

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
Vliv léčby na kvalitu života alkoholiků

Vypracovala: Nad'a Jašíková

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSC.

Praha, 2006

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 29.9.2006

.....
podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych co nejupřímněji poděkovala Prof. PhDr. Křivohlavému, CSc. za vedení mé práce a poskytnutí dotazníků a manuálů.

Dále patří moje vděčnost primáři Psychiatrické léčebny Červený Dvůr MUDr. Dvořáčkovi za důvěru a laskavé svolení k výzkumu, a nakonec paní Santorcové, zdravotní sestře na detoxifikačním oddělení PL Červený dvůr, za nenahraditelnou pomoc se sběrem dotazníků.

OBSAH

ÚVOD.....	5
Seznam zkratek, které v textu používám.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	9
METODA SEIQoL.....	13
METODA PANAS.....	17
ALKOHOL.....	19
VZNIK ALKOHOLU.....	19
HISTORIE A SOUČASNOST.....	19
ÚČINKY ALKOHOLU.....	20
ALKOHOLISMUS.....	22
KLASIFIKACE PORUCH.....	22
PRŮBĚH ZÁVISLOSTI.....	27
LÉČBA ZÁVISLOSTI.....	27
EMPIRICKÁ ČÁST.....	33
ODBĚRY.....	33
VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	33
VÝSLEDKY.....	34
DISKUSE.....	50
ZÁVĚR.....	54
PŘÍLOHY.....	55
(Příloha 1) SEIQoL (adaptovaná verze) – Dotazník 1.....	56
(Příloha 2) PANAS – Dotazník 2.....	58
(Příloha 3) INSTRUKCE PRO TAZATELE.....	59
POUŽITÁ LITERATURA.....	60

ÚVOD

Fenomén závislosti žije s lidstvem patrně od jeho počátků. Nemocí se oficiálně stává až ve dvacátém století. Vzhledem k tomu, že tento problém je velice komplexní a zasahuje do několika vědních oborů, je také těžké postavit koncept léčby alkoholismu tak, aby zahrnoval všechny možné vlivy. V současnosti se v jak České republice, tak i v západní Evropě osvědčuje bio-psycho-sociální model, který vychází z filosofie svépomocných skupin Anonymních Alkoholiků.

Téma kvality života je ve zdravotnictví poměrně nové a ukazuje trend zaměřovat se u pacienta na mnohem širší vymezení jeho zdravotního stavu, než v minulosti. K poznání zdravotního stavu pacienta už nestačí výčet jeho fyziologických symptomů, ošetřovatelé musejí jít mnohem dál, jak dovnitř pacientovy duše, tak vně pacienta směrem k jeho okolí v souladu s vlivy, které na pacientu mohou působit.

Práve mnohorozměrnost konceptu se může stát důvodem, proč by kvalita života mohla spolehlivě indikovat stav závislých pacientů. Takový indikátor může napomoci jak v zlepšování léčby metodou zpětné vazby, tak i ve srovnávání rozličných léčebných postupů.

Co se týče teoretické části této práce, vystupují zde zřetelně dvě rozsáhlá témata. Nejdříve se pokusím definovat kvalitu života a vymežit metody jejího měření. V rámci této kapitoly chci také popsat metody, které pak užívám v empirické části této práce a popsat možná rizika, která obnáší použití těchto metod.

Poté se zaměřím na alkohol a hlavní nemoc, kterou způsobuje – alkoholismus. Nejdříve popíšu samotnou látku a pokusím se vymežit hlavní nebezpečí, která vyplývají z její povahy a našeho kulturního kontextu.

Poté se budu věnovat samotnému alkoholismu, vzniku, průběhu a vývoji závislosti, a možnostem léčby v ČR.

V empirické části budu zkoumat jednak použitelnost metod zjišťování kvality života, tak i vliv léčby na kvalitu života jednotlivých pacientů. V rámci

svých možností a vědomostí provedu statistické zpracování dat a interpretaci hodnotových orientací pacientů podle vyplněných dotazníků.

Hlavní hypotézou empirické části je předpoklad, že kvalita života pacientů se bude během sledovaného intervalu zvyšovat. To znamená, že se budou zvyšovat výsledky jednotlivých metod s ohledem na to, co představují (tedy všechna získatelná skóre kromě hodnoty škály negativních afektů z metody PANAS).

Poslední hypotézou, která přirozeně vyplývá z této první je předpoklad, že v rámci metody SEIQoL bude pozitivně korelovat skóre VAS s indexem QoL, tedy dva samostatné údaje o subjektivně vnímané kvalitě života pacienta, a v rámci metody PANAS škály korelovat nebudou. Tyto předpoklady vysvětlím v teoretické části práce.

Seznam zkratk, které v textu používám

CNS – Centrální Nervový Systém

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní Klasifikace Nemocí

PANAS – Positive And Negative Affect Schedule

QoL – kvalita života (z angl. „Quality of Life)

SEIQoL – Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life

SEIQoL-DW - Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighing

VAS – Visual Analogous Scale

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

TEORETICKÁ ČÁST

KVALITA ŽIVOTA

Subjektivně vnímaná kvalita života se jako měřitelná veličina v psychologii teprve zabydluje a definice této veličiny je hned několik, jakož i pojmů, které označují tento jev¹. Každá definice určuje jistá kritéria, podle kterých lze život prohlásit za kvalitní. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nikoliv jenom absenci nemoci“² (1948). Z této definice vyplývá, že zdraví jednotlivce neurčují jenom fyzická kritéria, ale celková kvalita jeho života, zahrnující emocionální, sociální a psychické stránky. Kvalitou života pak WHO rozumí to, jak jedinec „vnímá své místo v životě v rámci kultury a systémů hodnot a vsouvislosti se svými cíly, očekáváními, měřítky a zájmy“³.

Výzkumy kvality života se rozrůstají do mnoha různých oblastí, ve kterých jde o možné ovlivňování zdravotního stavu lidí. Podle Krivohlavého⁴ to bylo sledování kvality života chronicky nemocných a umírajících pacientů, co stálo na začátku vývoje tohoto tématu. Postupně se zjišťovalo, že popis somatických symptomů dostatečně nevystihuje stav pacienta a bylo tedy zapotřebí čerpat i z jiných (humanitních) oborů. Hlubší pochopení pacientova života, jeho cílů a hodnot, může v konečném důsledku pomoci vzkvalitnění péče.

¹ quality of life, health-related quality of life, subjective or psychological well-being, life satisfaction, mental health status, happiness etc.

² z angličtiny: "A state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease ." (zdroj citace: <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/ql1.htm>)

³ z angličtiny: „WHO defines Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.“ (zdroj citace: <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/ql1.htm>)

⁴ Toto pojednání se nachází v knize Psychologie nemoci (viz sekci Použitá literatura) a na webových stránkách profesora Krivohlavého (http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Způsoby měření a zaznamenávání kvality života u konkrétního pacienta se také vyvíjely. Křivohlavý ve svém pojednání o kvalitě života uvádí stručnou historii vývoje škálovacích technik k jejímu určování.

V první řadě se tyto techniky dělí podle toho, kdo je tázán, zda-li pacient, anebo jeho nejbližší, či ošetřující tým. Tedy na tom, ptáme-li se na objektivní kvalitu života anebo na subjektivně vnímanou. U prvního typu posuzujeme kritéria externí, u druhého interní. Existují také smíšené metody, které kombinují vyjádření druhé osoby a samotného pacienta.

Metody měřící objektivní kvalitu života

Předchůdcem takového typu měření kvality života mohly být tzv. Rejstříky zdravotního stavu pacienta (HS – *Health State*) následované Profily zdravotního stavu (HSP – *Health State Profiles*). Obě tyto techniky se orientovaly pouze na fyziologickou stránku zdraví pacienta. Šlo o výčet somatických poruch a další lékařské záznamy, všechno ryze fyziologického charakteru.

První techniky měřící kvalitu života pacienta zúhlu pohledu druhé osoby, povětšinou lékaře, se snaží zachytit rozdíl aktuálního stavu pacienta od normálního zdravotního stavu, který je v zásadě definován jako plná samoobslužnost, práceschopnost a absence příznaků nemoci. Příklady takových metod: *Sickness Impact Profile* (Gilson, Bergner, 1976; 1981), *Nottingham Health Profile* (Hunt, McEwan, McKenna, 1981), *Disability and Distress Rating Scale* (Rosser, 1978), *Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System* (Knaus et al., 1985), *Performance Status Index* (Karnfsky a Burchenal, 1949). Výsledky těchto metod ovšem v různé míře pouze vyjadřovaly subjektivní postoj hodnotící osoby.

Dalším krokem ve vývoji hodnocení objektivní kvality života bylo rozšíření kritérií. Křivohlavý uvádí metody *QoL of the patient* (Spitzer, 1981) a *QL Index ILF* (Křivohlavý, 1986). Spitzerova kritéria posouzení kvality života pacienta zahrnují pracovní schopnost, fyzickou nezávislost na druhých lidech (cizí pomoci), finanční situaci, způsob trávení volného času, bolesti, nepohodlí,

náladu, vědomí pacienta o následcích své nemoci, komunikaci s okolím, vztah s primární sociální skupinou (přáteli a rodinou). Tato metoda umožňovala přesnější uchopení stavu pacienta a nezávisí už tak pouze na posouzení jedné osoby, jde o konsenzus ošetřujícího týmu a dalších pacientovi blízkých lidí.

Tyto metody poskytují možnost srovnání pacientů v určité skupině, popřípadě srovnání jednotlivých léčebných postupů apod. Co ovšem neposkytují je pacientův náhled na to, co se s ním během léčebního procesu děje. Každý člověk má totiž různý systém hodnot a priorit ve svém životě a pohled kohokoli jiného může tyto hodnoty opomínat. Proto se v posledních několika desetiletích stále více pracuje s metodami, které pacientovi aspoň částečně umožňují vnést do procesu léčby vlastní pohled – měřící subjektivně vnímanou kvalitou života.

Metody měřící subjektivně vnímanou kvalitu života

První krok učinili Patrick a Erickson (1993) se svou metodou *Health Related Quality of Life* (HRQoL, Zdravotní kvalita života). Tato metoda nejdříve pobízí pacienta, aby si vybral dimenze, které jsou pro jeho život důležité a další hodnocení se pak týká pouze těchto dimenzí. Koncept zdravotní kvality života (HRQoL) se rozvíjí dále samostatně a stal se validním indikátorem úspěšnosti léčebního postupu a jeho výsledků.

O'Boyle, McGee a Joyce šli dále. Podotýkají, že ačkoli pacient v předchozí metodě vymezí důležité dimenze pro svůj život, neříká ještě, jak moc důležitá je každá z nich. Proto přišli s metodou, která zohledňuje také vzájemnou důležitost jednotlivých dimenzí důležitých pro život konkrétního jedince (SEIQoL, 1994).

Dále je zde faktor času a možné změny v hierarchii dimenzí a jejich relativní důležitosti. Metoda, kterou navrhli O'Boyle, McGee a Joyce umožňuje sledovat blíže změny v čase, tedy vliv určité proměnné na kvalitu života. Touto proměnnou může být například operace, hospitalizace, nebo léčba závislosti.

Individuální výběr nejdůležitějších dimenzí svého života bere v úvahu jak časový aspekt, tak i kulturní rozdíly, povahu onemocnění a věk pacienta. Více k metodě SEIQoL uvádím v popisu u praktické části této práce.

Bibliografická studie z roku 2002⁵ uvádí přehled používaných metod měřících subjektivně vnímanou kvalitu života a tyto metody rozděluje do skupin podle několika kritérií. Hlavní dělením vzniká skupina 5 různých typů: metody zaměřené na určité životní dimenze (dimension specific), metody určené pro konkrétní populaci (disease or population specific), obecné metody (generic measures) a individualizované metody (individualised measures), tedy ty, kde respondent sám určuje své životní dimenze, jejich důležitost a spokojenost s jejich plněním. Poslední skupinou jsou konkrétní metody spojeny se ekonomickou analýzou (utility measures). Cílem této studie bylo sledovat vývoj metod a práci na standardizaci jejich výsledků a množství prací, které se měření subjektivně vnímané kvality života věnovaly v letech 1990-1999.

Celkový počet prací zabývajících se kvalitou života dosáhl téměř 4000. Autoři uvádějí, že nejrapidněji během této doby vzrostl počet prací, které používaly anebo vyvíjely metody pro specifickou populaci (n=1819). Takové metody se vyvíjejí pro skupinu pacientů trpících konkrétní nemocí anebo obtížemi a zohledňují dimenze specifické pro tuto nemoc. Nejvíce pozornosti se věnovalo pacientům trpícím rakovinou a revmatologickými potížemi. Další velice sledovanou skupinou byli staří lidé. Závislostem se věnovalo méně než 2 procenta prací z této skupiny.

Autoři konstatovali růst i u zbylých typů metod. Za sledovaných deset let použilo obecných metod 865 studií, metod měřících specifickou dimenzi 690 studií, individualizovaných metod 62 studií a ekonomicky orientovaných metod 409 prací. Poslední dva typy zaznamenaly nejpomalejší růst, co do počtu studií.

