, kde se hodnotí, co se daří nebo naopak, co je potřeba vylepšit. Součástí léčebného programu je stanovený pevný harmonogram dne doplněný o léčebný řád. Porušení léčebného řádu hrozí pacientovi postih v podobě terapeutických bodů. Terapeutický bod přináší pro pacienta nevýhody jako je zákaz vycházek a dovolenek. Pacienti záporný terapeutický bod napracovávají hodinou práce pro oddělení, která je schválena na ranní komunitě terapeutickým týmem a komunitou.

Léčba se soustřeďuje také na zvládnání bažení, nácviky sebeovládání, stále se pracuje na motivaci ke změně, plánování řešení problémů, zlepšení sebevědomí, identifikaci rizikových situací, prevence relapsu. Během pobytu pacienti tráví vymezený čas ve svém původním prostředí, vyjíždí na tzv. dovolenky. Plánování a hodnocení dovolenek je důležitá součást programu. Jak uvádí Dvořáček (2003) obecně nejefektivnější jsou ty změny, ke kterým dochází během pobytu v původním prostředí. V závěru léčby je dáván důraz na plánování následné péče, oddělení léčby závislostí pro své pacienty nabízí tzv. opakovací léčby. Opakovací léčby využívají abstinující pacienti v rámci následné péče.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 5. Cíl práce

Ústředním cílem výzkumného šetření je evaluace úspěšnosti zlepšení kvality života u mužů závislých na alkoholu, hospitalizovaných na koedukovaném oddělení léčby závislostí Psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Výzkumné šetření je zaměřeno na zjištění subjektivního vnímání kvality života pacientů závislých na alkoholu při přijetí do ústavní léčby a poté jak hodnotili svoji kvalitu života při řádném ukončení léčby.

### 6. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života pacientů závislých na alkoholu před léčbou?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života pacientů závislých na alkoholu při řádném ukončení léčby?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u pacientů závislých na alkoholu před léčbou a při řádném ukončení léčby?

Výzkumná otázka č. 4: V jakých oblastech se zlepšila kvalita života pacientů závislých na alkoholu při řádném ukončení léčby ve srovnání s obdobím před léčbou?

### 7. Metody získávání dat

K získání dat pro účely výzkumného šetření byly použity dva dotazníky. První dotazník byl určen pro sběr sociodemografických údajů, složen z osmi uzavřených otázek a jedné otevřené otázky určené pro věk. Jako druhý byl zvolen standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL–BREF (zkrácená verze). Dotazník WHOQOL–BREF se skládá z 26 otázek seřazených do čtyř domén (fyzická, psychologická, sociální doména a prostředí) a dvou samostatných otázek týkajících se celkového hodnocení kvality života a zdravotního stavu. Každá otázka se hodnotí pěti škálovými odpověďmi. Každá položka dotazníku WHOQOL–BREF včetně jednotlivých domén je opatřena standardizovanými průměrnými hodnotami, sloužící pro zhodnocení kvality života a proto je třeba vypočítat průměrné hrubé skóry všech položek a domén. Vytváření hrubých skórů je popsáno v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace (Bartoňová & Dragomirecká, 2006). Použité dotazníky jsou uvedeny v příloze.

Výzkumné šetření mělo dvě fáze. V první fázi byl zadáván sociodemografický dotazník a dotazník WHOQOL–BREF, kde pacienti uváděli odpovědi do pěti dnů po vstupu do léčby. Sociodemografický dotazník a dotazník WHOQOL–BREF byly fyzicky spojeny a byly označeny individuálním kódem. Individuální kód si pacienti vytvořili pomocí data

dne vyplnění a svými iniciály. Tento kód sloužil jednak k anonymizaci odpovědí a také k možnosti spárování s dotazníkem WHOQOL–BREF, který pacienti vyplňovali ve druhé fázi výzkumného šetření, při řádném ukončení léčby Vyplněné dotazníky pacienti vložovali do určené schránky na oddělení.

Výzkumné šetření probíhalo pouze na oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy od listopadu 2015 do konce května 2016. Během výzkumu byly rozdány dotazníky celkem 41 pacientům, z toho 19 pacientů léčbu nedokončilo, proto nebyly zahrnuty do výzkumného šetření. Zpracováno bylo 22 dotazníků. Data z dotazníků byla pořízena do tabulky MS Excel a zde byla také zpracována ve formě grafů a tabulek.

## **8. Etické aspekty**

Během výzkumného šetření byly dodrženy etické aspekty výzkumu. Pacienti se výzkumného šetření účastnili dobrovolně. Při zahájení instruktáže k dotazníku každý pacient podepsal informovaný souhlas o poskytnutí údajů pro účely výzkumné studie potřebné pro bakalářskou práci. Možnost zrealizování výzkumného šetření v rámci bakalářské práce byla písemně požádána ředitelka PN Kosmonosy, která žádosti vyhověla. O provedení výzkumného šetření byl také ústně seznámen terapeutický tým oddělení v čele s primářem.

## **9. Výzkumný soubor**

Soubor tvořilo celkem 22 pacientů, kteří byli hospitalizováni na oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy od listopadu 2015 do května 2016. Jednalo se o muže závislé na alkoholu, kteří řádně ukončili v termínu výzkumu léčbu.

### **9.1. Charakteristika výzkumného souboru**

Průměrný věk pacientů je 41 let. Nejstarší pacient je ve věku 57 let a nejmladšímu je 22 let. Bylo zjištěno, že nejvíce pacientů je ve věku 31–40 let a další větší skupinou je 41–50 let. Nejvyšší dosažené vzdělání uvedli pacienti ve dvou případech základní, 10 pacientů má střední vzdělání bez maturity, 6 pacientů má středoškolské vzdělání s maturitou, 4 pacienti mají vzdělání vysokoškolské. Nejčtenějším rodinným stavem je svobodný, což uvedlo 11 pacientů, 4 pacienti jsou ženatí a 7 pacientů je rozvedených. Nejvíce pacientů (10) pochází ze středočeského kraje, 3 pacienti jsou z Prahy, 3 z Ústeckého kraje, 3 z Libereckého kraje a 2 pacienti jsou z Královéhradeckého kraje a jeden pacient je z kraje Pardubického. Vlastní bydlení uvedlo 11 pacientů, 9 pacientů bydlí v podnájmu a 2 pacienti žijí na ubytovně. Pacientů žijících s rodinou je 8, 7 pacientů žije samo a stejný počet žije s partnerkou. Polovina pacientů je zaměstnaná a druhá polovina je nezaměstnaná – nahlášená na Úřadě práce. Pacienti uvedli délku problémového užívání alkoholu 4–6 let v devíti případech, 7 a více let uvedlo také 9 pacientů, 4 pacienti uvedli jako problémové užívání alkoholu 1–3 roky. Jako svoji první léčbu uvedlo 17 pacientů, 5 pacientů má opakovanou ústavní léčbu (viz. tabulka 1).

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Kategorie	Počet pacientů
<b>Věk</b>	
20–30 let	3
31–40 let	9
41–50 let	7
51–60 let	3
<b>Vzdělání</b>	
Základní	2
Střední bez maturity	10
Střední s maturitou	6
Vysokoškolské	4
<b>Rodinný stav</b>	
Svobodný	11
Ženatý	4
Rozvedený	7
<b>Bydlení</b>	
Vlastní bydlení	11
Podnájem	9
Ubytovna	2
<b>Soužití</b>	
Sám	7
S partnerkou	7
S rodinou	8
<b>Délka problémového užívání</b>	
1–3 roky	4
4–6 let	9
7 a více let	9
<b>Počet ústavních léčeb</b>	
První ústavní léčba	17
Opakovaná ústavní léčba	5

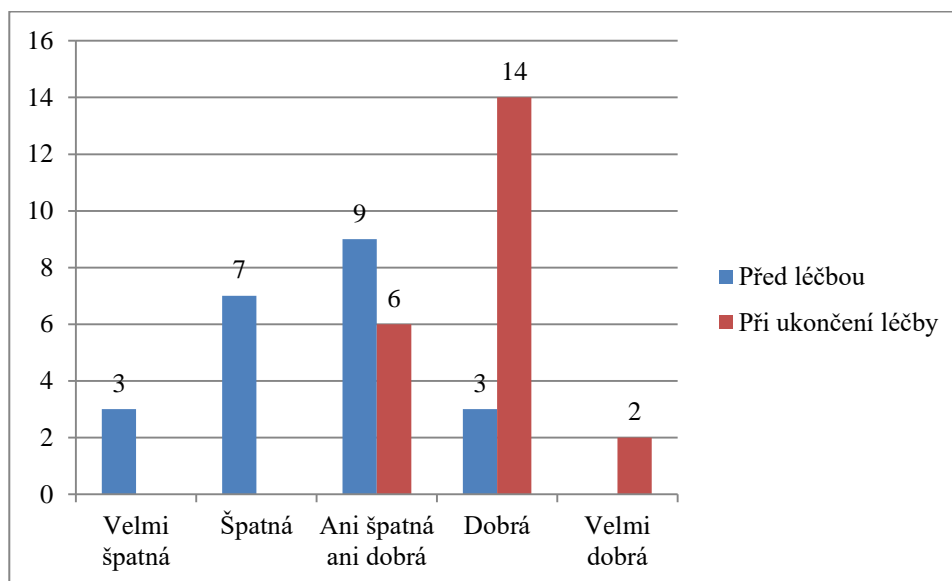
## 10. Vyhodnocení dotazníku WHOQOL–BREF

### Kvalita života (Q1)

Pacienti před léčbou v devíti případech uvedli odpověď ani špatná, ani dobrá, 7 pacientů označilo odpověď špatná, jako velmi špatnou kvalitu života uvedli 3 pacienti, stejný počet označil odpověď dobrá. Při ukončení léčby ve čtrnácti případech pacienti udali

odpověď *dobrá*, 6 pacientů označilo odpověď *ani špatná, ani dobrá* a 2 pacienti vnímají kvalitu života jako *velmi dobrou* (viz graf 1).

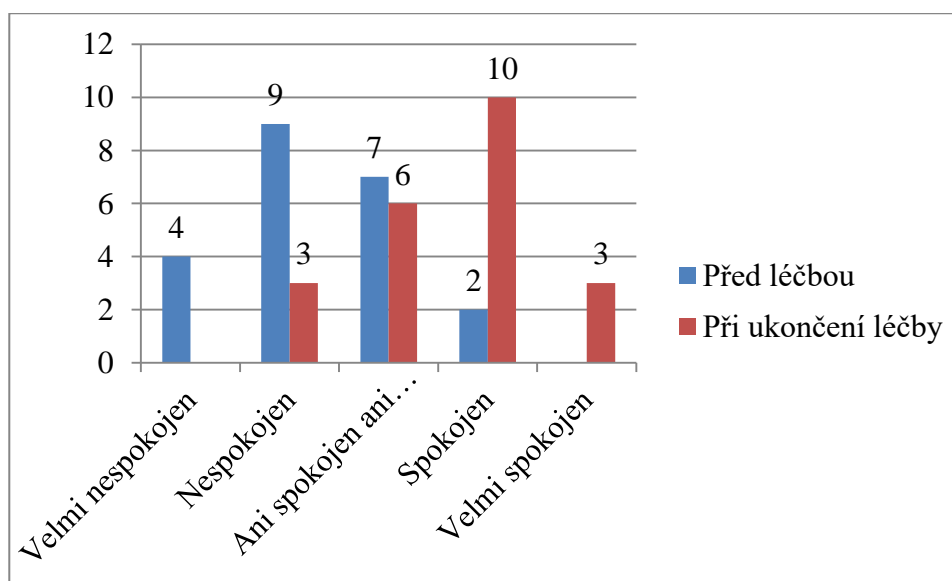
Graf 1: Kvalita života (Q1)



Spokojenost se zdravím (Q2)

Spokojenost se zdravím 9 pacientů před léčbou označilo odpovědí *nespokojen*, 7 pacientů udalo odpověď *ani spokojen, ani nespokojen*, 4 pacienti jsou *velmi nespokojeni* se svým zdravím a 2 pacienti jsou *spokojeni*. Pacienti při ukončení léčby jsou v 10 případech *spokojeni* se zdravím, 6 pacientů uvedlo odpověď *ani spokojen, ani nespokojen*, 3 pacienti jsou *nespokojeni* a 3 pacienti jsou *velmi spokojeni* se zdravím (viz graf 2).