Obecně lze říci, že se subjektivně vnímaná kvalita života stabilně zabydluje jako indikátor zdravotního stavu pacienta a stále více institucí a odborníků důvěřuje výsledkům takového měření. V mnoha oblastech je ale měření kvality života teprve na začátku a chybějí standardizace pro pacienty se specifickými nemocemi.

⁵ Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., Fitzpatrick, R.: Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures, BMJ 324, 2002, 1417-1421

Kvalita života u závislých pacientů

Studií, které měří kvalitu života u závislých pacientů, je o poznání méně, než studií kvality života jiných populací.

Pro specifickou populaci pacientů byla nedávno upravena metoda SF-36, u níž autoři vybrali 9 konkrétních oblastí, které závislost v životě člověka ovlivňuje nejvíce. Vznikla tak metoda AlQoL⁶.

Metody vytvořené pro specifickou populaci pacientů nemohou poskytnout data ke srovnání kvality života pacientů různých nemocí a omezují se tak jenom na tu jednu konkrétní. Zde ale podávají přesnější a hlubší údaje. Konstruují se především s ohledem na změnu v čase, tedy zachytávají vývoj pacienta během nemoci, mohou vymezit stadia, sledují vývoj kvality života a nakonec mohou být spolehlivým indikátorem úspěšnosti daného léčebného postupu.

Metoda AlQoL je ještě nováčkem a je jednou z mála metod, která se věnuje výlučně alkoholickým pacientům. Vyvinuli ji ve Francii a zmiňovaná studie poskytuje normativní data pro pacienty jak v ústavní, tak i v ambulantní péči.

Je to ohromný krok vpřed vzhledem k měření efektivity léčby, což může vést k zlepšování léčebných postupů metodou zpětné vazby.

Co se týče metod, které používám v empirické části této práce (PANAS, SEIQoL), obě už byly použity u závislých pacientů, ovšem nepatří mezi standardně užívané. Vybrala jsem si je po konzultaci s vedoucím mé bakalářské práce a důležitým kritériem byla jejich dostupnost.

⁶Malet, L., Llorca, P.-M., Beringuier, M., Lehert, P., Falissard, B.: ALQOL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence, *Alcohol & Alcoholism* 41, 2006, 181-187

METODA SEIQoL

Metodu SEIQoL vytvořili autoři O'Boyle, McGee, Hickey, Joyce, Browne, O'Malley, a Hiltbrunner. Je to metoda zjišťující subjektivně vnímanou kvalitu života a zaměřuje se na životní hodnoty pacienta. Ptá se ho, co určuje jeho život, co je zdrojem hybné síly pro jeho bytí. Tyto hodnoty jsou jeho *životní témata (cues)*.

Způsob provedení této metody záleží na okolnostech. Individuální rozhovor umožňuje hlubší porozumění pacientovi, dovoluje blíže poznat významy, které pacient zahrnuje do svých životních témat. Také vyžaduje větší odbornost a je časově náročnější. Údaje by se ovšem daly označit za hodnotnější, zvláště máme-li v úmyslu kvalitativní analýzu.

Dotazník, který vyplňuje sám pacient zase dává větší pocit anonymity, zvláště pak ve srovnání s rozhovorem s cizím člověkem. Také umožňuje sesbírání údajů od více pacientů vkratsí době. Já jsem použila dotazník, který jsem upravila podle potřeb zkoumaného souboru pacientů. Blíže k této adaptaci mluvím v následující kapitole.

SEIQoL je otevřený dotazník, tzn. nenabízí pacientovi výběr z možností. Vybízí jej, aby sám určil, co je v jeho životě důležité. Toto se postupem času pozměnilo tak, že pacient, který dlouhou dobu váhá s určením svých životních témat, dostane na výběr z velkého počtu hodnot. Pacienti PL Červený dvůr dostali tento otevřený dotazník bez možnosti výběru z předem daných životních témat.

Maximum životních témat je pět. Po jejich vyjmenování pacient určí jejich relativní důležitost, tzn. rozdělí celek 100% na pět nestejných částí tak, aby tato čísla vyjadřovaly, jak důležité jednotlivé životní témata jsou pro jeho život. Údaje o důležitosti zaznačí do levého sloupce.

Následuje sloupec Spokojenost. Zde pacient zaznačí, jak moc je spokojen s plněním daného tématu ve svém životě. Tento údaj se pohybuje v rozmezí 0 až 100 procent, přičemž 0% značí minimální spokojenost a 100% znamená, že pacient s plněním daného tématu nemůže být spokojenější.

Index kvality života (index qol) lze pak vypočítat následovně. U každého tématu násobíme jeho důležitost (tedy údaj z levého sloupce) spokojeností, která se k němu váže (údaj ze třetího sloupce). Poté sčítáme součiny ze všech pěti

řádů. Nakonec vydělíme výsledek stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí 0-100%.

Další údaj pochází z druhé položky dotazníku. Tou je VAS, neboli „teploměr životní spokojenosti“. Je to horizontální příčka o rozměru 10 cm, na kterou má pacient zaznačit svou celkovou spokojenost se svým životem. Levý extrém značí minimální spokojenost, pravý extrém maximální. Vzdálenost od 0 po vyznačený bod v milimetrech je druhým indexem kvality života, který lze z dotazníku získat (u interpretace výsledků používám termín „skóre VAS“).

Údaje z dotazníku SEIQoL mají široké využití. Lze srovnávat kvalitu života u skupin vymezených určitým kritériem, např. u pacientů se stejnou diagnózou v různých zdravotnických zařízeních. V případě, že se jednotlivé soubory významně neliší v demografických charakteristikách (věk, pohlaví, zaměstnání apod.), rozdíl v indexech kvality života by měl vypovídat o kvalitě péče jednotlivých zařízení.

Dále můžeme provést srovnání kvality života uvnitř takové skupiny. Můžeme tak sledovat vliv jednotlivých proměnných (což mohou být např. zmiňované demografické charakteristiky) např. na průběh léčby. U závislých pacientů pak lze zkoumat vliv různých proměnných na výskyt reversu (ukončení léčby proti radě lékaře), úspěšnost léčby (tedy dlouhodobou abstinenci), riziko recidivy, apod.

Některé zdroje ovšem také uvádějí, že metoda SEIQoL samostatně není vhodná ke srovnávání velikých souborů pacientů právě kvůli tomu, že je tak individuální, a údaje, které o pacientech poskytuje, jsou jen velice těžko statisticky srovnatelné. Nicméně, tato kritika snad mluví zejména o konkrétních životních tématech, které pacienti uvádějí. Indexy QoL získané z těchto údajů a skóre na příčce VAS jsou kvantitativní data a tedy alespoň orientační srovnání dovolují. Nicméně je více než vhodné ke zkoumání větších souborů použít metod více a výsledky propojit.

Velice zajímavým momentem této metody je její motivační potenciál, o kterém mluví studie z roku 2001⁷. Právě svou otevřenou povahou metoda nutí pacienty uvažovat o svých životních cílech a artikulovat je. Artikulace životního cíle přitom není běžnou náplní našeho času. Většina z nás se jen málokdy zastaví

⁷ Cheyne, A., Kinn, S.: Counsellors' perspectives on the use of the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) in an alcohol counselling setting, *British Journal of Guidance & Counselling*, 29, 2001 (1), 35-46

a hodnotí svůj dosavadní život anebo své směřování. Žijeme *uvnitř*, což nám může bránit vidět náš život v širších souvislostech, a právě otázka po jeho směru může odstartovat plodné úvahy o tom, co je vlastně v pořádku, co chceme změnit a jak to uděláme.

SEIQoL-DW je novou verzí SEIQoL. Od původní verze se liší několika rozdíly. Převažuje forma rozhovoru. Důležitost se zde určuje na otočném kotouči, kde je pět částí barevně odděleno a lze měnit jejich velikost v rámci kotouče. Spokojenost pacient vyjadřuje na škálách VAS, které stoupají ve 45° úhlu. Takový grafický design značně zjednodušuje použití.

Adaptace dotazníku SEIQoL

K měření kvality života u alkoholiků jsem dotazník SEIQoL upravila (proto „adaptovaná verze“). Po odběru dne 12.3.2006 jsem totiž zjistila, že alespoň polovina údajů je pro výzkum nepoužitelná, protože pacienti zcela nepochopili zadání. V popisu dotazníku⁸ je limitace pro osoby se zhoršenými kognitivními funkcemi. Je tomu tak pravděpodobně vzhledem k náročnosti první části, kde pacient poté, co stanovil pět svých životních témat (cílů), nejdříve stanoví jejich vzájemnou důležitost v procentech a poté dalším údajem v procentech vyjadřuje svou spokojenost s jejich plněním. Zatímco v prvním sloupci Důležitosti musí být součet pěti řádků 100%, u sloupce Spokojenost je každý řádek samostatný a tedy v každém řádku se hodnota může pohybovat od 0 do 100% nezávisle na ostatních. To se ukázalo matoucí.

U dotazníků z prvního odběru jsem zjistila závažné nedostatky. U 9 pacientů byl součet všech hodnot ve sloupci Spokojenost 100%. Dá se předpokládat, že pacienty zmátl požadavek dvou číselných údajů ke každému životnímu tématu a snažili se svou spokojenost s tématy rozdělit v rámci stoprocentního celku. Tím tedy sloupec Spokojenost ztrácí na významu. 3 pacienti výrazně překročili stanovený součet ve sloupci Důležitost (což by ovšem byl ten nejmenší problém, protože zde stačí tento nový součet převést na 100%). 3 pacienti uvedli jenom jeden číselný údaj ke každému tématu, tedy jenom polovinu hodnot potřebných k výpočtu indexu QoL.

⁸ <http://www.proqolid.org/public/SEIQoL.html>

Dle výše zmíněných biologických faktorů závislosti např. dochází u závislého ke snížené produkci acetylcholinu, který mimo jiné stimuluje kognitivní funkce. Nízká hladina acetylcholinu a tím narušené kognitivní funkce mohou být u pacientů vprotialkoholní léčbě jedním z důvodů, proč původní verze dotazníku SEIQoL zklamala.

K omezení vyjadřování v procentech jsem změnila způsob určování spokojenosti. Do sloupce Spokojenost jsem umístila pět horizontálních šipek typu VAS, na které stačí zaznačit bod, který vyjadřuje spokojenost pacienta s plněním daného životního tématu. Extrém vlevo značí nejnižší možnou spokojenost, extrém vpravo nejvyšší.

Levý sloupec (Důležitost) jsem ponechala původní, ovšem pod tabulkou přibyl prázdný obdélník, který měl v případě potřeby pomoci graficky znázornit relativní důležitost jednotlivých životních témat a tyto procenta poté zapsat do levého sloupce. Tento obdélník se nicméně ukázal nadbytečný a pro další použití bych ho odstranila, aby celkový dotazník nepůsobil přeplněně a složitě.

Vzhledem k tomu, že životní témata mohou nabývat rozličných významů, doplnila jsem třetí položku, kde pacient mohl tato témata blíže charakterizovat.

Druhá položka v dotazníku SEIQoL, škála VAS, představovala menší problém, ačkoli 3 pacienti z prvního odběru (12.3.2006) nezaznačili na tuto šipku nic.

SEIQoL následovala ve vývoji metoda SEIQoL-DW, kterou jsem zmínila u popisu SEIQoL. Adaptovaná verze dotazníku SEIQoL, kterou jsem použila já, je trochu blíž této nové verzi.

Chyby ve vyplňování dotazníku nemusely vzniknout je vinou pacientů. Důvodem také mohla být nedostatečná instruktáž, velký počet respondentů na jeden odběr (17) a podobně. Proto jsem svou instruktáž rozšířila a pro případ odběrů za mé nepřítomnosti, kdy tazatelem byla paní Santorcová, jsem připravila Instruktáž pro tazatele (Příloha 3). Zde jsem explicitně popsala způsob vyplňování dotazníku, obzvláště povahu číselných údajů a způsob zaonačování na škálách VAS. Také jsem zde zohlednila možné potíže, které by pacienti s dotazníkem mohli pociťovat, podle mého pozorování z prvního pokusu o odběr.

Nakonec se také se zmenšil počet respondentů na jeden odběr, průměrně to byly skupinky po 3-5 pacientech, čímž se odběry zindividualizovaly.

METODA PANAS

Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark a Tellegen, 1988) je metodou, která měří specifickou dimenzi (depresivitu a úzkost) z pohledu pacienta.

Konceptuálně se opírá o model tripartity (Watson, Clark, 1991), který říká, že měřením lze postihnout rozdíly mezi mírou anxiety a depresivity. Tato metoda je tedy jedinečná v tom, že by v rámci měřené dimenze měla jasně odlišovat míru obou těchto stavů. Model tripartity popsali autoři PANAS nástroje až po konstrukci a ověření vlastní metody. Studie Crawforda a Henryové z roku 2004⁹ však tyto předpoklady zpochybňuje, uvádí negativní korelační koeficient a tedy nepřímo úměrnou závislost obou škál. Tento problém mě zaujal a proto v rámci interpretace výsledků empirické části této práce uvádím i korelační koeficienty obou škál podle získaných údajů. Výsledky mého výzkumu také naznačují negativní korelaci a tedy závislost škál. Více uvedu v diskusi.

Nespornou výhodou metody PANAS je stručnost. Pacientovi se prezentuje 20 položek, z nichž je 10 součástí škály pozitivních afektů (plný zájmů – něčím zaujatý; plný vzrušení; silný – plný energie; nadšen; hrdý – na něco, co se mne týká; pozorný – bdělý; pln nápadů – inspirován; rozhodný; pozorný; aktivní – činný¹⁰) a dalších 10 patří do škály negativních afektů (smutný – sklíčený, stíněný; rozčilený – rozrušený; provinile – vinen; vystrašený – vylekaný; nepřátelský – pln negativního vztahu; podrážděný – popudlivý, přecitlivělý; zahanbený – něčím, co se mne týká; nervózní – nepokojný, přecitlivělý; neklidný; pln obav – polekaný, vylekaný¹¹). Každou z těchto položek má respondent ohodnotit na škále Likertova typu písmeny A – E (A značí velice výrazně, E značí velice mále nebo vůbec), podle toho, jak se v určitém období cítil. Dotazník, který

⁹ Crawford, J., Henry, J.: The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample, *British Journal of Clinical Psychology* 43, 2004, 245-265

¹⁰interested, excited, strong, enthusiastic, proud, alert, inspired, determined, attentive, active

¹¹distressed, upset, guilty, scared, hostile, irritable, ashamed, nervous, jittery, afraid

používám ve výzkumu přeložil pro studijní účely vedoucí mé práce, prof. PhDr. Jaro Krivohlavý, CSc.

Vzhledem k období, které chceme posuzovat, se můžeme ptát na celý život obecně, popřípadě na interval od posledního roku po několik posledních dní. Autoři této metody a několik dalších výzkumníků vypracovali normativní data pro různé populace pacientů i zdravých lidí z rozličných věkových skupin¹².

¹² Crawford, J., Henry, J.: The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample, *British Journal of Clinical Psychology* 43, 2004, 245-265;

Watson, D., Clark, L.: THE PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form, The University of Iowa, 1994

ALKOHOL

Ačkoli chemie zná celou třídu látek se souhrnným názvem alkoholy, název alkohol se v obecné mluvě téměř vždy týká etylalkoholu, druhé nejjednodušší látky z této třídy. Ve své práci alkoholem míním právě tuto látku.

VZNIK ALKOHOLU

Etylalkohol vzniká procesem kvašení ze sacharidů (plody vinné révy) a polysacharidů (brambory, obilí). Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. U neprofesionálně prováděné destilace hrozí vznik metanolu (metylalkoholu), který je prudkým nervovým jedem působícím selektivně na oční nerv. Při intoxikaci hrozí oslepnutí a úmrtí v důsledku metabolického rozvratu. Etylalkohol je ve své podstatě také nervovým jedem s velice podobnými účinky, ale somatické poškození sebou nese až delší konzumace.

HISTORIE A SOUČASNOST

Lidstvo znalo alkohol odedávna, nejdříve jako součást rituálních obřadů, později jako nápoj a „domácí medicínu“. Rovněž tak dlouho jsou známy obtíže, které nadměrné pití alkoholu způsobuje. V historických pramenech lze dohledat opatření, které starověké civilizace vyvíjely k potírání pijáctví.

Alkohol je v naší kultuře přijímán velmi kladně. Je součástí rodinných rituálů a oslav, pije se u významných politických událostí, na pracovních schůzkách apod.

Jedno z největších nebezpečí alkoholu tkví v jeho snadné dostupnosti, která vyplývá z obecné akceptace této drogy. Legislativa zakazuje pouze prodej alkoholu osobám do 18 let a omezuje jeho konzumaci na pracovišti a pro vykonávání určitých činností. Nicméně i přes snahu zabránit konzumaci alkoholu mladistvým osobám stoupá počet dětí, které mají zkušenost stouťou drogou (opakovanou opilost přiznává 17% chlapců a 10% dívek ve věku 16 let) a klesá věk prvního kontaktu s alkoholem. Mladiství také vnímají dostupnost alkoholu

jako velmi vysokou (k pivu anebo vínu by se bez obtíží dostalo 95% a k destilátům 84% šestnáctiletých studentů¹³).

Zákon také postihuje řízení pod vlivem alkoholu. Statistiky ovšem ukazují, že lidé v podnapilém stavu sedají za volant poměrně běžně. Alkohol přitom výrazně prodlužuje reakční dobu, zhoršuje koordinaci a schopnost zvládat několik činností najednou, a to všechno už při relativně nízké hladině v krvi. Podle statistik ministerstva vnitra ČR bylo za rok 2005 pod vlivem alkoholu zaviněno 8192 dopravních nehod, u kterých došlo k 59 úmrtím¹⁴.

ÚČINKY ALKOHOLU

Účinky této drogy ovlivňuje řada faktorů. Předem jde o množství vypitého alkoholu a formu v jaké se konzumoval, dále se pak účinky liší podle pohlaví, tělesné hmotnosti, genetických dispozic apod. Z psychologického hlediska hraje také roli očekávání a osobnostní dispozice.

Obecně lze intoxikaci alkoholem rozdělit do několika odlišných fází. Obvykle se u každé fáze také udává množství alkoholu na kg tělesné hmotnosti, ale jak bylo zmíněno výše, tyto údaje nemají absolutní platnost, jsou pouze orientační.

U nižších dávek (1,5g/kg) nastává *excitační stadium* vedoucí k lehké opilosti. Alkohol zatím působí stimulačně. První fáze se projevuje zlepšením nálady, sebevědomým vystupováním, lehce opilý člověk je mnohomluvný a velice sociální. Další konzumace vede ke zvyšování agresivity a podrážděnosti, ztrácí se schopnost sebekritiky a jemná motorika už také není, co bývala.

U vyšších dávek (1,6-2g/kg) anebo rychlejší konzumace nastává *hypnotické stadium*, alkohol začíná mít tlumivé účinky na organismus. Mluvíme také o opilosti středního stupně.

Narkotické stadium (do 3g/kg) charakterizuje celková únava, ospalost, spánek, výrazná opilost, ztráta orientace a hrubé motoriky.

¹³ statistické údaje čerpám z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice roce 2004 (bližší údaje v použité literatuře)

¹⁴ Zpráva MV ČR o dopravních nehodách za rok 2005
(http://www.mvcr.cz/doprava/nehody/2005/12_2005.pdf)

Poslední je *stadium asfyktické* (nad 3g/kg), což je těžká intoxikace s rizikem bezvědomí a následné smrti v důsledku zastavení dechu a oběhu.

ALKOHOLISMUS

Jako zdravotní problém začal alkoholismus vystupovat teprve v polovici minulého století. Světová zdravotnická organizace (WHO) uznává alkoholismus jako nemoc roku 1951.

Tím také společnost uznala možnost léčby, důsledkem čeho je jiný přístup k alkoholikům. Stali se z nich pacienti, kteří mají svá práva, především právo na odbornou péči. Byl to důležitý krok směrem k humanizaci přístupu k závislým.

Ačkoliv tedy od té doby oficiálně pracujeme s nemocí, musíme mít také na paměti, že závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění. Tato věta vymezuje alkoholismus vůči jiným nemocem. I v případě, že pacient ukončí léčebný proces úspěšně, musí se alkoholu po zbytek života vyvarovat. K opětovnému roztočení kolotoče závislosti bohatě postačí jedno pivo. Závislý člověk navždy ztratil schopnost své pití alkoholu kontrolovat.

KLASIFIKACE PORUCH

Poruchy, které souvisejí se škodlivým užíváním alkoholu se v MKN-10 řadí do oddílu F10. Rozdělují se pak na poruchy, které alkohol způsobuje primárně jako cizorodá chemická látka v lidském organismu, a na poruchy, které souvisí se závislým chováním.

První kategorie tedy pokrývá odvykací syndrom, alkoholická „okénka“ nebo psychotické poruchy.

Druhá kategorie zahrnuje patologické vzorce chování, např. narušená kontrola v pití, ztráta kontroly v pití a nakonec samotný syndrom závislosti na alkoholu.

Jellinek¹⁵ (1940) rozděluje abusus alkoholu do pěti podskupin podle povahy pijáka a pití. Tato typologie se dodnes uvádí v odborné literatuře.

Alfa	„problémové pití“	Často je to pití o samotě, piják používá alkohol k léčení úzkosti a depresivních stavů, potlačení dysforie a uvolnění tenze. Pije nedisciplinovaně, ale ještě neztrácí kontrolu nad svým pitím. Toto stadium může trvat i desítky let. Může přejít v typ Gama, většinou nepokračuje do třetího stadia alkoholismu.
Beta	„společenské pití“	Pití je podmíněno sociokulturně, příležitostný abusus. Závislost není přítomná, tento typ spíše charakterizují sekundární somatické komplikace, např. polyuritidy, gastritidy, cirhózy.
Gama	„anglosaský typ“	Preference piva a destilátů. Nad pitím ztratil kontrolu, postupné zvyšování tolerance. Schopen abstinence, závislost je spíše „psychická“. Somatické a psychické poškození.
Delta	„románský typ“	Preference vína. Každodenní konzumace alkoholu, udržování „hladinky“, vybudovaná výrazná tolerance. Více „somatická“ závislost a somatické poškození.
Epsilon	„kvartální pijáctví“	Charakteristické jsou několikedenní „tahy“, úplná ztráta kontroly nad pitím, někdy doprovázené afektivními poruchami. Není příliš časté.

¹⁵Jellinek, E. M.: The disease concept of alcoholism in Musto, D. F.: Drugs in America. A documentary history. New York University Press, 2002

VZNIK ZÁVISLOSTI

Vznik závislosti je velice komplexní proces a podílejí se na něm četné faktory. V souladu se statěmi ze sborníku Drogy a drogové závislosti jsem rozdělila psychologické a psychosociální faktory vzniku od biologických. Takové členění však slouží pouze k lepší orientaci v textu, vznik závislosti nelze nijak jednoduše vyčerpat výčtem podmínek a jejich rozdělením. Také nelze tvrdit, že i za předpokladu splnění všech těchto kritérií ke vzniku závislosti bezpodmínečně dojde. Riziko vzniku závislosti dobře charakterizuje dispozičně-expoziční model: čím výraznější má jedinec dispozici k vzniku závislosti, tím menší expozice závislost odstartuje, a naopak.

Psychologické a psychosociální faktory vzniku závislosti

Frouzová¹⁶ popisuje psychologické a psychosociální faktory vzniku z hlediska možností, které drogy lidem poskytují. Je to těchto šest základních možností:

- dosažení větší kontroly, moci
- urychlení vývoje, poznání sebe sama
- zbavení se nepříjemného stavu; dosažení slasti
- způsob přizpůsobení se kolektivu
- součást asociálního životního stylu

Až snad na asociální způsob bytí jsou tyto možnosti naskrz tzv. „lehčí cestou“ za výtobytky, které jinak vyžadují delší a náročnější vývoj osobnosti, popřípadě tvrdší práci. Tato lehčí cesta ovšem také stojí víc. Možnosti, které drogy poskytují, se zprudka vytrácejí po delší době užívání a zpravidla se člověk přehoupne do zcela opačné situace, tedy té, které chtěl původně uniknout. Tak alkoholik se vznikající závislostí stále více upadá do depresí a úzkostných stavů, které původně alkohol tak zázračně odbourával.

¹⁶ sborník Drogy a drogové závislosti, kapitola 2/6 Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti (viz sekci Použitá literatura)

Biologické faktory vzniku závislosti

Biologické faktory závislosti dokládá Fišerová¹⁷ výzkumy, které se na v této oblasti uskutečnili. Zamýšlí se nad genetickým původem závislosti, vlivem pohlaví a věku, a nakonec vlivem drogy na CNS.

Ačkoli se o genetickém původu závislosti se dodnes vedou spory, studie jednovaječných dvojčat ukázaly, že u potomků alkoholiků je několikanásobně vyšší incidence alkoholismu bez ohledu na vliv prostředí, zvláště pak u mužského pohlaví.

Pohlaví je vůbec dalším faktorem, který může vznik a průběh závislosti ovlivnit. U žen se závislost vyvíjí rychleji. Na léčbu ženy reagují zpravidla opět rychleji, ale jsou také náchylnější k relapsům.

Dále je zde hledisko věku. Velice ohroženou skupinou jsou děti a mládí (platí to obecně i pro mláďata zvířat). U nich se závislost vyvíjí mnohem rychleji, má dramatictější průběh a závažnější důsledky.

Pokud mluvíme o osobnostních rysech, k závislosti mají blíže lidé, kteří mají určitým způsobem narušené vnímání odměny. Jsou zde lidé, kteří rádi podstupují riziko, zvědaví a hledající novou inspiraci. Na toto téma výše pojednávají psychologické faktory. Z biologického hlediska lze u takových lidí najít odchylky dopaminergního systému, který kontroluje hladinu dopaminu na synapsi.