Graf 2: Spokojenost se zdravím (Q2)

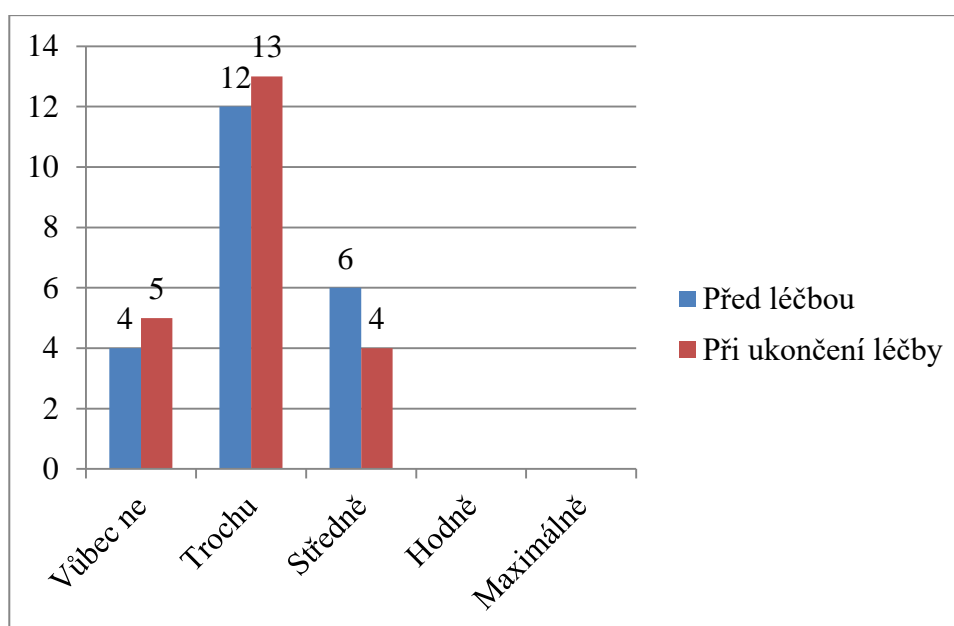


- Doména fyzické zdraví obsahuje otázky – q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18.

#### Bolest a nepříjemné pocity (q3)

Pacienti před léčbou nejčastěji udali odpověď *trochu* a to ve 12 případech, 6 pacientů uvedlo odpověď *středně* a 4 pacienti označili odpověď *vůbec ne*. Pacienti při ukončení léčby ve 13 případech uvedli, že jim bolest *trochu* brání ve výkonu potřebných aktivit, 5 pacientů udalo odpověď *vůbec ne* a 4 pacienti označili odpověď *středně* (viz graf 3).

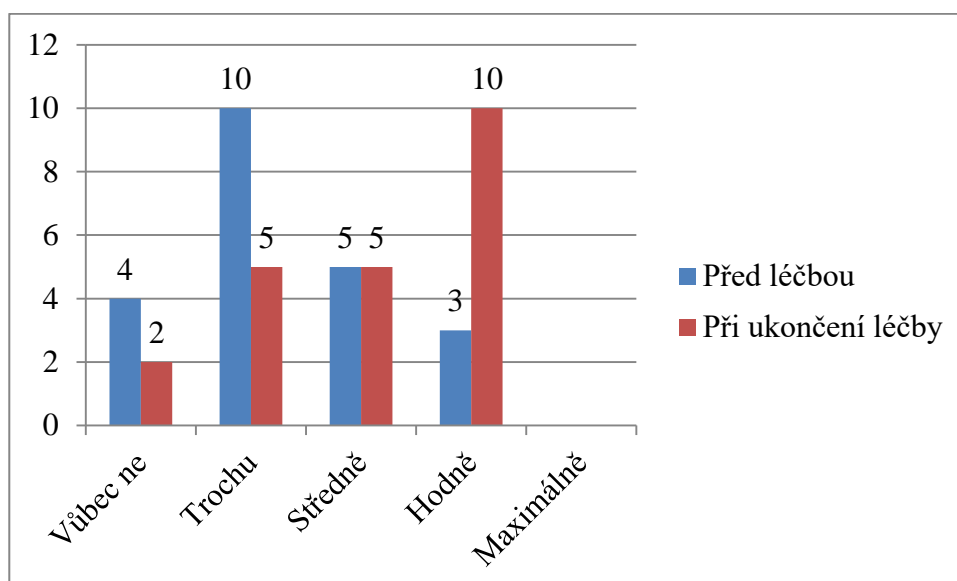
Graf 3: Bolest a nepříjemné pocity (q3)



#### Závislost na lékařské péči (q4)

Nejčastější odpovědí pacientů před léčbou bylo, že jsou *trochu* závislí na lékařské péči a to v 10 případech, 5 pacientů udalo odpověď *středně*, 4 pacienti označili odpověď *vůbec ne* a 3 pacienti potřebují lékařskou péči *hodně*. Nejčastější odpovědí pacientů při ukončení léčby byla, že lékařskou péči potřebují *hodně* a to v 10 případech, 5 pacientů uvedlo, že lékařskou péči potřebují *středně*, 5 pacientů označilo odpověď *trochu* a 2 pacienti udali odpověď *vůbec ne* (viz graf 4).

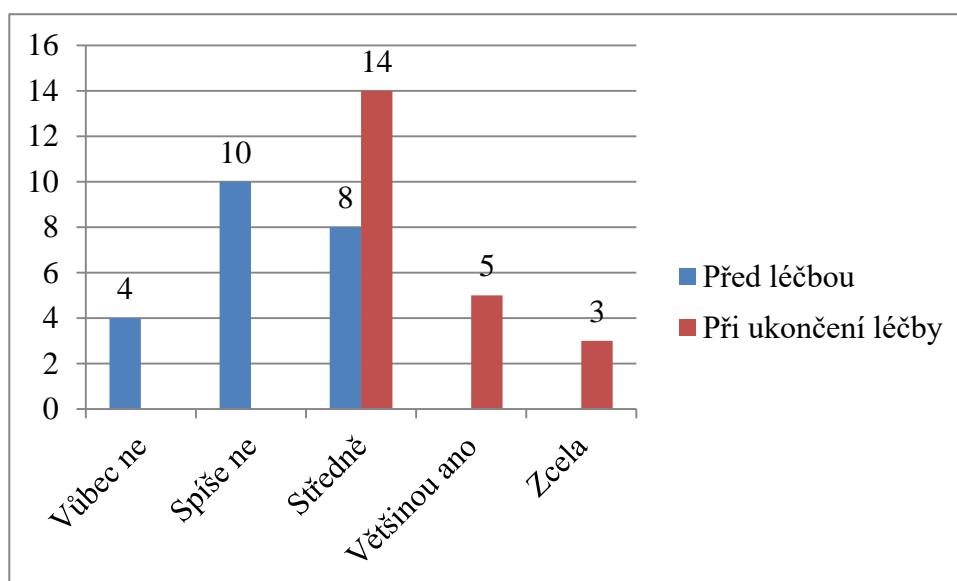
Graf 4: Závislost na lékařské péči (q4)



Energie a únava (q10)

Pacienti před léčbou uvedli odpověď *spíše ne* a to v 10 případech, 8 pacientů udalo odpověď *středně* a 4 pacienti odpověděli, že *vůbec* nemají dostatek energie. Pacienti při ukončení léčby nejčastěji uvedli odpověď *středně* a to ve 14 případech, 5 pacientů odpovědělo, že *většinou* má dostatek energie a 3 pacienti udali odpověď *zcela* (viz graf 5).

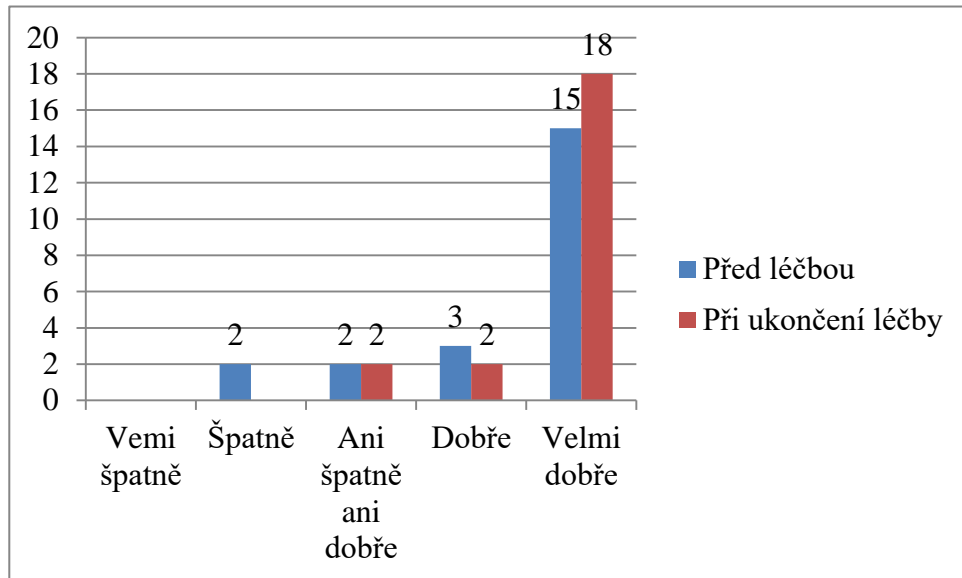
Graf 5: Energie a únava (q10)



### Pohyblivost (q15)

Odpořed' *velmi dořbe* pacienti řped lřčbou uvedli v15 řpřpadech, odpořed' *dořbe* oznařili 3 pacienti, 2 pacienti odpoředřeli mořnostř *ani řpatnř, ani dořbe* a 2 pacienti uvedli odpořed' *řpatnř*. Pacienti řpi ukonřeni lřčby nejvřce uvedli odpořed' *velmi dořbe* a to v 18 řpřpadech, 2 pacienti oznařili odpořed' *dořbe* a 2 pacienti udali odpořed' *ani dořbe, ani řpatnř* (viz graf 6).