Dopamin je neurotransmitter, tedy látka ovlivňující kvalitu synaptického přenosu mezi neurony. Dopaminergní systém na určitý impuls uvolní množství dopaminu do synapse, za jiných podmínek ho zase zpětně vychytává. Výzkumy ukázaly, že tato látka hraje kromě jiného významnou roli v systému odměny. Důležitým faktem je, že v průběhu závislosti klesá schopnost CNS vylučovat dopamin bez přítomnosti drogy v organismu, což napomáhá uzavírání bludného kruhu u závislého.

Kromě dopaminu se u závislostí mění také hladiny jiných neurotransmiterů. Je to noradrenalin (spojený také se systémem odměny), serotonin (jehož nízká hladina provází deprese a úzkostní kompulsivní chování), acetylcholin (potřebný pro kognitivní funkce, chronický deficit vede k demenci) a kyselina gama-aminomáselná (nedostatek působí úzkostní stavy a nespavost).

¹⁷ sborník Drogy a drogové závislosti, kapitola 2/2 Neurobiologie závislosti (viz sekci Použitá literatura)

Schéma vzniku a průběhu závislosti

Aplikace návykové látky nejdřív způsobí rozvrat homeostázy organismu. Po opakovaném podání si CNS vytvoří *neuroadaptační mechanismy*, které slouží ke znovunastolení této rovnováhy. Organismus se tak snaží přizpůsobit nové situaci, která zahrnuje drogu, a nastává nová, *patologická homeostáza*. Odeznění účinků návykové látky pak tuto novou rovnováhu naruší, následuje *abstinenční (odvykací) syndrom*. Snaha o zmírnění abstinenčních příznaků vede kopětovnému užití drogy, teď především k znovuzískání porušené rovnováhy.

Abstinenční syndrom vyvolaný alkoholem představuje rozsáhlé somatické změny a může být životu nebezpečný (tím se také alkohol přibližuje spíše ke tvrdým drogám, stojícím mimo zákon). Projevy odvykacího syndromu mají v zásadě opačný účinek, vzhledem k tomu, že si je organismus vytvořil, aby kompenzovaly působení drogy. U alkoholu se k abstinčním příznakům řadí strach, úzkostné a depresivní stavy, poruchy spánku, třes, chvění, křeče, zmatenost a halucinace. Odnětí této drogy může vyvolat epileptický záchvat a delirium tremens, které často končí úmrtím, není-li alkoholik hospitalizován.

Velice častým znakem rozvíjející se závislosti je rostoucí *tolerance* vůči droze. Piják musí k dosažení stejných účinků vypít více alkoholu než dříve, protože teď bojuje proti vlastním adaptačním mechanismům, které si jeho tělo vytvořilo. „Zkušený“ alkoholik pak může zkonzumovat takové množství alkoholu, které by „nezkušeného“ člověka přivedlo daleko za hranice kómatu. Toto platí spíše pro první stadia závislosti, protože tolerance v terminálních fázích závislosti zase prudce klesá.

PRŮBĚH ZÁVISLOSTI

Somatické komplikace¹⁸

Dlouhodobá konzumace alkoholu vede k rozsáhlému poškození celého organismu. Tato látka působí rozvrat vtrávicím traktu, časté jsou poškození jícnu, žaludku a tenkého střeva. Zvyšuje se riziko jaterní cirhózy a rakoviny jater a dalších částí trávicí soustavy. Alkohol má také vliv na funkci endokrinních žláz. Může vést k poškození pankreatu a tím narušit produkci inzulínu a způsobit vznik diabetu. Vzhledem k nesprávnému dietnímu režimu alkoholika během jeho „tahů“ dochází k avitaminózám. Časté jsou poruchy krvetvorby a vůbec oběhového systému. U mužů dochází k snížení hladiny testosteronu a tedy k poruchám sexuálních funkcí, příp. impotenci.

Alkohol také ohrožuje nenarozený plod. Narodí-li se dítě alkoholičce, která pravidelně pila, je velké riziko, že dítě bude trpět *fetálním alkoholovým syndromem* (FAS). U takových dětí se vyskytuje poškození CNS, růstová retardace, a znetvoření obličeje a lebky (mikrocefalie, oční anomálie, krátké palberální štěrby, plochý kořen nosu, vymizelé filtrum, tenký horní ret a nízko položené uši). Porucha, která z těchto příznaků zahrnuje pouze poruchy chování a intelektu se nazývá *Fetální alkoholový efekt* (FAE).

LÉČBA ZÁVISLOSTI

Léčíme-li závislost, první přicházejí na řadu akutní somatické a psychické příznaky. V konečném důsledku ovšem musí léčba zasahovat mnohem dále. Mnozí pacienti v průběhu své závislosti postupně ztrácejí sociální zázemí nebo přicházejí do konfliktu se zákonem. Systém péče musí na všechny tyto potřeby reagovat, má-li efektivně s fenoménem závislosti bojovat.

Filosoficky zařazuje přístup k léčbě závislosti bio-psycho-sociální model. Tento model vyrostl částečně z konceptu svépomocných skupin Anonymních Alkoholiků, kteří přiznávali závislosti vliv jak na fyzickou, tak i na psychickou a sociální stránku lidského života, přičemž zde také sehrává roli duchovní princip.

¹⁸ sborník Drogy a drogové závislosti, kapitole 3/1, Popov: Alkohol (Viz sekci Použitá literatura)

Proto se v některých publikacích mluví také o bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti.

K pružnosti systému péče přispívá rostoucí počet výzkumů efektivity jednotlivých složek a analýza nákladů vynaložených na jednotlivé léčebné postupy, které poskytují důležitou zpětnou vazbu o výsledcích léčby. Jedním z indikátorů efektivity léčby se podle světových trendů stává právě kvalita života¹⁹.

V následující části bych chtěla stručně popsat hlavní složky systému péče o závislé pacienty v České Republice.

Typy léčby²⁰

V České republice v současnosti funguje celá škála zařízení, která poskytují péči pacientům v různých stadiích závislosti. Podle své povahy a specifické části populace lidí, která přichází do kontaktu s drogami, mají tato zařízení různé cíle. Všechny složky péče o závislé pacienty podléhají Akreditačním standardům WHO (2001). V krátkosti se zde pokusím nastínit hlavní složky systému péče o závislé tak, jak fungují v České republice. Kromě nich zde působí ještě celá řada dalších zařízení, jak státních, tak i nestátních, které ve větší nebo menší míře pokrývají potřeby klientů s různými potřebami.

Na nejnižší úrovni síť léčebných zařízení pracují nízkoprahová kontaktní centra a síť streetworkerů. Zabezpečují první kontakty s uživateli a snaží se také intervenovat u tzv. *skryté populace*, což jsou lidé, kteří z různých důvodů nemůžou anebo nechtějí vyhledat pomoc. Cílem této složky péče je *harm reduction*, tedy omezení negativních důsledků braní drogy, přičemž akutní abstinence není podmínkou. K metodám *harm reduction* patří výměna jehel a rozdávání prezervativů, čímž se snižuje riziko přenosu infekčních onemocnění jako je AIDS a různé typy hepatitidy. Dále tato zařízení poskytují poradenskou a instrumentální pomoc (ubytování, hygiena, strava) a terapeutické služby. Zajišťují také prevenci a motivační tréninky.

¹⁹ např. Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., Fryer, K., Handforth, L., Alwyn, T., Kerr, C., Thistlethwaite, G., Slegg, G.: The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial, *Addiction* 101, 2006, 60-68;

Mortimer, D., Segal, L.: Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: cost per qaly estimates, *Alcohol & Alcoholism* 6, 2005 (40), 549-555

²⁰ sborník *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 8: Systém péče – Jednotlivé složky (Viz sekci Použitá literatura)

Historicky asi nejvýznamnější složkou léčebné sítě v České republice je ambulantní péče v AT ordinacích (pro alkoholismus a jiné toxikomanie). Cílová populace je velice rozmanitá, nejsou zde věková ani jiná omezení. AT ordinace se setkávají také s klienty, kteří mají léčbu nařízenou soudně. Můžou zde také najít útočiště ti, kteří doposud závislí nejsou, ale zažívají problémy způsobené drogami (experimentátoři, škodlivé užívání).

Ordinaci vede lékař, nejlépe s atestací z oboru AT, a terapeutický tým by měl dále zahrnovat psychologa, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Podobně jako u nízkoprahových center, i zde je umožněn anonymní přístup, má-li pacient obavy z nálepky „alkoholik“, které společnost ráda rozdává.

Navázání prvního kontaktu je zcela na pacientovi a takový krok může být velice stresující. Proto je zde nutno více než v jiných typech zařízení pracovat s motivací a odbourávat negativní očekávání u pacienta. Terapeut jej musí přimět, aby se do ordinace zase vrátil.

Denní stacionáře tvoří přechod mezi ambulantní a ústavní péčí. Doposud se tato metoda výrazně nerozšířila jak v ČR, tak ani v jiných zemích Evropy. Tato zařízení nabízejí klientům strukturovaný program v minimálním rozsahu 25 hodin týdně, rozložen do čtyř až pěti pracovních dní, tedy jakousi obdobu povinné docházky do zaměstnání anebo školy. Tento program by měl být rovnoměrně rozdělen do terapeutických sezení (skupin), zájmových činností apod.

Cílová klientela je zde omezena na ty pacienty, kteří jsou dostatečně motivováni pro léčbu, mají zajištěné bydlení v nerizikovém prostředí a jejich závislost nepokročila do vysokého stupně. Tato kritéria jsou ovšem pouze orientační a lze na nich zapracovat za předpokladu vstřícného přístupu terapeuta na jedné straně a spolupráce klienta na straně druhé. Minimální věková hranice je 17 let, horní hranice omezena není, nicméně podle zkušeností věk pacientů nepřesahuje 35 let.

Ústavní léčbě se vzhledem k zaměření této práce věnuje celá další kapitola.

Nakonec, velice důležitým a poměrně často opomíjeným článkem péče o závislé je péče následná. Stručně zde popíšu doléčovací centra a alternativu chráněného bydlení.

Doléčovací centra se snaží svým klientům ulehčit návrat do normálního života. Neomezují se pouze na klienty, kteří v poslední době absolvovali nějakou formu léčby, ačkoliv právě tito zde tvoří většinu. Podmínkou přijetí je ideálně alespoň tříměsíční abstinence od drogy a potřeba pomoci v procesu sociální re-integrace. Hlavním cílem takového zařízení je víc než kde jinde zabezpečit postupné osamostatňování klienta a v konečném důsledku uvolnění vazeb s tímto zařízením. Doléčovací centrum tedy primárně neusiluje o nápravu všech problémů, které klient má, ale o podporu jeho růstu k autonomitě a schopnosti tyto problémy řešit samostatně.

Chráněné bydlení a chráněná práce jsou další alternativou následní péče a sociální re-integrace závislého. Navazuje na samotnou léčbu a poskytuje další prostor k osvojení sociálních dovedností a zvládání nároků vnějšího světa. Klient se zde ve větší míře podílí na podobě tohoto bydlení a časovém rozvrhu sebe i skupiny. Tato služba je určena zejména pro ty, kteří se z nějakého důvodu nemůžou vrátit do místa svého původního bydliště, zejména kvůli riziku relapsu vlivem prostředí.

Pobyt v takové komunitě je nicméně časově omezen, klient uzavírá na bydlení časově vymezenou smlouvu a toto bydlení si alespoň z části hradí. Chráněné bydlení tedy poskytuje více času naučit se žít bez drogy, ale v konečném důsledku se snaží vést své klienty k osamostatnění, podobně jako u doléčovacího centra.

Jak už bylo zmíněno, následky závislosti sahají daleko za fyziologickou a osobnostní stránku člověka, a proto se každá ze zmiňovaných složek péče musí vypořádat také s dalšími vlivy.

Zařízení do různé míry využívají rodinnou terapii v zájmu posílení pacientova zázemí. Podporují účast rodinných příslušníků ve specializovaných

sezeních, kde mohou terapeuti pracovat s negativními vzorci chování, které si často pacienti nejbližší během jeho závislosti osvojili.

Sociální pracovníci poskytují poradenství v oblasti legislativní, má-li pacient problémy se zákonem anebo finanční problémy. Složky péče na sebe navazují a poskytují pacientovi informace a podporu ve vyhledávání následné péče podle svých individuálních potřeb.

Ústavní léčba

Vzhledem k tomu, že se v empirické části této práce soustředím na pacienty střednědobé ústavní léčby, vyhražuji pro tento typ celou kapitolu. V České republice se nachází celkem 16 zařízení, která poskytují střednědobou ústavní léčbu. Většinou se jedná o psychiatrické léčebny anebo nemocnice, které vydělují speciální oddělení pro práci se závislými pacienty.