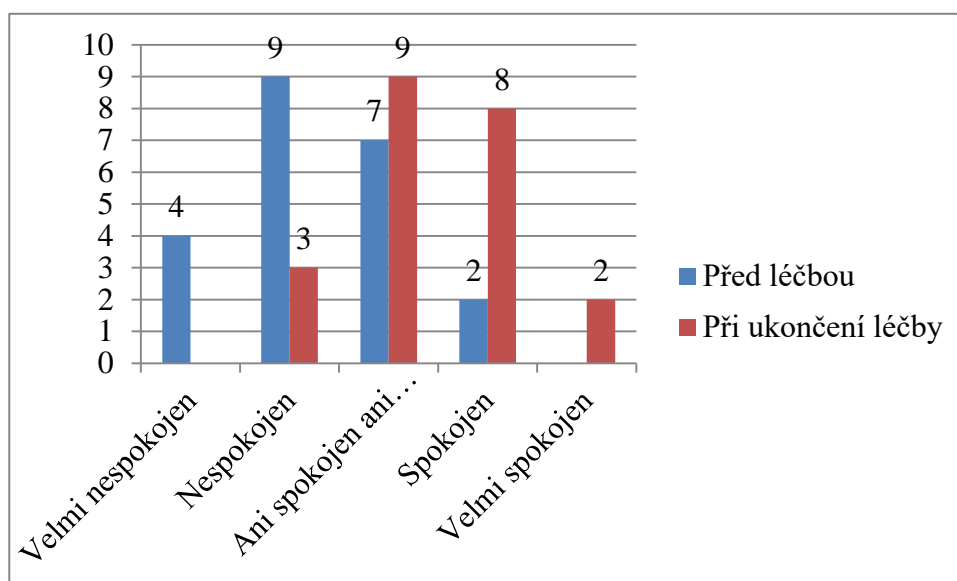
Graf 6: Pohyblivost (q15)



### Spánek (q16)

Pacienti řped lřčbou nejřastřji udávali *nespokojenost* se svřm spánkem a to v 9 řpřpadech, 7 pacientř oznařilo mořnostř *ani spokojen, ani nespokojen*, 4 pacienti jsou *velmi nespokojeni* se svřm spánkem a 2 pacienti jsou se svřm spánkem *spokojeni*. Při ukonřeni lřčby pacienti nejvřce hodnotili svřj spánek mořnostř *ani spokojen, ani nespokojen* a to v 9 řpřpadech, 8 pacientř uvedlo *spokojenost* se svřm spánkem, 3 pacienti byli *nespokojeni* a 2 pacienti oznařili odpořed' *velmi spokojen* (viz graf 7).

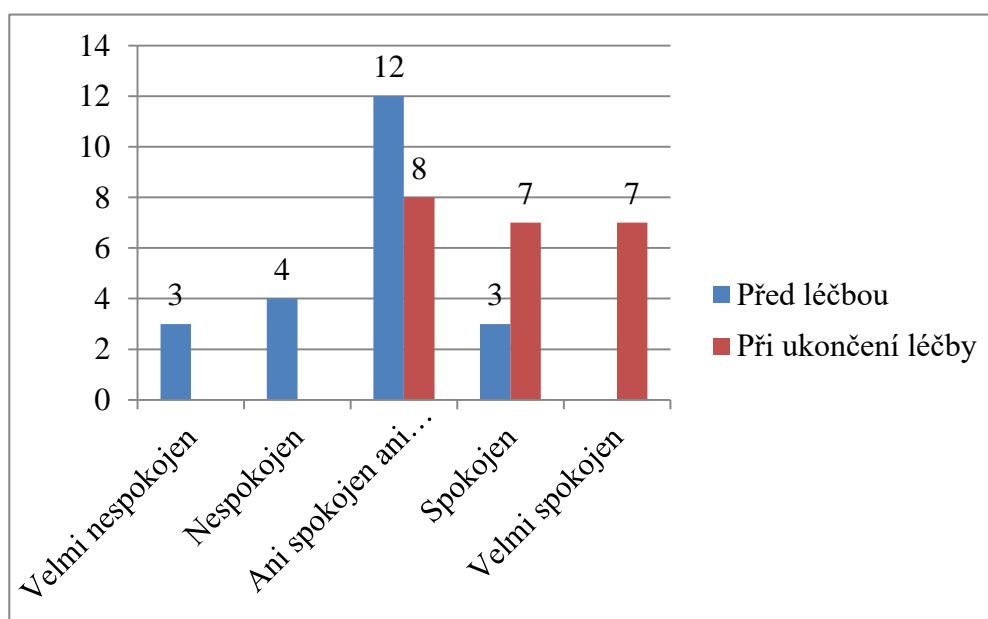
Graf 7: Spánek (q16)



Každodenní činnosti (q17)

Nejčastější odpovědí pacientů před léčbou byla možnost *ani spokojen, ani nespokojen* a to ve 12 případech, 4 pacienti uvedli *nespokojenost*, 3 pacienti odpověděli, že jsou *spokojeni* a 3 pacienti udali odpověď *velmi nespokojen*. Pacienti při ukončení léčby uvedli možnost *ani spokojen, ani nespokojen* v 8 případech, 7 pacientů udalo *spokojenost* a 7 pacientů odpovědělo, že jsou *velmi spokojeni* se svojí schopností provádět každodenní činnosti (viz graf 8).

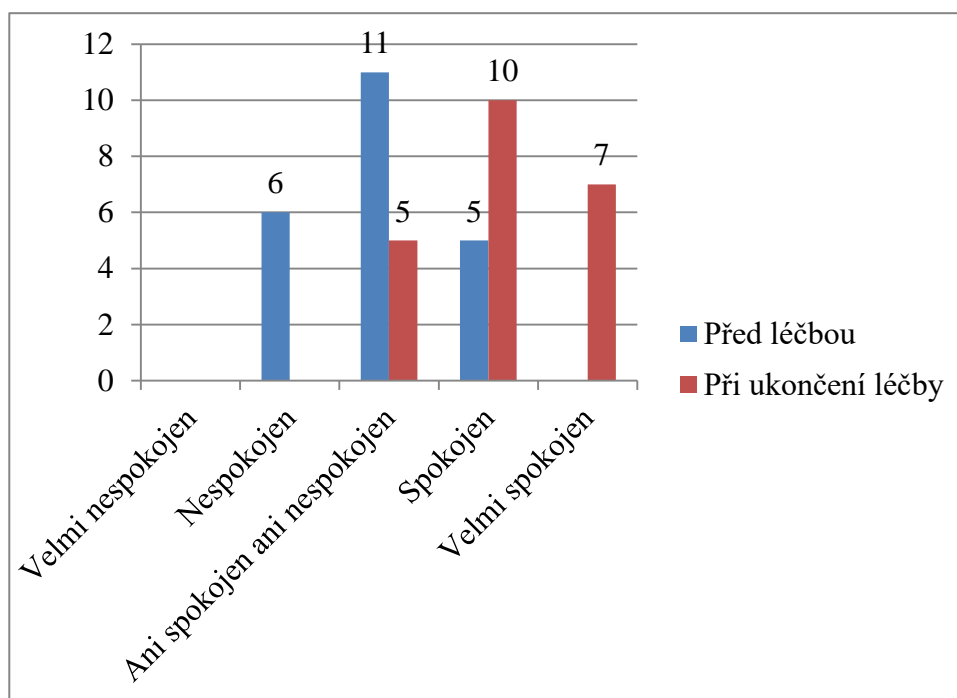
Graf 8: Každodenní činnosti (q17)



### Pracovní výkonnost (q18)

Pacienti před léčbou uvedli nejvíce odpověď *ani spokojen, ani nespokojen* a to v 11 případech, 6 pacientů udalo *nespokojenost* a 5 pacientů je *spokojených* se svým pracovním výkonem. Pacienti při ukončení léčby nejčastěji odpověděli, že jsou *spokojeni* se svým pracovním výkonem a to v 10 případech, 7 pacientů uvedlo odpověď *velmi spokojen* a 5 pacientů označilo možnost *ani spokojen, ani nespokojen* (viz graf 9).

Graf 9: Pracovní výkonnost (q18)

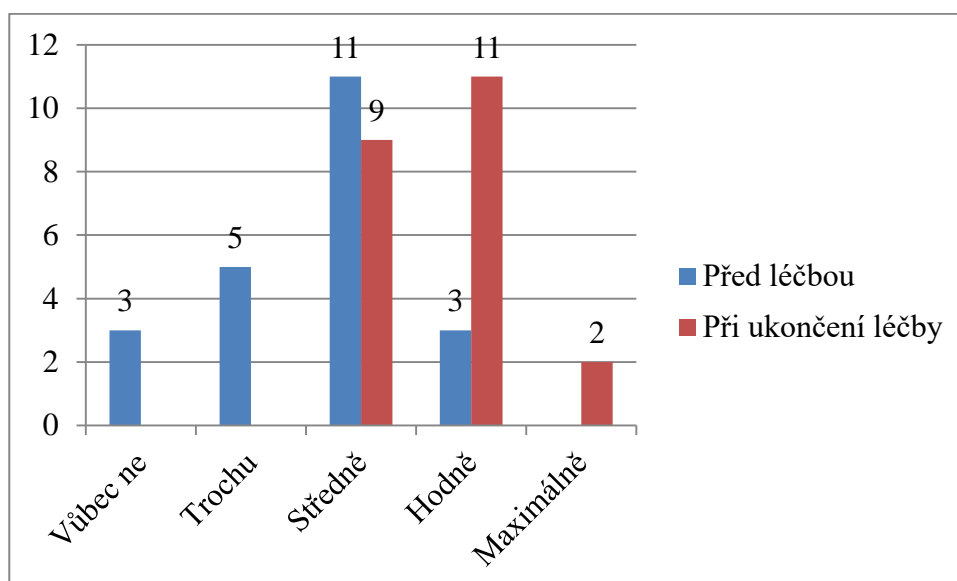


- Doména prožívání obsahuje otázky q5, q6, q7, q11, q19 a q26.

### Potěšení ze života (q5)

Pacienti před léčbou označili odpověď *středně* a to v 11 případech, 5 pacientů odpovědělo, že je život těší *trochu*, 3 pacienti uvedli, že je život *netěší vůbec* a 3 pacienti udali, že je život *těší hodně*. U pacientů při ukončení léčby je nejčastější odpovědí *hodně* a to v 11 případech, 9 pacientů uvedlo, že je život těší *středně* a 2 pacienti udali potěšení ze života *maximální* (viz graf 10).

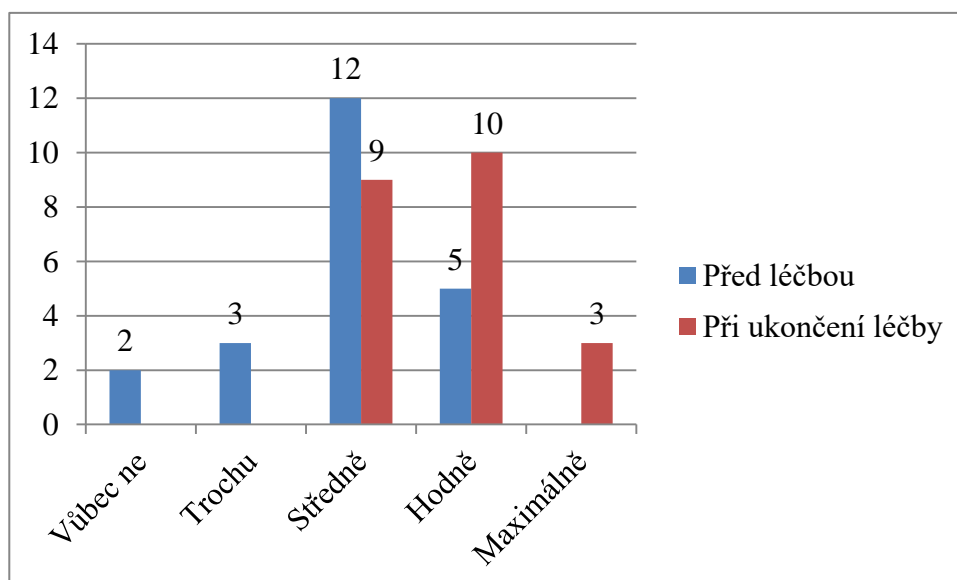
Graf 10: Potěšení ze života (q5)



Smysl života (q6)

Pacienti před léčbou ve 12 případech udali odpověď *středně*, 5 pacientů označilo odpověď *hodně*, 3 pacienti uvedli odpověď *trochu* a 2 pacienti vnímají, že jejich život *nemá* smysl. Pacienti při ukončení léčby v 10 případech uvedli odpověď *hodně*, 9 pacientů udalo odpověď *středně* a 3 pacienti označili odpověď *maximálně* (viz graf 11).