Těžištěm ústavní léčby je strukturovaný a různorodý program. Ten by měl zaručit terapeutický tým složený z profesionálů z různých oborů zdravotní, sociální a psychologické péče. Každý den v týdnu má jasně stanovený rozvrh.

Bodový systém, který do léčby alkoholismu přinesl Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., kromě jiného zakladatel první AT ordinace v České republice, je dalším důležitým prvkem. Je založen na myšlence spravedlivé disciplíny. V léčebně jsou jasně daná pravidla a také sankce za jejich porušení. Trestné body slouží jako terapeutické varování a tyto „zisky“ lze „odpracovat“. Kladné body zase mají motivační charakter.

Bodový systém spolu se strukturovaným programem zajišťují disciplínu. U alkoholiků se většinou jedná o pokus disciplínu znovu-vybudovat, u závislých na nealkoholových drogách se v léčebně disciplína většinou teprve buduje. To je dáno tím, že alkoholici jsou většinou lidé ve středních letech, zatímco nealkoholové drogy jsou spíše doménou mladších lidí, které droga stáhla dřív, než si osvojili sociální roli a připravili se na vstup do života.

U obou skupin je potřeba změnit vnější disciplínu na sebekázeň, tedy cílem je zvnitřnění pravidel a vytvoření vlastního řádu. V konečném důsledku je to hledání vůle, která byla drogou vymazána, a svobody, která z osobní autonomie plyne.

Po ukončení léčby je pacientova abstinence v přímém ohrožení hned z několika stran. Pacient se obvykle vrací do prostředí, kde drogy brát začal, tedy do kolektivu známých a přátel, z nichž ho někteří u jeho závislosti provázeli. Musí tedy čelit sociálnímu tlaku těchto lidí. Kvůli této možnosti se například provádí nácvik zvládnání rizikových situací už během léčby. U alkoholu je to o to náročnější, že je kulturně a společensky vžitý a pacient musí čelit přímo tlaku konvence, snaží-li se odmítnout skleničku.

Ze sociálního hlediska dále pacient vstupuje do zcela jiné společnosti. Zvláště pohyboval-li se předtím dlouho mezi rizikovými známými, vstup do společnosti abstinentů může být značně stresující a těžký (tito lidé svůj čas tráví zcela jinak, setkávají se na jiných místech, mluví „jinou řečí“). Mluví se přímo o „homesick“ syndromu, tedy smutku, který zažívají emigranti v cizí zemi.

Zvláště u pacientů s dlouhou kariérou drogové závislosti je velice náročná re-integrace do rodiny a blízkého okolí. Nejbližší už často ztratili trpělivost s věčnými excesy závislého a při návratu mu to dají chtět-nechtět pocítit. Pro pacienta je proto životně důležité, aby se naučil zvládat konflikty, které mohou nastat, a to dospělou formou, tedy ne za pomoci drog.

Dále terapeutický tým podporuje pacienta v začlenění svých rodinných příslušníků do terapie a tím pracovat na problémech už během doby, kdy pacient může najít útočiště v léčebně.

Dalším ohrožením abstinence je spousta volného času, kterým znenadání pacient disponuje. Droze se během rozvoje závislosti postupně podařilo vytlačit z pacientova zájmu všechny jeho původní koníčky. Ktěm je potřeba znovu vybudovat cestu, a to už během léčby.

Cíle léčby pak vyplývají z výše uvedených ohrožení, kterým bude pacient po návratu z léčby čelit. Je to v první řadě dlouhodobá abstinence, řešení problémů, které drogová závislost způsobila, a to přímo i nepřímo, získání dovedností k prevenci relapsu. I částečné splnění těchto cílů vede ke zlepšení celkové kvality života pacienta.

EMPIRICKÁ ČÁST

ODBĚRY

Na sběru dotazníků jsem spolupracovala s paní Irenou Santorcovou, zdravotní sestrou na detoxifikačním oddělení PL Červený Dvůr. Na tomto oddělení pacienti léčbu začínají. V období od května do září 2006 byl každý pacient s diagnózou závislosti alkoholu podle MKN 10 (bez souběžné závislosti na jiné látce) požádán o vyplnění dotazníku (odběr A, n=28). Po odeznění somatických symptomů pacient vstupuje do jednoho ze tří oddělení. V intervalech po asi 4 týdnech byli pacienti opět požádáni o vyplnění dotazníků (odběr B, n=20 a odběr C, n=9). Devět pacientů podepsalo revers, tedy ukončení léčby proti radě lékaře. Zde se také vynořila dynamická hypotéza o prudkém zhoršení kvality života u posledního odběru před podepsáním reversu.

2 z respondentů byly ženy. Z důvodu snahy o co nejhomogennější soubor jsem jejich dotazníky nezpracovala. Údaje, které uvádím níže se tedy týkají 26 respondentů z prvního odběru (A), 19 respondentů z druhého odběru (B) a 9 respondentů ze třetího odběru (C).

Abychom zaručili plnou anonymitu a tedy důvěrnost údajů, paní Santorcová spravovala seznam pacientů, kteří dotazníky vyplňovali. Seznam byl potřebný z důvodu možnosti sledování vývoje kvality života u konkrétního jedince. V závěru jsme dotazníky očíslovali (A1 1 až A1 28). Já jsem pak pracovala pouze s tímto značením. Seznam pacientů je k dispozici v PL Červený dvůr u primáře MUDr. Dvořáčka. Vyplněné dotazníky můžu po dohodě poskytnout k nahlédnutí.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Zkoumaný soubor tvořilo 26 mužů ve věku od 24 do 60 let. Jenom dva respondenti jsou mladší než 30 let. Průměrný věk je 41,5 roku. Údaje o začátku léčby nejsou rozhodující z obecného hlediska, protože odběry se vykonávaly individuálně na základě trvání léčby. Přehled demografických údajů uvádí tabulka 1.

První dotazníky (odběr A) vyplnilo 26, druhé dotazníky (odběr B) 19 a třetí dotazník (odběr C) pouze 9 pacientů. V následujících tabulkách, jež uvádějí statistické údaje jsou vždy barevně odlišeni ti, kteří absolvovali všechny tři odběry.

Opakovaně se léčilo 13 pacientů. Revers, tedy ukončení léčby proti radě lékaře, podalo podle posledních informací celkem 7 pacientů.

Poslední položka demografických údajů je vzdělání. Naprostá většina pacientů má ukončené středoškolské vzdělání (22), jeden pacient základní a 3 pacienti ukončili vysokoškolské vzdělání.

	POHLAVÍ	VĚK	LÉČBA OD	RECIDIVA	REVERZ	ODBĚR A	ODBĚR B	ODBĚR C
Al01	muž	54	květen 2006	ne	05 / 06	4.5.06		
Al02	muž	41	duben 2006	ano		4.5.06	5.6.06	15.7.06
Al03	muž	48	květen 2006	ano	05 / 06	4.5.06		
Al04	muž	49	květen 2006	ne	05 / 06	10.5.06		
Al05	muž	47	květen 2006	ano	07 / 06	16.5.06	7.6.06	
Al06	muž	36	květen 2006	ano		27.5.06	24.6.06	
Al07	muž	33	květen 2006	ne		27.5.06	24.6.06	
Al08	muž	42	květen 2006	ne		1.6.06	15.7.06	8.8.06
Al09	muž	33	červen 2006	ano		5.6.06	16.7.06	8.8.06
Al10	muž	38	červen 2006	ne	08 / 06	5.6.06	15.7.06	
Al11	muž	46	červen 2006	ne	07 / 06	5.6.06		
Al12	muž	54	červen 2006	ano	08 / 06	7.6.06	16.7.06	
Al13	muž	34	červen 2006	ano		7.6.06	15.7.06	8.8.06
Al14	muž	47	červen 2006	ano		14.6.06	16.7.06	8.8.06
Al15	muž	29	červen 2006	ne		14.6.06	15.7.06	8.8.06
Al16	muž	40	červen 2006	ne		16.6.06	16.7.06	8.8.06
Al17	muž	60	červen 2006	ano		30.8.06	16.7.06	8.8.06
Al18	muž	48	červen 2006	ano		29.6.06	8.8.06	30.8.06
Al19	muž	30	srpen 2006	ne		8.8.06	30.8.06	
Al20	muž	30	srpen 2006	ne		8.8.06	30.8.06	
Al21	žena	45	červenec 2006	ne		8.8.06	30.8.06	
Al22	muž	51	srpen 2006	ne		11.8.06	30.8.06	
Al23	muž	35	srpen 2006	ano		11.8.06	30.8.06	
Al24	muž	37	srpen 2006	ne		11.8.06	30.8.06	
Al25	muž	24	srpen 2006	ne		11.8.06		
Al26	žena	42	září 2006	ne		5.9.06		
Al27	muž	49	září 2006	ano		5.9.06		
Al28	muž	44	srpen 2006	ano		5.9.06		

Tab. 1: Základní údaje o sledovaném souboru pacientů.

VÝSLEDKY

V této části uvádím výsledky, které jsem za pomoci metod PANAS a SEIQoL získala od pacientů PL Červený dvůr v období květen-srpen 2006.

Nejdřív popisují data z prvního odběru (A) od 26 respondentů. U dalších odběrů počet respondentů klesá pod hranici statistické významnosti. Chci zde ukázat použití metod deskriptivní statistiky a srovnat údaje s normativními daty, pokud jsou k dispozici.

Dále se budu věnovat hodnotovým preferencím pacientů u prvního odběru a kvantitativním údajům, které dotazník SEIQoL produkuje.

Nakonec se soustředím na ty pacienty, kteří absolvovali všechny tři odběry (n=9), přičemž těmto respondentům se budu věnovat individuálně.

Korelační koeficienty jednotlivých škál rozeberu blíže v diskusi.

PANAS škály

Normativní data pro českou populaci neexistují. Pokud je mi známo, dotazník nebyl standardizován v České republice a verze, kterou jsem u výzkumu používala, je studijní překlad prof. PhDr. J. Křivohlavého, CSc. Bylo by proto nezodpovědné tvrdit, že údaje, které jsem získala ve výzkumu platí mimo rozsah této práce.

Co se týče normativních dat mimo ČR, pocházejí ze studií samotných autorů metody a jejich pokračovatelů. Watsonovy původní práce se mi nepodařilo obstarat, ale od pana profesora Křivohlavého jsem dostala k dispozici část učebnice pro britské studenty²¹, kde jsou některá z těchto dat uvedena, konkrétně data pro dospělou populaci. Přeložená data uvádím v tabulce 2.

Instrukce ohledně času	N	PA skóre		NA skóre	
		Průměr	SD	Průměr	SD
Ted'	660	29,7	7,9	14,8	5,4
Dnes	657	29,1	8,3	16,3	6,4
Několik posledních dní	1002	33,3	7,2	17,4	6,2
Několik posledních týdnů	586	32,0	7,0	19,5	7,0
Poslední rok	649	36,2	6,3	22,1	6,4
Obecně	663	35,0	6,4	18,1	5,9

Tab. 2: Překlad normativních dat pro britskou populaci.

Pacienti z PL Červený Dvůr podle instrukcí vyplňovali dotazník PANAS s ohledem na několik posledních dní. Tabulka 2 pro tento interval uvádí průměrné hodnoty 33,3 bodů pro PA skóre a 17,4 bodů pro NA skóre.

²¹Johnston, M., Wright, S., Weinman, J.: Positive and Negative Affect Schedule in Johnston, M., Wright, S., Weinman, J.: Measures in Health Psychology: A User's Portfolio, Windsor, The NFER-NELSON Publishing Company Ltd.

	PA	mean	SD	NA	mean	SD
Al01	19	1,9	0,99	20	2,0	0,94
Al02	38	3,8	1,23	26	2,6	1,17
Al03	26	2,6	1,17	28	2,8	1,03
Al04	38	3,8	1,23	19	1,9	1,37
Al05	36	3,6	0,84	29	2,9	1,10
Al06	38	3,8	1,03	15	1,5	0,53
Al07	48	4,8	0,42	19	1,9	0,88
Al08	30	3,0	0,82	15	1,5	0,71
Al09	34	3,4	1,07	22	2,2	1,55
Al10	35	3,5	0,85	28	2,8	0,92
Al11	29	2,9	0,88	32	3,2	0,92
Al12	31	3,1	0,74	15	1,5	0,71
Al13	32	3,2	0,42	21	2,1	0,88
Al14	30	3,0	0,94	26	2,6	1,26
Al15	39	3,9	0,88	15	1,5	0,71
Al16	32	3,2	0,63	22	2,2	1,23
Al17	32	3,2	1,23	10	1,0	0,00
Al18	42	4,2	0,92	15	1,5	0,85
Al19	37	3,7	1,34	29	2,9	1,37
Al20	29	2,9	1,37	32	3,2	1,23
Al22	13	1,3	0,67	33	3,3	1,49
Al23	14	1,4	0,70	41	4,1	1,10
Al24	17	1,7	0,95	26	2,6	0,84
Al25	15	1,5	0,85	49	4,9	0,32
Al27	23	2,3	0,82	41	4,1	0,74
Al28	38	3,8	0,92	24	2,4	0,97

PA průměr	33,83
SD PA	6,44
Rozptyl PA	39,14
NA průměr	20,94
SD NA	6,16
Rozptyl NA	35,83
Korelační koef.	-0,61
Median PA	32
Median NA	25,00

Tab. 3: Statistická data sledovaného souboru z prvního odběru (A)

V tabulce statistických dat sledovaného souboru (Tab. 3) chybějí Al 21 a AL 26. Jsou to dvě pacientky, které jsem vyřadila z hodnocení kvůli homogenitě vzorku, jak jsem zmiňovala výše.

Průměrné PA bylo u alkoholických pacientů 33,83 bodů, což je srovnatelné s normativními daty pro daný časový interval, které jsou k dispozici. Průměrné NA skóre je ale o tři body vyšší, než u dospělých Britů. To by mělo nasvědčovat o vyšší míře úzkosti u alkoholických pacientů vzhledem k běžné populaci.

Tento předpoklad lze podpořit faktem, že první odběr pacienti absolvovali několik dní po nástupu do léčby a všichni v té době prodělávali detoxifikaci, což je velice stresující období. V první řadě na detoxifikačním oddělení závislý pacient bojuje s příznaky z odnětí drogy. Co se týče alkoholu, abstinenční syndrom zahrnuje jak somatické obtíže, tak i úzkostné stavy.

Ve druhé řadě je detoxifikační oddělení prvním kontaktem s prostředím léčebny. Nové prostředí bývá samo o sobě psychickou zátěží, což pravděpodobně o to více platí o prostředí psychiatrické léčebny.

HODNOTOVÉ PREFERENCE

Témata, které pacienti uváděli, jsem se pokusila zařadit do širších tematických okruhů. V tabulce 4 uvádím jak tyto nové okruhy, tak i témata, které pacienti uváděli ve skutečnosti. Nalevo v tabulce jsou pak údaje o četnosti výskytu těchto témat u všech třech odběrů.

Co se týče hodnotových preferencí, pacienti nejčastěji uváděli téma rodiny. Toto téma v sobě zahrnovalo jak rodinu, kterou založil pacient, jeho děti a manželku, tak i rodinu, do níž se narodil, tedy rodiče. Několik pacientů uvedlo touhu znovu se sblížit s bývalou partnerkou/manželkou. Téma rodiny se pak nese všemi odběry. Co se týče důležitosti, většina pacientů uvedla rodinu na prvních místech mezi ostatními životními cíly.

S rodinou úzce souvisí okruh partner a vztahy. U mnoha pacientů se tyto významy překrývaly, někteří zase explicitně vymezovali téma partner od rodiny stávající nebo bývalé. Proto jsem se rozhodla osamostatnit tento okruh. Ke vztahům jsem řadila i přátelství a abstraktní cíl lásky, který uvedl jeden pacient.

Dalším tématem, které se často vyskytovalo je zaměstnání. Šlo buďto o znovu-vybudování kariéry, která utrpěla následkem alkoholismu, anebo o prostředek k zabezpečení rodiny. Tento význam se kryje s tématem finance, které uvádí v prvním odběru pouze jeden, v dalším odběru dva respondenti.

Potřebu zázemí uvedli v prvním odběru 3 pacienti, ale u několika dalších význam zázemí pokrývalo téma rodiny, bydlení, financí a nezařazené cíle uznání a postavení v životě.

Sémanticky nejbohatší je okruh osobního růstu. Jednu nebo několik z alternativ osobního růstu zmínilo v prvním dotazníku 7 pacientů.

Obecně lze říci, že abstinence byla jen velice málo zmiňovaným životním cílem. Je možné, že se významově u některých respondentů překrývá s tématem zdraví, které je důležité pro téměř polovinu zkoumaného souboru.

Volný čas jako jeden z cílů zvolilo v prvního odběru 7 pacientů a téma sportu dva další.

Okruh	Témata	Četnost odběr A (n / %)	Četnost odběr B (n / %)	Četnost odběr C (n / %)
Abstinence	abstinence, závislost, nepít	5/19	3/16	1/11
Budoucnost	plánování budoucnosti	0	0	1/11
Bydlení	bydlení	2/8	3/16	1/11
Finance	finance	1/4	2/11	0
Osobnostní růst	osobnostní růst, duševní rovnováha, seberealizace, důstojnost, samostatnost, vytrvalost, smysl pro realitu, zdravá drzost, vnitřní harmonie, rozum, tolerance, odpovědnost, smysluplný obsah života, nalézt životní cíle, sebevědomí, zdravá agresivita, já, sebeúcta	7/27	4/21	4/44
Partner a vztahy	partner, vztahy, přátelství, láska, porozumění	5/19	5/26	2/22
Rodina	rodina, děti, nezklamat matku, zabezpečit děti, rodiče	19/73	15/79	7/78
Sport	sport	2/8	2/11	2/22
Tvůrčí činnost	poezie, vlastní hudba	2/8	1/5	0
Volný čas a koníčky	volný čas, koníčky, nové zážitky, cestování, záliby, společné zájmy rodiny	7/27	4/21	5/56
Vzdělání	vzdělání, vzdělání a výchova dětí	1/4	1/5	1/11
Zaměstnání	zaměstnání, práce, kariéra v práci, podnikání	16/62	17/90	5/56
Zázemí	zázemí, domov, životní jistoty	3/12	2/11	1/11
Zdraví	zdraví	11/42	10/53	4/44
	uznání, postavení v životě	1/4	0	1/11
	spokojený život, životní pohoda	2/8	0	0

Tab. 4: Hodnotové preference sledovaného souboru zařazené do několika tematických okruhů

OSOBA	QOL-A	VAS_A
AI01	42,2	10
AI02	42,8	15
AI03	34,45	15
AI04	48	62
AI05	80	22
AI06	56,8	26
AI07	44,6	38
AI08	23,2	25
AI09	44,8	71
AI10	25,8	9
AI11	49,2	15
AI12	10,6	6
AI13	41	49
AI14	52	40
AI15	16,2	25
AI16	27,5	44
AI17	73,9	79
AI18	23,2	25
AI19	55,4	34
AI20	47,6	17
AI22	56	67
AI23	8,2	3
AI24	19,2	8
AI25	10,8	13
AI27	41,6	32
AI28	43,6	74
Průměr	39,18	31,69
SD	18,2	22,36

Pokud se jedná o kvantitativní údaje, index QoL se pohyboval u prvního odběru v rozsáhlém intervalu od 8,2 do 80%. Průměrný index QoL je 39,18%, standardní odchylka 18,2.

VAS skóre je také velice rozdílné, nabývá hodnot od 3 do 70%. Průměrné VAS je 31,69% se standardní odchylkou 22,36.

Zde vidíme, jak individuální metoda SEIQoL. Chceme-li tedy srovnávat soubory pacientů anebo pacienty uvnitř nějakého souboru, měli bychom pravděpodobně mít větší soubor, aby vystoupil určitý trend.

Metoda SEIQoL se jeví vhodnější spíše ke sledování změny v čase a to na individuální bázi.

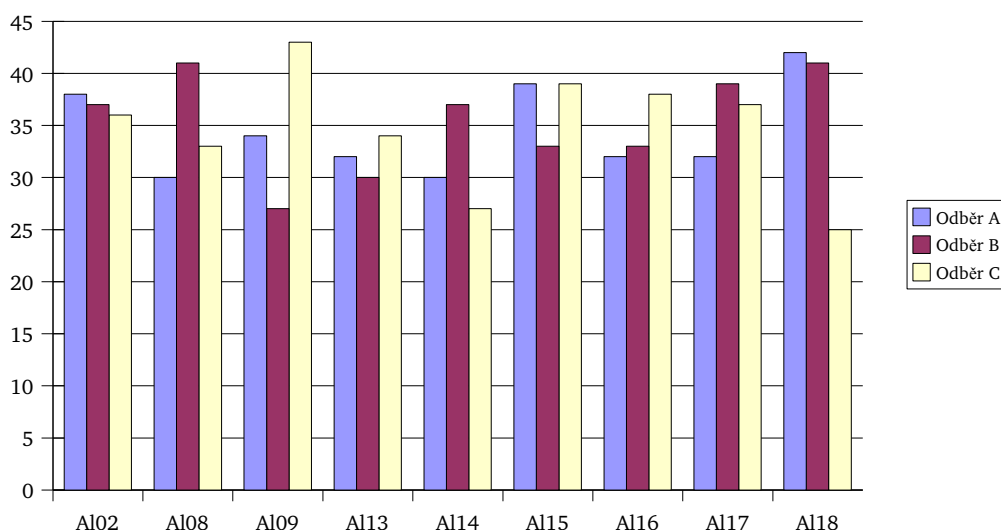
Tab. 5: Index QoL a VAS skóre u prvního odběru.

Změna v čase u téhož jedince

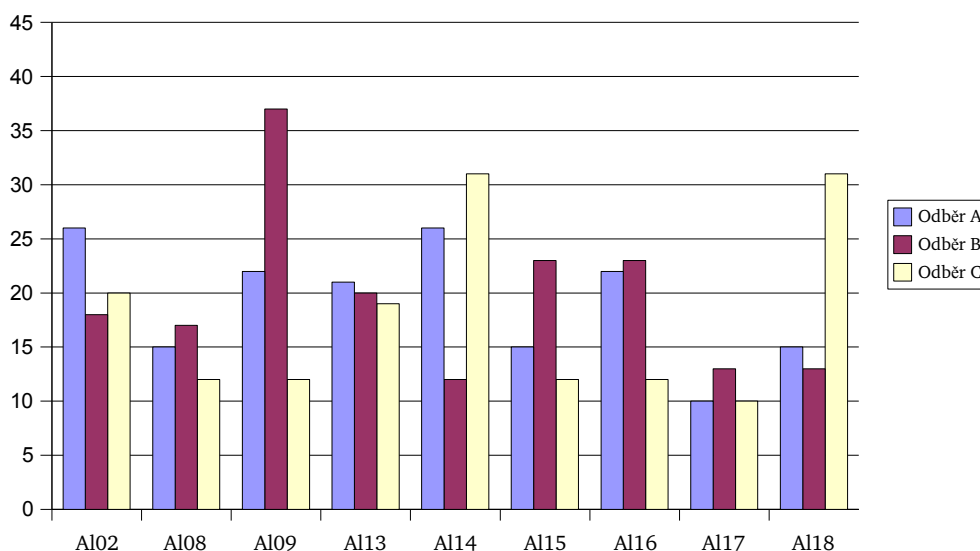
Všechny tři odběry absolvovalo pouze devět pacientů. V této kapitole bych tyto pacienty ráda popsala blíže. Nečiním si nároky na pravdivost odhadů, které z vyplněných dotazníků činím, rovněž tak si uvědomuji statistickou nevýznamnost tak malého vzorku.

Chci zde sledovat změnu v čase u téhož jedince, přičemž za intervenující proměnnou lze považovat právě léčbu alkoholismu. Ve prospěch stejných podmínek mluví také povaha střednědobé léčby, zvláště stálost prostředí, ve kterém se pacient pohybuje a v němž musí existovat po celou dobu léčby.

PA změna v čase



NA změna v čase



AL 2

Pacientovi Al 2 je 41 let a má ukončené základní vzdělání. Uvádí, že se léčí opakovaně.

Podobně jako u jiných pacientů, u všech odběrů stabilně vystupuje téma rodiny - „přítelkyně a děti“. Stabilní je i údaj o důležitosti (70%). Spokojenost se u tohoto tématu vyvíjí během sledovaného intervalu příznivě, stoupá ze 44% na 78%.

Stejně tak stabilně pacient uvádí zdraví, bydlení a společné zájmy rodiny. Bydlení přikládá stejnou důležitost během celého výzkumu (10%) a spokojenost s plněním tohoto cíle stoupá z původních 28% na 66%. Důležitost zdraví klesá z 10% na 5% , ale spokojenost se zdravím u respondenta stoupá z 56% na 66% u posledního odběru. Společné zájmy rodiny nabývají na důležitosti z 5% na 10%. Už na začátku zaznamenáváme poměrně vysokou spokojenost (64%), která ještě během výzkumu stoupá.

Zajímavé je, že jednou z položek u prvního dotazníku je u tohoto muže „spokojený život“, s relativní důležitostí 5% a spokojeností 8%. Nicméně na škále VAS v druhé části dotazníku udává svou spokojenost v místě, které odpovídá 15 procentům.

VAS skóre roste z 15% u prvního odběru na 77% u posledního. S tímto trendem koresponduje také index QoL, který stoupá z 42,8% na 75,5%.

Na škála pozitivních afektů pacient zůstává v okolí 37 bodů, mění se skóre NA – klesá z 26 na 20 bodů. Počáteční skóre NA vypovídá o možné zvýšené anxiety pacienta. Ze skupiny devíti respondentů, u kterých můžeme sledovat vývoj kvality života v čase, je tento pacient v NA skóre z prvního odběru na prvním místem spolu s AL14.

AL 8

Al 8 je 42 let a ukončil střední vzdělání. Uvádí, že se léčí poprvé.