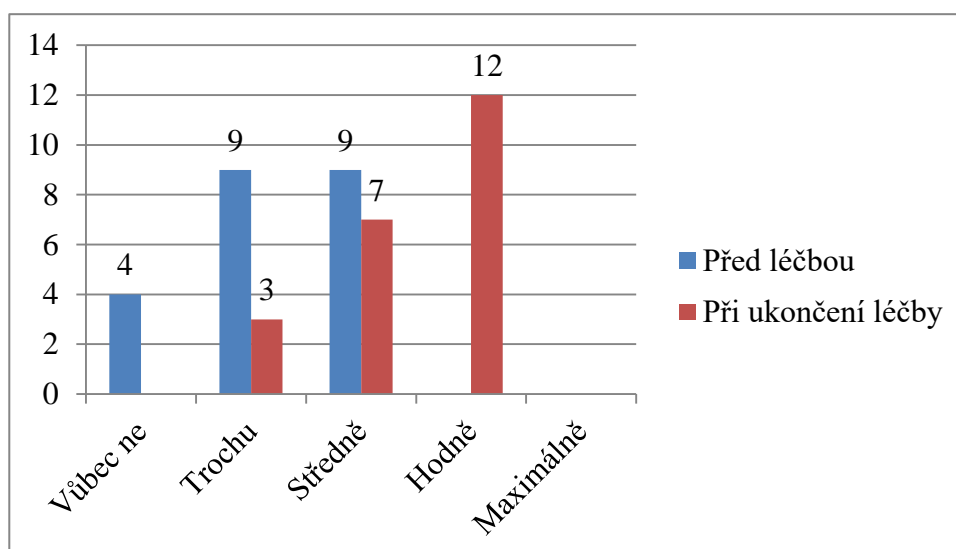
Graf 11: Smysl života (q6)



### Schopnost soustředění (q7)

Schopnost soustředění uvedlo 9 pacientů před léčbou odpovědí *středně*, stejný počet pacientů udalo, že se zvládají soustředit *trochu* a 4 pacienti se nezvládají soustředit *vůbec*. Pacienti při ukončení léčby označili odpověď *hodně* a to ve 12 případech, 7 pacientů udalo schopnost soustředění *střední* a 3 pacienti se zvládají soustředit *trochu* (viz graf 12).

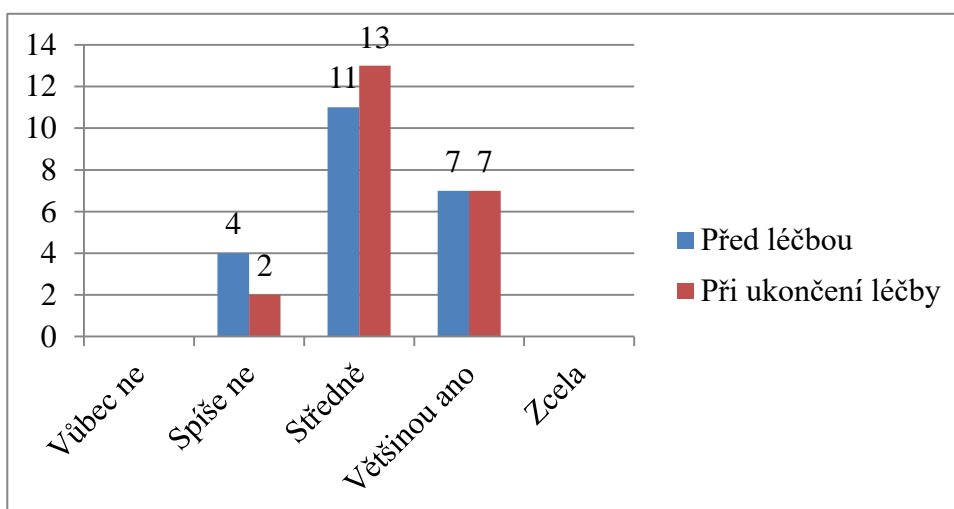
Graf 12: Schopnost soustředění (q7)



### Přijetí tělesného vzhledu (q11)

Pacienti před léčbou označili odpověď *středně* a to v 11 případech, 7 pacientů uvedlo, že *většinou* svůj vzhled přijímají a 4 *spíše nepřijímají* svůj tělesný vzhled. Pacienti při ukončení léčby ve 13 případech označili, že přijímají svůj tělesný vzhled *středně*, 7 pacientů uvedlo, že *většinou* přijímají svůj tělesný vzhled a 2 pacienti udali odpověď *spíše ne* (viz graf 13).

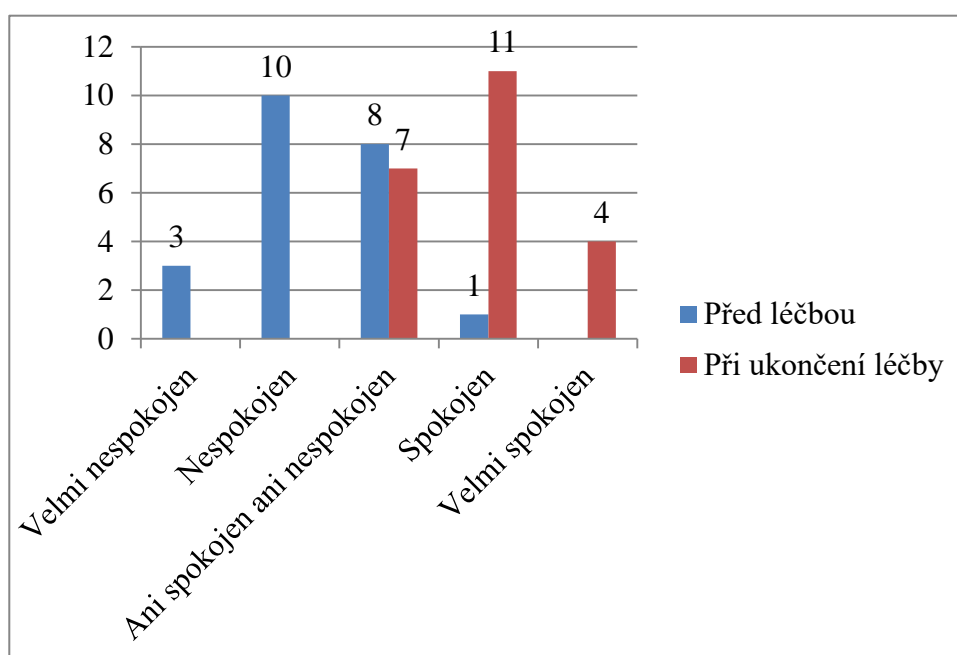
Graf 13: Přijetí tělesného vzhledu (q11)



Spokojenost se sebou (q19)

Pacienti před léčbou udali odpověď *nespokojen* a to v 10 případech, 8 pacientů označilo odpověď *ani spokojen, ani nespokojen*, 3 pacienti označili možnost *velmi nespokojen* a 1 pacient udal *spokojenost* sám se sebou. Pacienti při ukončení léčby v 11 odpovědích uvedli *spokojenost*, 7 pacientů označilo odpověď *ani spokojen, ani nespokojen* a 4 pacienti odpověděli, že jsou *velmi spokojení* sami se sebou (viz graf 14).

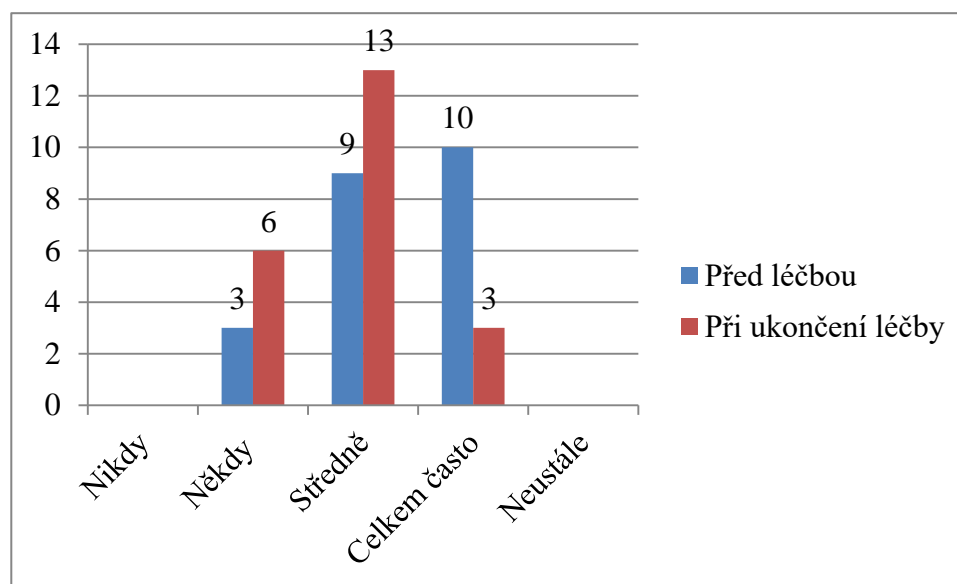
Graf 14: Spokojenost se sebou (q19)



### Negativní pocity (q26)

Nejčastější odpovědí u pacientů před léčbou byla možnost *celkem často* a to v 10 případech, 9 pacientů označilo odpověď *středně* a 3 pacienti *někdy* prožívají negativní pocity. Pacienti při ukončení léčby nejvíce odpovídali možnosti *středně* a to ve 13 případech, 6 pacientů uvedlo odpověď *někdy* a 3 pacienti vnímají negativní pocity *celkem často* (viz graf 15).

Graf 15: Negativní pocity (q26)

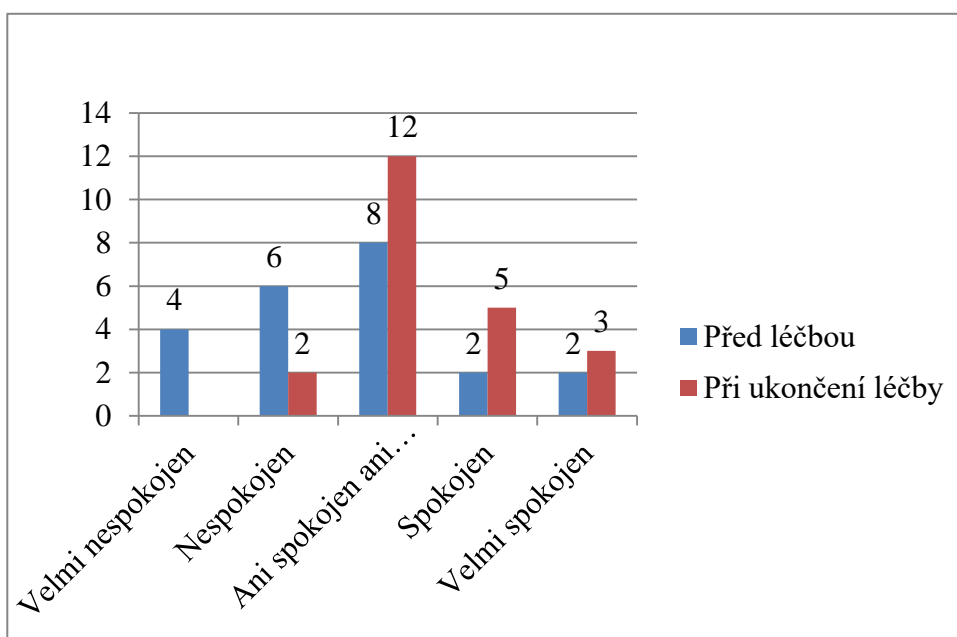


- Doména sociální vztahy obsahuje položky q20, q21 a q22.