Ve všech odběrech dominují témata rodiny a zaměstnání. O rodině uvádí, že je bývalá, ale přeje si zlepšit své vztahy s bývalou manželkou a dětmi. Důležitost se pohybuje v rozsahu 40-50% a spokojenost klesá z 34% na 18% už u druhého odběru a taková zůstává. Jak bylo zmiňováno výše, alkoholici postupně

podřídí celý svůj život této droze a často se naučí chránit se před vlivem okolí racionalizačními technikami. Následkem toho je velice často ztráta důvěry svých nejbližších.

Tuto důvěru je potřeba znovu vybudovat a základy se kladou na terapeutických sezeních během léčby. Také je zde možnost rodinné terapie, kde může probíhat komunikace obou stran. Výhodou je, že pacientovi ústavní léčba brání v případě neúspěchu řešit problémy starým způsobem, tedy pitím, a poskytuje mu azyl.

Zaměstnání se také stabilně drží na důležitosti kolem 30%, ale spokojenost roste jenom velice mírně, z 10% na začátku na 14 procent u posledního odběru. Dalším tématem je potřeba důstojnosti ve svém okolí (důležitost 20% a spokojenost 22%), ale v dalším dotazníku jej na třetím místě nahrazuje zdraví (důležitost 20%, spokojenost 50%) a v posledním dotazníku plánování budoucnosti.

Celková spokojenost pacienta se svým životem stagnuje v okolí 28% podle metody VAS, index QoL dokonce klesá z 23% na 19%.

AL 9

Tomuto pacientovi je 33 let a má ukončené středoškolské vzdělání. Opět se zde jedná o opakovanou léčbu.

Hodnotové preference jsou u něj zajímavé tím, že se nemění jak jejich rozsah, tak ani jejich vzájemná důležitost. Dominuje rodina (70%), přičemž spokojenost roste jen velice mírně, z 48% na začátku na 52% na konci výzkumu. Další hodnotou je zaměstnání s důležitostí 20%. V prvním dotazníku pacient uvádí spíše nespokojenost s plněním tohoto životního tématu (10%), ve třetím dotazníku vzroste na 56%. Nejméně důležitým tématem z výčtu, který pacient poskytuje, je sport. Relativní důležitost sportu je pro něj 10%. Spokojenost se ovšem stabilně pohybuje nad hranicí 92%.

VAS skóre během sledovaného intervalu mírně klesá ze 71% na 67% přičemž index QoL zaznamenává malý, ale stabilní růst ze 44,8% na 56,8%. PANAS škály se také vyvíjejí příznivě, tedy PA skóre roste z 34 na 43 bodů a NA skóre klesá z 22 na 12 bodů.

AL 13

Al 13 je 34letý muž s ukončeným středním odborným vzděláním. Léčí se také opakovaně.

Podle údajů, které pacient v dotaznících poskytuje, nedominuje jeho životu výrazněji žádné z témat, relativní důležitost se u všech cílů pohybuje v rozmezí 20-30%.

Důležitost úspěchu v zaměstnání klesá z 30% na 25% v průběhu sledovaného období. Poněkud se tu také mění název tohoto tématu z „kariéry v práci“ se stává požadavek na „spokojenost v pracovním životě“. Spokojenost s tímto cílem pak z 50% klesá na 34% u posledního dotazníku.

Tento pacient také vyjadřuje svou potřebu zázemí, které pro něj představuje „jistoty zajištění a odměny“ (důležitost 25%, spokojenost 34%), což se významově spíše blíží hmotnému aspektu. Duchovní aspekt pak zastupuje další cíl - „vnitřní harmonie, duševní a duchovní“.

Téma potřeby osobního růstu prostupuje všemi dotazníky tohoto pacienta. Po měsíci uvádí v rámci tohoto tématu cíle vyrovnanost a sebevědomí, což vrcholí ve třetím dotazníku cílem „mít se rád (vážit si sebe)“. Zde pacient využívá třetí nepovinné položky a píše: „Mít se rád vidím jako klíčový problém své závislosti. Z tohoto se odvíjí celá řada problémů.“ Co se týče údajů o důležitosti a spokojenosti, vnitřní harmonii přiznává v prvním dotazníku 20-procentní důležitost při 30-procentní spokojenosti s plněním tohoto cíle. Pokud lze vyrovnanost a sebevědomí považovat za přirozený rozvoj a artikulaci tohoto problému v dalším dotazníku po měsíčním intervalu, důležitost stoupá na 30% a spokojenost na 40%. V posledním dotazníku pak čtyři uvedená témata zabírají každé čtvrtinu důležitosti a tedy žádné nevystupuje. Spokojenost s cílem „mít se rád (vážit si sebe)“ dosahuje 30%.

Dalším tématem z prvního dotazníku je potřeba uznání od svého okolí. To by také mohlo být konečně i podmínkou výše zmíněných cílů a tedy růstu sebevědomí a respektu k vlastní osobě. Důležitost tohoto tématu je 25% a spokojenost 46%. Bohužel ale téma nemůžeme sledovat dále, protože jej už pacient v dalších dotaznících neuvádí. Dá se předpokládat, že významově přešlo do některého dalšího cílu.

Ve druhém a třetím dotazníku pak přibývá téma vztahů, konkrétně v partnerském životě. Důležitost klesá z 35% na 25% a spokojenost z 50% ve druhém dotazníku na 40% ve třetím.

Co se týče celkových výsledků, VAS údaj klesá z 49% na 41%. Index QoL sleduje tento trend a klesá z 41% na 32%. Výsledky získané metodou PANAS se výrazně nemění, ale PA skóre 32-30-34 a NA skóre 21-20-19 (pořadí údajů s ohledem na následnost odběrů) se dají považovat za příznivé.

AL 14

Pacientovi pod označením Al 14 je 47 let a má jako většina respondentů ukončené středoškolské vzdělání. Léčí se opakovaně, upřesňuje tento údaj na dva předchozí pokusy o léčbu v prostředí různých psychiatrických léčeben.

Tento muž je jedním z mála pacientů v alkoholní léčbě, který uvádí abstinenci mezi svými životními cíly a jediný takový ze skupiny devíti pacientů, kteří vyplnili dotazníky u všech tří odběrů. Toto téma u něj zabírá 30% celkové důležitosti a tato důležitost časem klesá na 20%. Spokojenost s abstinencí u něj klesá z 50% na 24%. Dá se tak předpokládat, že pod výrazem abstinence se skrývá také touha zvládnout své bažení po alkoholu a obavy o abstinenci v budoucnosti, vzhledem k tomu, že abstinence samotná se během ústavní léčby předpokládá automaticky.

Zdraví je dalším tématem a pravděpodobně významově nepokrývá samotnou abstinenci, vzhledem k tomu, že ji pacient uvádí jako jiné téma. Relativní důležitost zdraví klesá z 30% na 20% a spokojenost z 54% na 26%.

Posledním tématem, které se vyskytuje během celého sledovaného období je odpovědnosti, jež jsem zařadila do tematického okruhu osobního růstu. Důležitost odpovědnosti je stabilně 10% a spokojenost u tohoto tématu jako u jednoho z mála stoupá ze 40% na 48%. Dále pacient uvádí v prvním dotazníku téma tolerance (důležitost 10%, spokojenost 68%) a poněkud nejasně vyhlížející cíl – „rozum“ (důležitost 20%, spokojenost 50%).

Ve třetím dotazníku ještě figurují témata „sociální zázemí“ (důležitost 40%, spokojenost 50%) a „harmonický vztah“ (důležitost 10%, spokojenost 6%) jako cíl, který pacient plní nejhůře z témat uvedených během celého výzkumu.

Výsledky VAS klesají ze 40% u prvního dotazníku na 27% u posledního. Index QoL tomu odpovídá, je zde pokles z 52% na 35,4%. PA skóre zaznamenává mírný pokles z 30 na 27 bodů. NA skóre narůstá z 26 na 31 bodů, což napovídá o zvyšující se úzkosti pacienta.

AL 15

29-letý Al 15 je nejmladším respondentem z popisovaného souboru pacientů, kteří vyplnili všechny tři dotazníky. Má ukončené středoškolské vzdělání a z alkoholismu se léčí poprvé.

Dominujícím životním tématem je zde rodina. V prvním dotazníku mluví o rodině stávající (důležitost 50%, spokojenost 22%), ale také o rodině, kterou by rád založil sám - „vlastní rodina – žena/dítě“ (důležitost 20%, spokojenost 8%). V dalších odběrech pak uvádí pouze téma pod souhrnným názvem rodina. Důležitost tohoto tématu klesá na 25% a spokojenost s jeho plněním na 28% u posledního odběru.

Dalším tématem je zázemí. Pacient také využil nepovinnou třetí položku dotazníku a upřesňuje: „založení rodiny vlastní, které budu schopen poskytnout zázemí“. Zázemí se jako téma objevuje ještě u druhého odběru, ale u třetího nikoliv. Důležitost tohoto tématu pacient odhaduje stabilně na 20% a spokojenost s plněním tohoto cíle výrazně stoupá z 8% na 48%.

V nepovinné položce u prvního dotazníku také uvádí: „znovu-vybudování postavení ve společnosti a rodině“, proto bychom pak možnou souvislost mohli hledat ve třetím dotazníku, kde z podobného okruhu témat vystupuje „postavení – místo v životě“. Důležitost pacient odhaduje na 20% a spokojenost na 22%.

Kariéra v zaměstnání vystupuje v prvních dvou odběrech se stoupající důležitostí (z 10% na 20%), přičemž klesá spokojenost s plněním tohoto tématu (z 20% na 12%). Ve třetím dotazníku je poprvé položka finance, která by s touhou uplatnit se v zaměstnání mohla souviset (důležitost 20%, spokojenost 20%).

Ve druhém a ve třetím dotazníku se objevuje téma zdraví se vzrůstající důležitostí (z 20% na 25%) a poměrně vysokou spokojeností s plněním (74%, pokles na 68%). Posledním tématem je volný čas - „koníčky, zábava“, který se

objevuje v druhém a ve třetím dotazníku se stejnou důležitostí (10%) a spokojenost klesá z 66% na 48%.

Výsledky škály VAS během sledovaného období výrazněji stoupají. U prvního odběru je to 25%, u posledního pak 66-procentní spokojenost s životem celkově. Index QoL také stoupá, a to z 16,2 na 37,2%. PANAS metoda naměřila stagnaci na poměrně vysoké hodnotě PA (39 bodů) a pokles údajů NA z 15 na 12 bodů.

AL 16

Al 16 je jeden z mála pacientů z této skupiny, který je na léčbě poprvé. Je mu 40 let a má ukončené středoškolské vzdělání.

V průběhu celého výzkumu uvádí pouze 3 životní témata, přičemž lze tyto cíle označit za stejné. Prvním je podnikání, jehož důležitost klesá ze 40% na 45% u posledního odběru. Spokojenost s tímto cílem výrazně roste z 16% na začátku na 62% u posledního odběru.

Dalším tématem je rodina. Rodina má na začátku důležitost 45% a spokojenost je 34%. Ve druhém dotazníku střídá rodinu ve výčtu téma vztahu s přítelkyní, u posledního dotazníku se pacient opět vrací k poněkud obsažnějšímu výrazu rodina. Důležitost se drží na 30 procentech a spokojenost stoupá z 32% na 62%, což ovšem může být způsobeno právě rozšířením pojmu a tím i pod něj spadajících významů.

Posledním tématem je sport. Jeho důležitost stoupá z 10% na 30% a spokojenost s tímto cílem zaznamenává mírnější růst – z 50% na 58%.

Vývoj škály VAS (růst ze 44% na 63%) kopíruje vývoj Indexu QoL (z 27,5 na 60,8%). Také PA skóre se vyvíjí příznivě, roste z 32 bodů na 38 bodů u posledního odběru. NA škála klesá z 22 bodů na začátku na 12 bodů.

AL 17

Al 17 je jedním z mála vysokoškolsky vzdělaných lidí v sledovaném souboru a jediným z devíti respondentů, kteří dokončili všechny tři odběry.

Dotazníky, které vyplnil jsou velice zajímavé svým obsahem. Většina pacientů vyplňovala dotazníky spíše stručně. Tento muž využil jak třetí

nepovinnou položku, tak i všechno volné místo ve sloupci „Životní témata“ a své cíle blíže rozvedl už zde.

Dotazníkům dominuje vzdělání jako velice ojedinělá téma jak v celém souboru, tak i v menším souboru devíti respondentů, jímž se věnuje tato kapitola. Pacient považuje za velice důležité vzdělávat se sám po celou dobu svého života, ale také vzdělávat a vychovávat své děti.

V nepovinné položce uvádí: „průběžně a opakovaně vysvětlovat oběma synům význam maximálního a všestranného vzdělání a jeho vliv na celý jejich další život... v rámci svých možností, především časových, finančních, ale i vědomostních jim v tom pomáhat.“

Důležitost sebevzdělávání je 20% na začátku a 15 % na konci výzkumu. Spokojenost klesá z 84% na 62%. Vzdělání a výchova dětí stoupá na důležitosti z 15% na 25% a spokojenost s tímto cílem roste z 62% na 80% u třetího dotazníku.