### Osobní vztahy (q20)

Pacienti před léčbou uvedli v 8 odpovědích možnost *ani spokojen, ani nespokojen*, 6 pacientů udalo *nespokojenost*, 4 pacienti označili možnost *velmi nespokojen*, 2 pacienti udali odpověď *spokojen* a 2 pacienti jsou *velmi spokojeni* se svými osobními vztahy. Pacienti při ukončení léčby ve 12 případech označili možnost *ani spokojen, ani nespokojen*, 5 pacientů uvedlo možnost *spokojen*, 3 pacienti udali odpověď *velmi spokojen* a 2 pacienti jsou *nespokojeni* se svými osobními vztahy (viz graf 16).

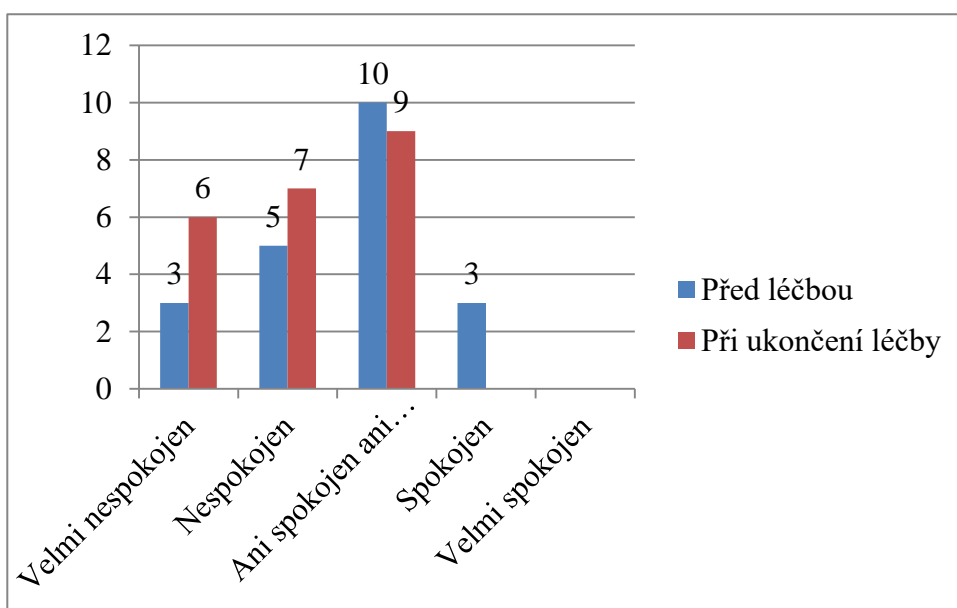
Graf 16: Osobní vztahy (q20)



Sexuální život (q21)

Pacienti před léčbou uvedli v 10 případech odpověď *ani spokojen, ani nespokojen*, 5 pacientů udalo *nespokojenost*, 3 pacienti označili odpověď *velmi nespokojen* a 3 pacienti uvedli *spokojenost* se svým sexuálním životem. Pacienti při ukončení léčby v 9 případech udali odpověď *ani spokojen, ani nespokojen*, 7 pacientů uvedlo *nespokojenost* a 6 pacientů bylo *velmi nespokojeno* se svým sexuálním životem (viz graf 17).

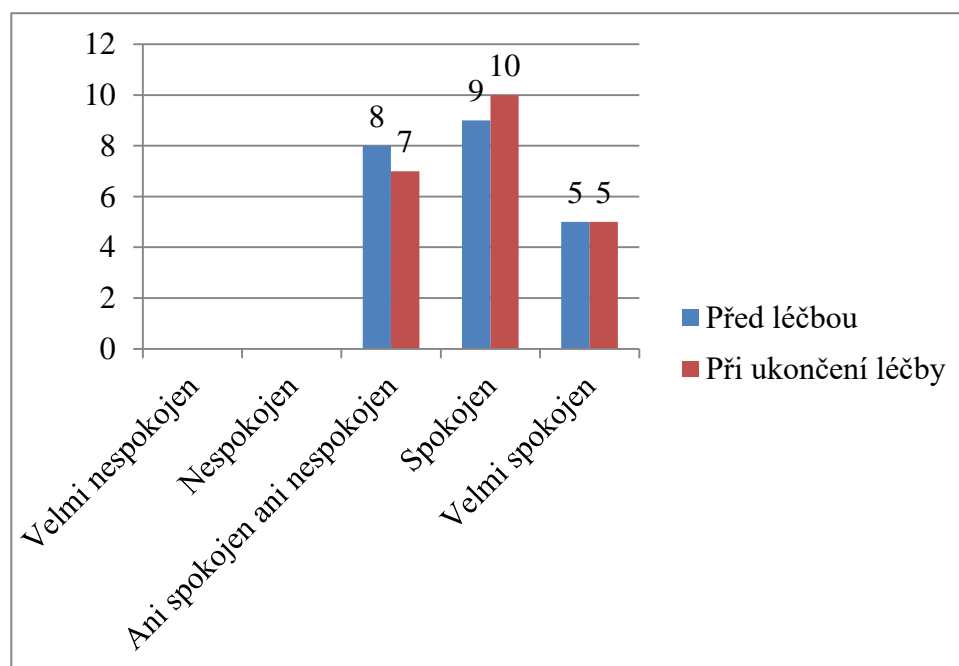
Graf 17: Sexuální život (q21)



### Podpora přátel (q22)

Nejčastější odpověď u pacientů před léčbou byla *spokojenost* a to v 9 případech, odpověď *ani spokojen, ani nespokojen* uvedlo 8 pacientů a 5 pacientů je *velmi spokojeno* s podporou svých přátel. Nejčastější odpovědí u pacientů při ukončení léčby je *spokojenost* a to v 10 případech, 7 pacientů uvedlo odpověď *ani spokojen, ani nespokojen* a 5 pacientů bylo *velmi spokojeno* s podporou svých přátel (viz graf 18).

Graf 18: Podpora přátel (q22)

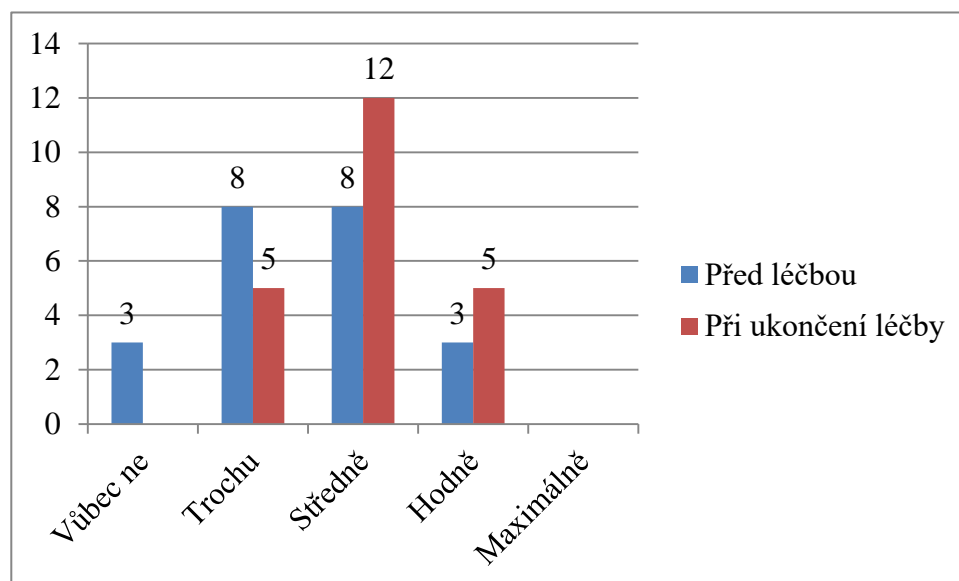


- Doména prostředí obsahuje položky q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25.

### Osobní bezpečí (q8)

Pacienti před léčbou označili v 8 případech odpověď *středně*, stejný počet pacientů uvedlo odpověď *trochu*, 3 pacienti se ve svém životě *vůbec* necítí bezpečně a stejný počet udal odpověď *hodně*. Pacienti při ukončení léčby uvedli nejvíce odpověď *středně* a to ve 12 případech, 5 pacientů vnímá bezpečí ve svém každodenním životě odpovědí *trochu* a stejný počet *hodně* (viz graf 19).

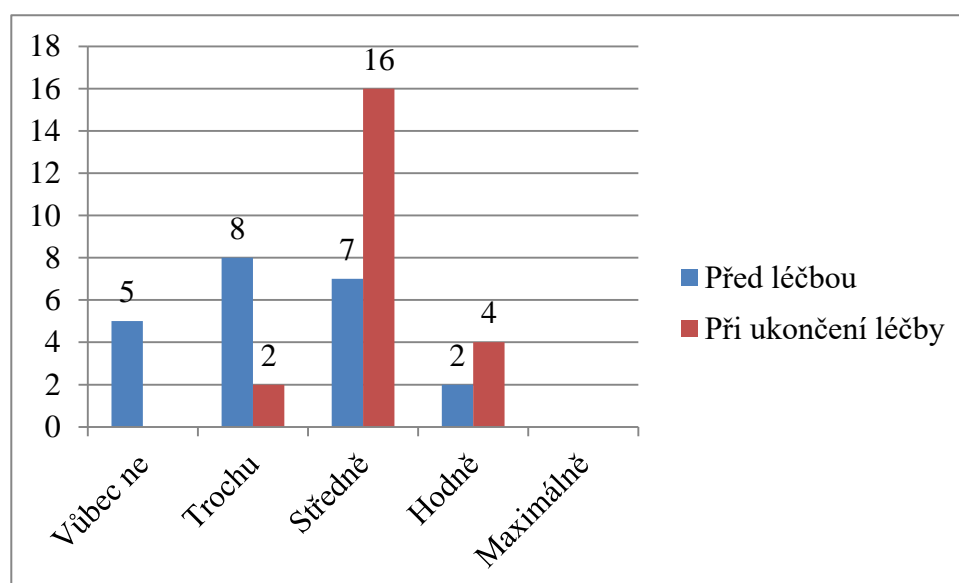
Graf 19: Osobní bezpečí (q8)



Zdravé prostředí (q9)

Pacienti před léčbou označili odpověď *trochu* a to v 8 případech, 7 pacientů uvedlo odpověď *středně*, 5 pacientů udalo odpověď *vůbec ne* a 2 pacienti označili odpověď *hodně*. Pacienti při ukončení léčby nejvíce udali odpověď *trochu* a to v 16 případech, 4 pacienti uvedli odpověď *hodně* a 2 pacienti *trochu* (viz graf 20).

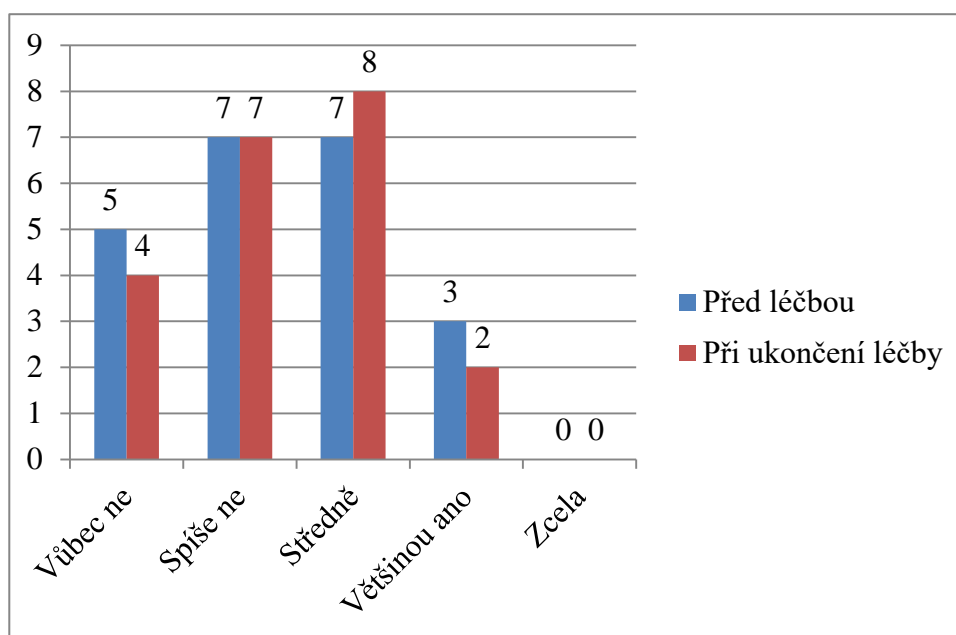
Graf 20: Zdravé prostředí (q9)



### Finanční situace (q12)

Pacienti před léčbou uvedli 7 odpovědí *středně*, 7 pacientů označilo odpověď *spíše*, 5 pacientů odpovědělo, že *vůbec* nemá dostatek financí k uspokojení svých potřeb a 3 pacienti uvedli, že *většinou* mají dostatek peněz. Pacienti při ukončení léčby nejvíce udávali odpověď *středně* a to v 8 případech, 7 pacientů uvedlo odpověď *spíše ne*, 4 pacienti odpověděli, že *vůbec* nemají dostatek financí a 2 pacienti označili odpověď *většinou ano* (viz graf 21).

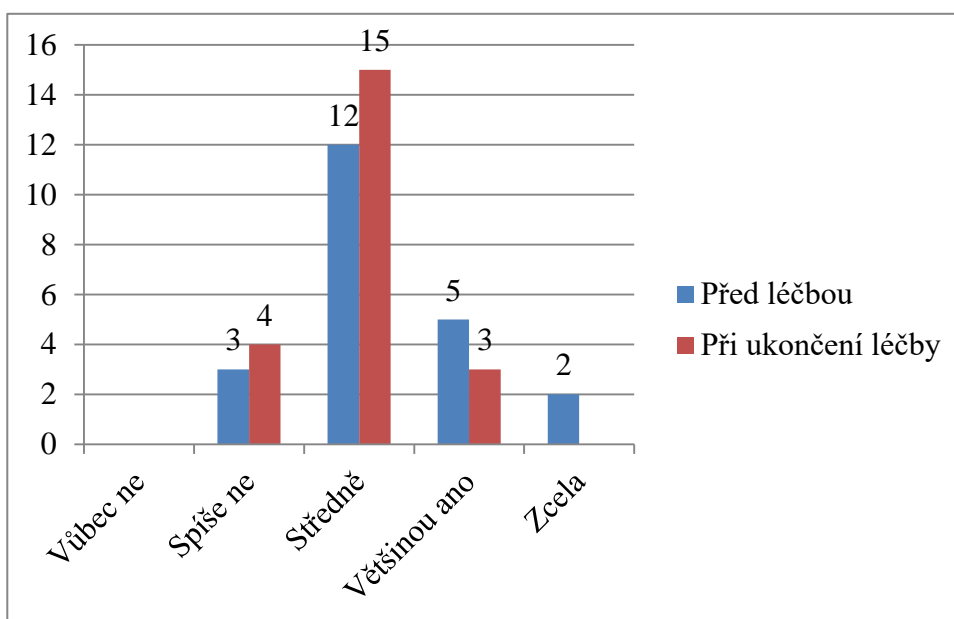
Graf 21: Finanční situace (q12)



### Přístup k informacím (q13)

Nejčastější odpověď u pacientů před léčbou byla *středně* a to ve 12 případech, 5 pacientů odpovědělo *většinou ano*, 3 pacienti *spíše ne* a 2 pacienti uvedli odpověď *zcela*. Pacienti při ukončení léčby nejvíce uvedli odpověď *středně* a to v 15 případech, 4 pacienti udali odpověď *spíše ne* a 3 pacienti odpověděli *většinou ano* (viz graf 22).

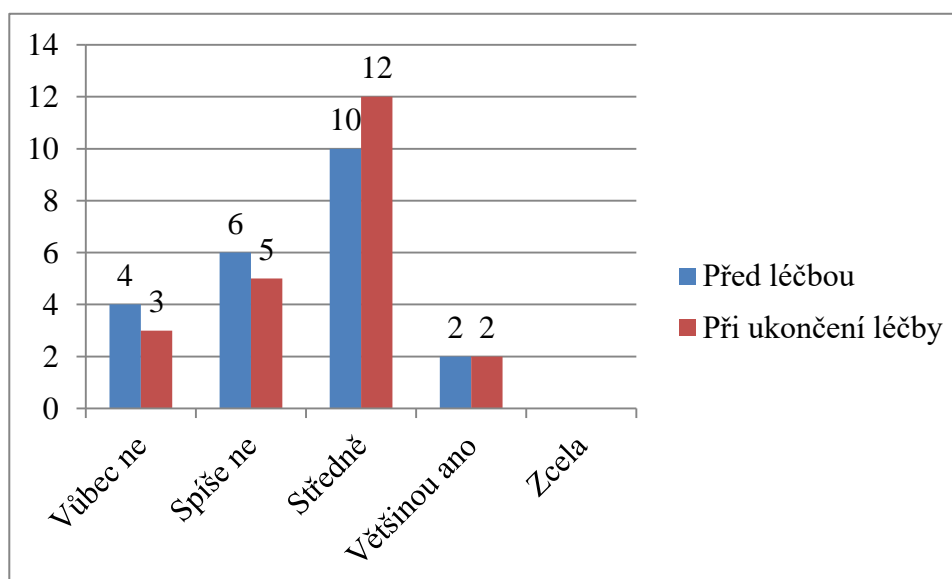
Graf 22: Přístup k informacím (q13)



Záliby (q14)

Pacienti před léčbou uvedli nejčastěji odpověď *středně* a to v 10 případech, 6 pacientů udalo odpověď *spíše ne*, 4 pacienti odpověděli *vůbec ne* a 2 pacienti odpověděli *většinou ano*. Pacienti při ukončení léčby nejvíce udali odpověď *středně* a to ve 12 případech, 5 pacientů označilo odpověď *spíše ne*, 3 pacienti uvedli odpověď *vůbec ne* a 2 pacienti odpověděli *většinou ano* (viz graf 23).

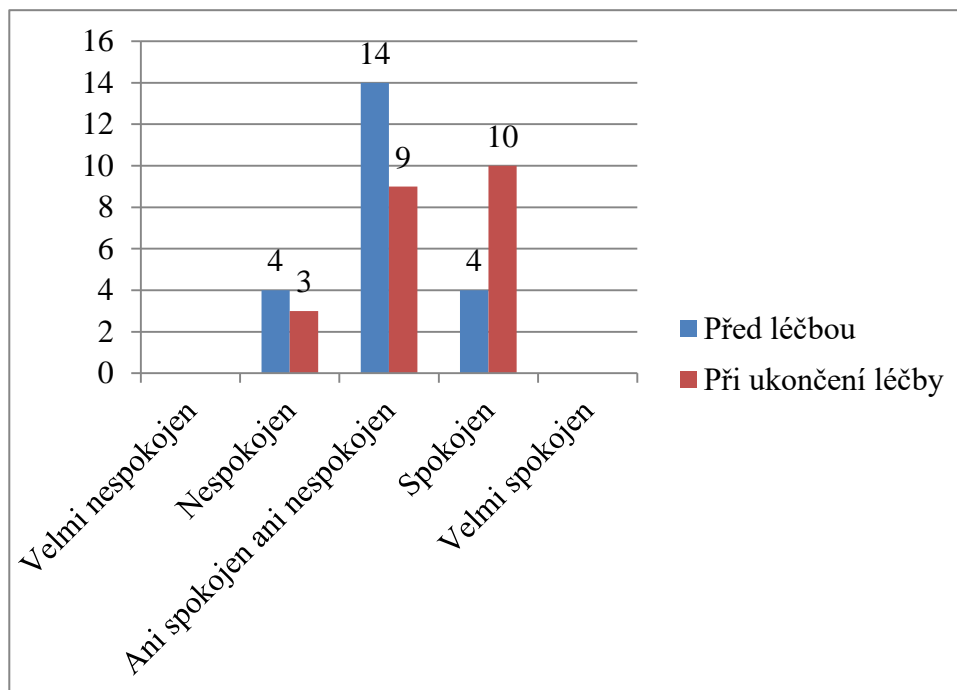
Graf 23: Záliby (q14)



### Prostředí v okolí bydliště (q23)

Pacienti před léčbou ve 14 případech uvedli odpověď *ani spokojen, ani nespokojen*, 4 pacienti udali *nespokojenost* a 4 pacienti jsou *spokojeni* s podmínkami v okolí bydliště. Pacienti při ukončení léčby označili odpověď *spokojen* v 10 případech, 9 pacientů uvedlo odpověď *ani spokojen, ani nespokojen* a 3 pacienti jsou *nespokojeni* s podmínkami v okolí bydlení (viz graf 24).

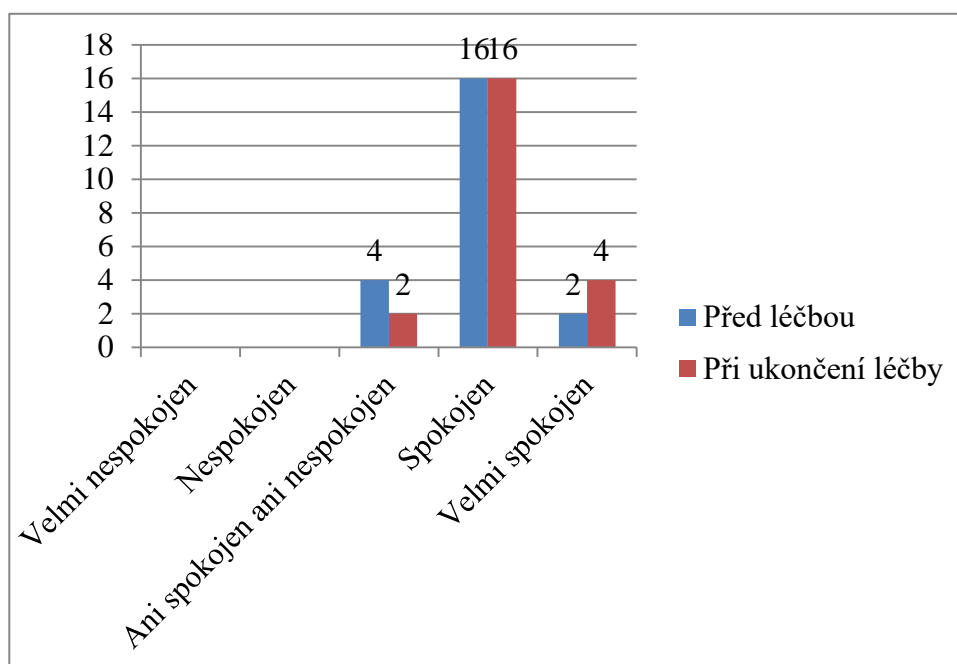
Graf 24: Prostředí v okolí bydliště (q23)



### Dostupnost zdravotní péče (q24)

Nejvíce pacientů před léčbou označilo odpověď *spokojena* to v 16 případech, 4 pacienti uvedli možnost *ani spokojen, ani nespokojen* a 2 pacienti jsou *velmi spokojeni* s dostupností zdravotní péče. Pacienti při ukončení léčby v 16 případech udali odpověď *spokojen*, 4 pacienti označili odpověď *spokojen* a 2 pacienti nejsou *ani spokojeni, ani nespokojeni* s dostupností zdravotní péče (viz graf 25).

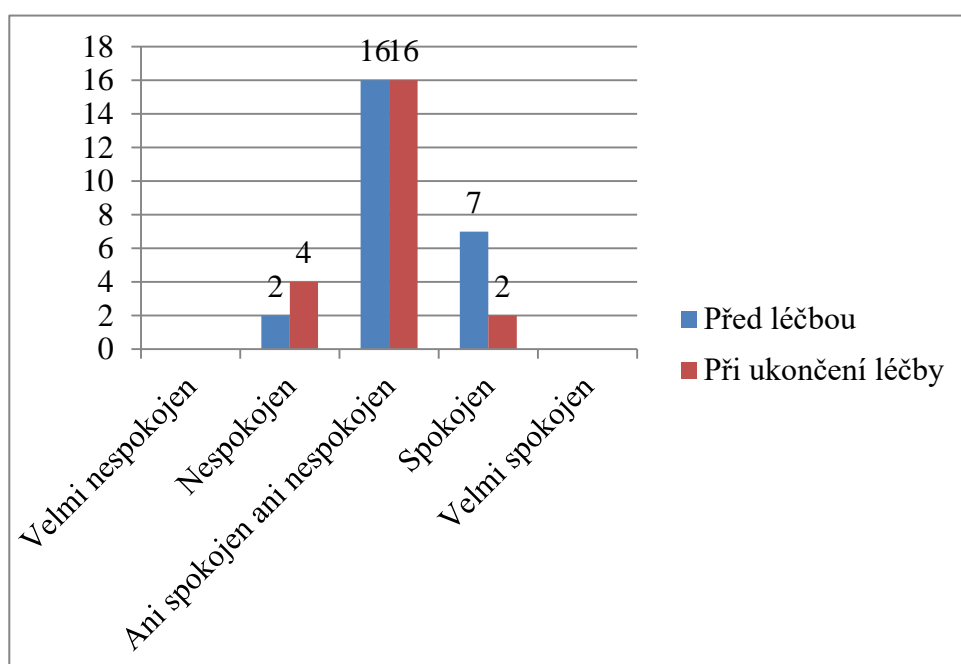
Graf 25: Dostupnost zdravotní péče (q24)



Doprava (q25)

Pacienti před léčbou v 16 odpovědích uvedli možnost *ani spokojen, ani nespokojen*, 7 pacientů udalo *spokojenost* a 2 pacienti jsou *nespokojeni* s dopravou. Pacienti při ukončení léčby v 16 případech odpověděli možností *ani spokojen, ani nespokojen*, 4 pacienti uvedli *nespokojenost* a 2 pacienti jsou *spokojeni* s dopravou (viz graf 26).

Graf 26: Doprava (q25)



## 11. Souhrn výsledků

Výzkumného šetření se zúčastnili pacienti koedukovaného oddělení léčby závislosti PN Kosmonosy, kteří jsou závislí na alkoholu. Jednalo se o muže v průměrném věku 41 let, u kterých převažuje vyučení. Jsou většinou svobodní nebo rozvedení, převážně pocházející ze Středočeského kraje, téměř polovina z nich žije ve vlastním bydlení a polovina v podnájmu. Polovina z pacientů jsou zaměstnaní a druhá polovina nepracující, registrovaná na ÚP. Většina z nich uvedla problémové užívání alkoholu 4 roky a více. Velká část pacientů absolvuje svou první ústavní léčbu závislosti.

V tabulce č. 2 jsou uvedeny jednotlivé položky a domény s jejich průměrnou populační normou a se standardní odchylkou, doplněné o skóry pacientů před léčbou a při řádném ukončení léčby. V doméně kvalita života a v doméně spokojenost se zdravím pacienti před léčbou vykazovali hodnoty nižší než je rozsah populační normy. Pacienti při ukončení léčby udali výrazné zlepšení vnímání kvality života a spokojenost se zdravím a dosáhli tak populační normy. U pacientů ukončujících léčbu došlo k nejmenšímu zlepšení v položce finanční situace. V položce přístup k informacím, sexuální život, závislost na lékařské péči a doprava pacienti po léčbě udali nižší hodnoty. Ostatní položky vykazují vyšší hodnoty u pacientů po absolvované léčbě. K nejvýraznějšímu zlepšení došlo v doméně prožívání. Druhé významné zlepšení vykazuje doména fyzické zdraví. Doména prostředí dosahuje také větších hodnot při druhém měření u pacientů ukončujících léčbu. Nejmenší zlepšení je v doméně sociální vztahy, která je také v obou měřeních pod populační normou.

Tabulka 2: Populační normy domén a položek a skóry pacientů

Položky a domény	Populační norma se standardní odchylkou	Pacienti před léčbou	Pacienti při ukončení léčby
Q1 Kvalita života	3,10 – 4,54	2,55	3,82
Q2 Spokojenost se zdravím	2,83 – 4,53	2,32	3,59
q3 Bolest a nepříjemné pocity	2,98 – 5,08	3,91	4,05
q4 Závislost na lékařské péči	3,21 – 5,11	3,68	2,95
q5 Potěšení ze života	2,93 – 4,73	2,64	3,68
q6 Smysl života	3,01 – 4,71	2,91	3,73
q7 Schopnost soustředění	2,67 – 4,43	2,23	3,41
q8 Osobní bezpečí	2,45 – 4,03	2,50	3,00
q9 Zdravé prostředí	1,93 – 3,77	2,27	3,09
q10 Energie a únava	2,69 – 4,55	2,18	3,50
q11 Přijetí tělesného vzhledu	3,08 – 4,72	3,14	3,23
q12 Finanční situace	1,79 – 3,95	2,36	2,38
q13 Přístup k informacím	3,10 – 4,64	3,27	2,95
q14 Záliby	2,33 – 4,33	2,45	2,59
q15 Pohyblivost	3,43 – 5,11	4,41	4,73
q16 Spánek	2,62 – 4,60	2,32	3,41
q17 Každodenní činnosti	2,98 – 4,54	3,68	3,95
q18 Pracovní výkonnost	2,96 – 4,56	2,95	4,09
q19 Spokojenost se sebou	2,81 – 4,33	2,32	3,86
q20 Osobní vztahy	2,84 – 4,66	2,64	3,41
q21 Sexuální život	2,57 – 4,71	2,62	2,14
q22 Podpora přátel	3,05 – 4,65	3,86	3,91
q23 Prostedí v okolí bydliště	2,68 – 4,40	3,00	3,32
q24 Dostupnost zdravotní péče	2,91 – 4,49	3,91	4,09
q25 Doprava	2,12 – 4,25	3,20	2,91
q26 Negativní pocity	2,52 – 4,42	2,68	3,14
Doména fyzické zdraví	13 – 18,10	22,14	26,68
Doména prožívání	12,35 – 17,21	15,91	21,05
Doména sociální vztahy	12,09 – 17,87	9,12	9,45
Doména prostředí	11,22 – 15,38	22,97	24,34

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života pacientů závislých na alkoholu před léčbou?

U pacientů před léčbou se kvalita života kloní spíše k negativnímu hodnocení. Převažují odpovědi ani dobrá, ani špatná a špatná a velmi špatná. Jen menšina označila kvalitu svého života jako dobrou. Spokojenost se zdravím u pacientů před léčbou je nižší než populační norma. Nejnižší spokojenost je v doméně sociální vztahy, která je výrazně pod populační normou.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života pacientů závislých na alkoholu při ukončení léčby?

Pacienti při ukončení léčby vnímají kvalitu svého života spíše pozitivně, shodují se s populační normou. Spokojenost se zdravím pacienti při ukončení léčby hodnotí spíše dobře, dosahují populační normy. Nejvyšší spokojenost je v doméně fyzické zdraví a v doméně prostředí, obě jsou výrazně nad populační normou.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u pacientů závislých na alkoholu v začátku léčby a při ukončení léčby?

Výrazně se zlepšilo vnímání kvality života u pacientů před léčbou a při ukončení léčby. Značně se zlepšila také spokojenost se zdravím.

Výzkumná otázka číslo 4: V jakých oblastech se zlepšila kvalita života pacientů závislých na alkoholu při ukončení léčby ve srovnání s obdobím při nástupu do léčby?

Největší rozdíly před léčbou a při ukončení léčby jsou v doménách prožívání a fyzické zdraví, kde v obou případech došlo k výraznému zlepšení.

## **12. Diskuze**

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že došlo k výraznému zlepšení vnímání kvality života pacientů při řádném ukončení léčby. Pacienti v průběhu léčby prochází pozitivní změnou, jak po stránce tělesné, tak i duševní. Léčba pacientům pomáhá odstraňovat či zmírňovat somatické a psychické komplikace závislosti. V psychoterapeutickém procesu je pacient terapeutickým týmem veden k sebepoznání, rozvoji osobnosti, budování zdravého sebevědomí, zvládnání krizových situací a dosahování individuálních léčebných plánů. Tyto okolnosti celkově přispívají ke zvýšení kvality života. V doméně spokojenost se zdravím pacienti před léčbou nedosahují populační normy, ale populační normy zcela nedosahují ani pacienti při ukončení léčby. Snížené hodnocení spokojenosti se zdravím vychází ze zdravotních důsledků závislosti na alkoholu, kterými pacienti mohou trpět trvale i v období abstinence a negativně ovlivňují subjektivní pohled

na zdravotní stav. Důležitou roli ve vnímání zdravotního stavu hraje také sama závislost, na kterou pacienti mohou pohlížet jako na duševní onemocnění. I přes nedosažení výsledků hodnot populační normy, došlo u pacientů ukončujících léčbu ke značnému pozitivnímu posunu spokojenosti se zdravím, oproti pacientům před léčbou. Zlepšení vnímání svého zdraví potvrzuje výzkumná studie pohledu závislých na alkoholu na životní spokojenost, která v roce 2004 probíhala v Psychiatrické nemocnici Velké Zálužie. V tomto výzkumu byl zjištěn významný nárůst spokojenosti se zdravím v závěru léčby oproti začátku léčby (Popelková, 2004). Sledovaná doména prožívání vykazuje největší pozitivní posun.

V doméně fyzické zdraví v prvním měření před léčbou pacienti udali nižší hodnocení, při druhém měření pacienti ukončující léčbu vykazovali výrazně vyšší hodnoty. Podobné výsledky ve sledované fyzické oblasti lze najít ve výzkumu prováděném ve slovenských psychiatrických nemocnicích u osob závislých na alkoholu s názvem Kvalita života lidí závislých na alkoholu a jejich změna v průběhu léčby. Tento výzkum uvádí významné zlepšení fyzického stavu u respondentů po absolvování léčby (Benkovič & Garaj, 2009).

Sledovaná doména prožívání vykazuje největší pozitivní posun, jelikož došlo k významnému zlepšení v položkách schopnosti soustředění a potěšení ze života. Výrazně vyšší hodnoty v položce vnímání smyslu života udali pacienti ukončující léčbu, oproti pacientům před léčbou. Z výzkumu zaměřeného na zjišťování smyslu života jedinců závislých na alkoholu a vývojem jejich smyslu života v průběhu léčby vyplývá, že léčba může pomoci v přehodnocení smyslu života a dokáže ho pozitivně ovlivnit (Samková & Dolejš, 2014). Ke zlepšení došlo i v mnoha sledovaných doménách a položkách, nicméně v doméně sociální vztahy vykazuje jen nepatrné zlepšení a celkové hodnocení této domény zůstává i při ukončení léčby hluboko pod populační normou. Především se jedná o velmi nízkou spokojenost se sexuálním životem a osobními vztahy, oboje zůstávají pod populační normou. Ačkoliv u osobních vztahů došlo ke zlepšení. Velmi nízká spokojenost se sexuálním životem souvisí se sníženou sexuální apetencí, která se objevuje během závislosti na alkoholu (Heller & Pecinovská, 2011), což má za následek negativní vnímání sexuálního života. U pacientů při ukončení léčby hraje také významnou roli uzavřené prostředí hospitalizace, které neumožňuje kvalitní sexuální život. Velmi nízká nespokojenost v položce osobní vztahy vychází z dalších důsledků závislosti, které nepostihují jen samotného jedince, ale i blízké okolí, dochází k narušení osobních vztahů. Pacienti v průběhu své závislosti napáchají velké škody v mezilidských vztazích a náprava často nastává až po delším čase, kdy závislý abstinuje a zvládá běžný život. Zaměření se na rodinnou terapii a metody práce s rodinou a blízkými by mohlo přispět k zefektivnění léčby.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že k malému zlepšení v porovnání kvality života před léčbou a při ukončení léčby došlo v doméně prostředí, ačkoliv jsou hodnoty této domény nad populační normou. Doména prostředí dokonce poukazuje na určité zhoršení

spokojenosti u pacientů při ukončení léčby s dostupností informací potřebných pro každodenní život. Dále došlo k určitému zhoršení spokojenosti s dopravou a stagnovala spokojenost s dostatkem financí pro své potřeby. Pacienti při ukončení léčby vyjadřovali nespokojenost s dostupností informací potřebných pro život. Tato nespokojenost může vyplývat z nedostupnosti denního tisku v areálu psychiatrické nemocnice, z omezené možnosti používání mobilních telefonů a především z nemožnosti přístupu k počítači a internetu. Nedostupnost počítače s internetovým připojením znesnadňuje pacientům hledajícím zaměstnání, ubytování nebo následnou péči jejich plnění individuálních terapeutických plánů. Pořízení internetového připojení a počítače na oddělení by mohlo přispět k lepšímu zapojení pacientů do běžného života po léčbě. Subjektivní hodnocení zhoršení spokojenosti s dopravou vyplývá z nemožnosti používání automobilu a odkázání se na veřejnou dopravu, což je pro některé pacienty problematické přijmout. Stagnování spokojenosti v oblasti financí vychází z toho, že část pacientů si v léčbě s pomocí terapeutického týmu zařídí sociální dávky, popřípadě si zmapuje dluhy a vyjedná si splátkový kalendář, tudíž dojde ke zlepšení jeho finanční situace. Druhá část pacientů je během hospitalizace na pracovní neschopnosti nebo musí svou práci přerušit a tak se jejich finanční příjem výrazně sníží a to negativně ovlivňuje jeho spokojenost s finanční situací. Položka týkající se závislosti na lékařské péči vykazuje horší výsledky ve druhém měření u pacientů při ukončení léčby. Větší část pacientů ukončujících léčbu užívá Antabus, jehož užívání vyžaduje pravidelnou lékařskou kontrolu a proto i určitou závislost na lékařské péči. Zvýšené vnímání závislosti na lékařské péči ovlivňuje také nutnost následné péče, na jejíž zajištění je při ukončení léčby kladen důraz. Jak uvádí Kuda (2003), následná péče je důležitou složkou celého léčebného programu, pomáhající závislému v jeho integraci do běžného života bez drog a také snižuje riziko relapsu.

S výsledky výzkumného šetření by měl být seznámen terapeutický tým, pro který by zjištěné informace měly mít přínosný charakter v tom směru, že jejich práce má smysl. Výsledky také nabízejí určité poznatky pro zkvalitnění léčebných postupů na oddělení. Jako podnětné by bylo zkoumání kvality života u pacientů, kteří přicházejí v rámci následné péče na opakovací pobyty. Nabízí se také možnost provádění tohoto šetření průběžně jako zpětné vazby pro terapeutický tým.

Omezení výzkumného šetření shledávám v malém výzkumném souboru, ale vzhledem ke kapacitě oddělení nebylo možné většího výzkumného souboru dosáhnout. Vhodné by bylo výzkumné šetření provést v delším časovém období.

Při sběru dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 41 pacientů závislých na alkoholu, kteří byli přijati na oddělení, tak pouze 22 pacientů léčbu řádně ukončilo a 19 pacientů léčbu skončilo předčasně. Proto se nabízí zrealizování výzkumného šetření zaměřeného na zjištění důvodů předčasného ukončení léčby.

## ZÁVĚR

Tato práce zkoumala kvalitu života mužů závislých na alkoholu, kteří absolvovali a řádně ukončili léčbu na koedukovaném oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy. Výzkumné šetření probíhalo ve dvou fázích, první fáze byla uskutečněna při přijetí pacienta na oddělení a druhá fáze při řádném ukončení léčby. Měření kvality života bylo prováděno prostřednictvím standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace pro kvalitu života WHOQOL–BREF ve zkrácené verzi.

V úvodní části je práce zaměřena na teoretické zmapování kvality života, vymezení pojmu kvality života, jeho historický vývoj. Dále se zabývala problematikou závislosti na alkoholu, její léčbou, epidemiologií alkoholu v České republice a některými provedenými výzkumy kvality života u závislých na alkoholu. Další část práce je věnována vyhodnocením dotazníků a interpretací výsledků.

Výzkumné šetření ukázalo, že u pacientů při ukončení léčby došlo ke zlepšení kvality života ve srovnání s vnímáním kvality života před léčbou. Pacienti při ukončení léčby uváděli zlepšení i v subjektivním vnímání svého zdraví. V první sledované doméně fyzické zdraví pacienti při ukončení léčby vykazují výrazné zlepšení oproti hodnotám před léčbou. Druhá doména prožívání ukazuje největší zlepšení u pacientů při ukončení léčby. Třetí doménou je doména sociální vztahy, u které došlo ke zlepšení při ukončení léčby, nicméně hodnoty jsou pod populační normou. Jedná se především o oblast sexuálního života a osobních vztahů, kde pacienti udávají nespokojenost. Poslední sledovanou doménou je doména prostředí, kde je dosaženo jen malé zlepšení v porovnání kvality života před léčbou a při ukončení léčby, ačkoliv jsou hodnoty této domény nad populační normou. Doména prostředí dokonce poukazuje na určité zhoršení spokojenosti u pacientů při ukončení léčby s dostupností informací potřebných pro každodenní život. Dále došlo k určitému zhoršení spokojenosti s dopravou a vnímání závislosti na lékařské péči, dále stagnovala spokojenost s dostatkem financí pro své potřeby.

Z výzkumného šetření vyplývají určité poznatky, týkající se subjektivního vnímání pacientů absolvujících léčbu, které mohou být účinně využity v terapeutickém přístupu k pacientům a k zefektivnění jejich léčby na koedukovaném oddělení léčby závislostí PN Kosmonosy.

## Použitá literatura

- Bayer, D. (2003). Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Bečková, I. & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.
- Benkovič, A., & Garaj, V. (2009). *Kvalita života u lidí závislých od alkoholu a její změna v priebehuliečby: Alkoholizmus a drogové závislosti*. Staženo dne 20. 6. 2016, Z: <http://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-2009-44-3-129-152.pdf>
- Broža, J. (2003). Poradenství u uživatelů drog. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *Příručka pro uživatele české verze dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. Vyd. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula: Mýty a skutečnosti o alkoholu*. 1. Vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Gillernová, I., Kebza, V., & Rymeš, M. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. Vyd. Praha: GradaPublishing, a.s.
- Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR
- Heller, J., & Pecinovská, O. (2011). *Pavučina závislosti: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. Vyd. Praha: Togga.
- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. Vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon.
- Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne & Eds. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. Vyd. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR

- Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mladá, K. (2015). Behaviorální terapie. In K. Kalina. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Chomyová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. & Malinová, H. (2015). Národní monitorovací středisko: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2014*. [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky. Staženo dne 23. 6. 2016, z: [http://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/23496/700/VZ\\_drogy\\_2014\\_fin03\\_v160202.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf)
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. Vyd. Praha: Portál.
- Popelková, M. (2005). *Pohľad na životnú spokojnosť závislých od alkoholu: Sborník příspěvků z konference Psychologické dny*. Univerzita Palackého v Olomouci. Staženo dne 20. 6. 2016, Z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/popelkova.pdf>
- Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (2016) Staženo dne 20. 6. 2016, z: <http://www.plkosmonosy.cz/historie.html>
- Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
- ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), (2014) Staženo dne: 10. 7. 2016, z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. 1. Vyd. Brno: Masarykova univerzita.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. 2. Vyd. Praha: GradaPublishing, a.s.
- Zima, T. (2006). Metabolismus alkoholu a jeho důsledky pro poškození organismu. *Adiktologie* (6) 2, s. 154–158.

## **Seznam tabulek a grafů**

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 2: Populační normy domén a položek a skóry pacientů

Graf 1: Kvalita života (Q1)

Graf 2: Spokojenost se zdravím (Q2)

Graf 3: Bolest a nepříjemné pocity (q3)

Graf 4: Závislost na lékařské péči (q4)

Graf 5: Energie a únava (q10)

Graf 6: Pohyblivost (q15)

Graf 7: Spánek (q16)

Graf 8: Každodenní činnosti (q17)

Graf 9: Pracovní výkonnost (q18)

Graf 10: Potěšení ze života (q5)

Graf 11: Smysl života (q6)

Graf 12: Schopnost soustředění (q7)

Graf 13: Přijetí tělesného vzhledu (q11)

Graf 14: Spokojenost se sebou (q19)

Graf 15: Negativní pocity (q26)

Graf 16: Osobní vztahy (q20)

Graf 17: Sexuální život (q21)

Graf 18: Podpora přátel (q22)

Graf 19: Osobní bezpečí (q8)

Graf 20: Zdravé prostředí (q9)

Graf 21: Finanční situace (q12)

Graf 22: Přístup k informacím (q13)

Graf 23: Záliby (q14)

Graf 24: Prostedí v okolí bydliště (q23)

Graf 25: Dostupnost zdravotní péče (q24)

Graf 26: Doprava (q25)

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Sociodemografický dotazník

Příloha 2: Dotazník WHOQOL-BREF

## Příloha 1: Sociodemografický dotazník

Dobrý den, dotazník je anonymní, ale pro mou identifikaci jednotlivých dotazníků, prosím vyplňte kód skládající se z počátečních písmen vašeho jména, příjmení a dnešního data (například: Pokud se jmenuji Zdeňka Filipová a dnes je 21. 10. 2015 napište: ZF21102015).

Váš kód .....

1. Věk .....

2. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vysokoškolské

3. Rodinný stav:

- Svobodný
- Ženatý
- Rozvedený
- Ovdovělý

4. V jakém kraji bydlíte?

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jihočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Karlovarský kraj
- Ústecký kraj
- Liberecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Pardubický kraj
- Olomoucký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Jihomoravský kraj
- Zlínský kraj
- Kraj Vysočina

5. Jaké je Vaše bydlení?

- Vlastní bydlení
- Podnájem
- Ubytovna
- Bez domova

6. S kým žijete?

- S rodinou
- S partnerkou
- Sám

7. Jaké je Vaše zaměstnání?

- Zaměstnaný
- Nezaměstnaný - hlášen na ÚP
- Nezaměstnaný - nejsem hlášen na ÚP
- Starobní důchodce
- Invalidní důchodce

8. Jak dlouho vnímáte problémové užívání alkoholu?

- 1 – 3 roky
- 4 – 6 let
- 7 a více let

9. Je tato ústavní léčba vaše první?

- ano
- ne

## KVALITA ŽIVOTA

### DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

#### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

**Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.**

	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5