Téma rodiny se také prolíná všemi dotazníky a důležitost (30%) ani spokojenost s plněním tohoto cíle se nemění (70%). Na začátku pacient mluví o své touze „postarat se dobře o rodinu“, v druhém dotazníku pak k tomuto cíli přidává ještě snahu „zabezpečit rodině důstojný život“.

Samostatným tématem jsou pro něj jeho rodiče, kterým nechce přidělovat „zbytečné starosti“, čímž se význam tohoto tématu blíží osobnímu růstu – snaze o samostatnost a soběstačnost. Důležitost tohoto tématu je 20% na začátku i na konci, spokojenost s jeho plněním ale klesá z 84% na 78%.

Posledním tématem je volný čas - „věnovat se svým oblíbeným sportům a koníčkům“, které pak i jmenuje v rozsáhlejší seznamu ve třetí položce. Důležitost je stabilně na 10 procentech, spokojenost klesá z 58% na 54%.

Hodnoty na škále VAS během dvou sledovaných měsíců klesají ze 73,9% na 72,9% a klesá také index QoL (ze 79% na 76%). PA skóre mírně stoupá z 32 bodů na 37 bodů a NA skóre stagnuje na 10 bodech, což je vůbec nejmenší možná hodnota (znamená to, že pacient u všech negativních afektů vyznačil písmeno E, tedy možnost „velice málo anebo vůbec“).

S jistou dávkou odvahy by se dalo tvrdit, že až absurdně nízké skóre NA spolu s povahou vyjmenovaných témat nasvědčuje buďto o neupřímnosti pacienta anebo nízké sebekritičnosti. Mezi egoobrané mechanismy, které si závislý člověk

osvojuje, patří určitě tendence racionalizovat svoje chování a chránit tak svoji závislost před vlivy svého okolí. V konečném důsledku se tak může závislý člověk naučit skrývat svou závislost za racionální důvody, popřípadě se soustředit na taková témata, které se závislostí primárně nesouvisí (vzdělání), a to jak před svým okolím, tak i sám před sebou.

AL 18

Al 18 je muž středního vzdělání ve věku 48 let. Má za sebou pravděpodobně delší kariéru alkoholismu, protože se podle údajů z dotazníku léčí opakovaně.

U tohoto muže vystupuje zázemí jako primární hodnota a životní cíl. Toto zázemí je podle jeho popisu produktem fungující rodiny a považuje ho za základ všeho dalšího. Důležitost zázemí je v prvním dotazníku 60% , v druhém dotazníku stoupá na 70% a nakonec ve třetím klesá na 50%. Spokojenost více méně také sleduje tuto křivku. Na začátku je to 20%, poté 68% a nakonec 42%.

Významný se zdá fakt, že navzdory poklesu je hodnota spokojenosti u třetího odběru vyšší, než na začátku. Jedním z důvodů zlepšení může být to, že PL Červený dvůr podporuje rodinnou terapii a terapeutický tým se snaží na pacienty působit tak, aby své rodinné příslušníky přiměli ke spolupráci anebo s nimi alespoň komunikovali.

Zbýlé hodnoty tohoto pacienta z prvního odběru jsou vztah a zaměstnání, přičemž jejich důležitost se mu jeví stejná (po 20%). S vývojem vztahu je spokojený jen velice málo (8%), v zaměstnání se mu patrně daří alespoň o trochu více (48%). U dalších odběrů už téma vztahu mezi životními hodnotami pacient neuvádí. Dá se buďto předpokládat, že vztah zařadil do položky zázemí, anebo se jeho priority během léčby změnil.

Zaměstnání v posledním dotazníku ztrácí na důležitosti a spokojenost s tímto cílem stagnuje kolem 50ti procent. Ve druhém dotazníku přibývá téma volného času (důležitost u oba dalších odběrů po 10%) a spokojenost s tímto tématem se zvyšuje.

Celková spokojenost se životem měřená metodou VAS se od prvního odběru (25%) během dvou měsíců zvyšuje na 60%. Index QoL za tuto dobu stoupne z 23,2% na 42%.

PANAS škály se nicméně během dvou měsíců vyvíjejí znepokojivě. Škála pozitivních afektů klesá ze 42 na 25 a negativních afektů stoupá z 15 na 31.

DISKUSE

Změna v čase u této jedince - shrnutí

Jednou z hypotéz této práce byl předpoklad, že kvalita života pacientů bude s průběhem léčby stoupat anebo aspoň stagnovat, tedy budou stoupat nebo stagnovat tyto hodnoty: Index QoL a skóre VAS z metody SEIQoL a PA škála z metody PANAS.

Z hlediska měření VAS se tento předpoklad růstu potvrdil u 5 z devíti respondentů (Al 2, Al 8, Al 15, Al 16 a Al 18). U dvou dalších respondentů klesl o 3-4% (Al 9 a Al 17). Dva respondenti zaznamenali pokles v kvalitě života měřené VAS (Al 13 a Al 14).

Index QoL výrazně stoupl opět u 5 respondentů z devíti sledovaných (Al 2, Al 9, Al 15, Al 16 a Al 18) a u jednoho respondenta klesla hodnota 73,9% o pouhé procento (Al 17), což lze označit za stagnaci. U 3 respondentů Index QoL během léčby poklesl (Al 8, Al 13 a Al 14).

Co se týče škály PA, 5 respondentů zaznamenalo zlepšení (Al 8, Al 9, Al 13, Al 16 a Al 17). U dvou pacientů byl pokles velice mírný a počáteční hodnota poměrně vysoká (Al 2 a Al 14), u jednoho pacienta se údaj ze začátku nelišil od údaje na konci výzkumu – 39 bodů (Al 15). Škála PA tedy jako jediná potvrdila hypotézu. Nicméně, vzhledem k tomu, že je jediná a počet respondentů tak mizivý, nelze předpoklad zvyšování kvality života vyvrátit ani potvrdit.

Pacienti

Výzkum kvality života u závislých pacientů sebou nese určitá rizika, vzhledem k povaze závislosti na návykových látkách. Subjektivně vnímaná kvalita života na jedné straně indikuje jako jeden z mnoha faktorů průběh a úspěšnost léčebního postupu. Na straně druhé také odráží to, jak samotný pacient vnímá svůj život a své možnosti. Zde vystupuje faktor nosognose. Díky minimální nosognosi u nástupu do léčby a následnému zlepšování této schopnosti může paradoxně naměřená kvalita života v první polovině léčby klesat. Tomuto omezení pro zjišťování subjektivně vnímané kvality života se musí věnovat pozornost

protože na něm stojí a padá možnost kvalitu života u alkoholiků reálně postihnout.

Metody

Co se týče použitých metod, jednou z hypotéz bylo potvrdit pozitivní korelace jednak v rámci metody SEIQoL, tj. ukázat korespondenci hodnot Indexu QoL a škály VAS a zároveň ověřit korelační koeficienty těchto jednotlivých škál se škálou pozitivních afektů z metody PANAS. Dále jsem zmiňovala pochybnosti odborníků o nezávislosti škál pozitivních a negativních afektů, jak to tvrdí autoři metody, proto jsem se také pokusila změřit vztah těchto dvou škál na sledovaném souboru alkoholických pacientů.

V této krátké kapitole popíšu korelace mezi jednotlivými škálami a zkusím načrtnout možné důsledky svých zjištění. Nepracuji zde se statisticky významným vzorkem, ačkoli jsou respondenti srovnání podle pohlaví a do určité míry i věku. Proto také mají tato data jen částečnou výpovědní hodnotu.

Ke zpracování údajů z dotazníků jsem použila program OpenOffice.org 2.0. Korelační koeficienty jsem zjistila pomocí funkce CORREL, která zjišťuje lineární korelaci mezi dvěma stejně velkými množinami dat. Koeficient se pohybuje v intervalu -1 až 1, přičemž oba extrémy značí vysoký stupeň korelace. Záporní korelace znamená, že data z první množiny se mění nepřímo úměrně datům z druhé množiny. Pozitivní korelační koeficient charakterizuje vztah dvou měřených množin jako přímou úměru.

Co se týče metody PANAS, u tří odběrů se zde objevila poměrně vysoká negativní korelace. U odběru A, je to -0,61, u odběru B -0,7 a -0,86 u posledního odběru. Opět opakuji, že zkoumaný soubor je velice malý a tyto hodnoty mají omezenou platnost. Co se ale týče zkoumaného souboru, data hypotézu o nezávislosti obou škál PANAS vyvracejí a tedy zpochybňují model tripartity jako možnost nezávisle na sobě měřit rozsah depresivity a úzkosti.

Korelační koeficient mezi metodou VAS a indexem QoL je u prvního odběru 0,5, u druhého 0,61 a u třetího 0,85. Tyto údaje hovoří ve prospěch předpokladu o korelaci kvantitativních údajů v rámci metody SEIQoL. Zde to znamená, že hodnoty QoL indexu rostly přímo úměrně hodnotám ze škály VAS.

Korelační koeficienty mezi škálami různých metod jsem počítala pouze pro první odběr. Hodnoty VAS i index QoL podle předpokladu pozitivně korelují s PA skóre (PA-VAS 0,46, PA-index QoL 0,36). U indexu QoL je korelace na hranici významnosti.

Mezi skóre NA a skóre VAS škály je negativní korelace (NA-VAS -0,42), negativně koreluje NA skóre i s indexem QoL, nicméně zde je koeficient velice blízko nule (-0,24).

Celkově lze tedy pro tento výzkumný soubor shrnout, že předpoklad o korespondenci údajů z jednotlivých metod se potvrdil u škály PA ve vztahu s VAS skóre a indexem QoL (zde je ovšem korelační koeficient nízký). Se škálou NA koreluje skóre VAS, u indexu QoL nelze s jednoznačností předpoklad potvrdit ani vyvrátit. Negativní korelace NA s VAS skóre podporuje výše zmiňovaný předpoklad o závislosti škál metody PANAS.

SEIQoL

Adaptaci dotazníku považuji za úspěšný krok vzhledem k tomu, že data z odběrů po adaptaci byla všechna použitelná. K dalšímu použití bych vynechala prázdný obdélník pod položkou 1, který měl původně pomoci graficky znázornit procentuální rozdělení důležitosti u jednotlivých témat. Žádný z pacientů tohoto obdélníku nevyužil a bez této složky by podle mého názoru dotazník působil méně přeplněně a složitě.

Nepovinné položky mi několikrát pomohly v bližší specifikaci životních témat a snadněji se mi pak tato témata zařazovala do tematických okruhů. Co se týče nepovinné 21. položky u metody PANAS, žádný pacient nevyužil této možnosti a nepřidal další afekt. To může být ale také vlivem toho, že PANAS je v pořadí druhý dotazník u odběru a pacient už na konci jeho vyplnění může pociťovat únavu a nechut' dále přemýšlet.

Otevřené otázky se ukázaly být výhodou i nevýhodou. Nevýhoda je jednoznačná – snižuje se možnost statistického zpracování a tedy srovnání pacientů v rámci větší skupiny. Na druhé straně ale otevřené otázky umožňují hlubší náhled na témata, který pacientův život a jeho kvalitu určují. Tento dotazník je vzhledem k malé výpovědné hodnotě kvantitativních dat v rámci

souboru spíše použitelný pro výzkum individuální, tedy zkoumání méně osob do větší hloubky.

Vliv motivačního charakteru metody SEIQoL vidím v tom, že několik pacientů rozšířilo během výzkumu počet svých témat ze tří nebo čtyř na pět. Může to znamenat, že začali o svém životě více přemýšlet a snažili se své cíle artikulovat. Také to ovšem může být následkem samotné terapie, kterou podstupovali během sledovaného období.

PANAS

Verze metody PANAS, kterou jsem použila, je studijní překlad, který mi laskavě poskytl pan profesor Křivohlavý. PANAS metoda nebyla pokud je mi známo standardizována pro českou populaci. Aspoň k určitému srovnání jsem použila normativní data pro dospělé britskou populaci od autorů metody. Aby ovšem závěry měly výpovědnou hodnotu i vně této práce, musela by proběhnout česká standardizace dotazníku a sběr normativních dat jak pro zdravou populaci, tak podle možností i pro populaci závislých pacientů. Poté by se daly srovnávat údaje závislých pacientů s ohledem na jiné závislé pacienty a tedy zkoumat vliv léčebního postupu anebo demografických faktorů na úspěšnost léčby, tak i skóre závislých pacientů ve vztahu k zdravé dospělé populaci.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusila vymezit pojmy kvality života a možnosti jejího měření. Pokusila jsem se propojit téma závislost a indikátor kvality života v zájmu nalezení metody, která by postihovala mnohorozměrný charakter závislého chování. Studium kvality života u závislých pacientů se zatím jenom vyvíjí a není ještě zcela jisté, zda bude indikátor kvality života skutečně použitelný pro populaci závislých pacientů.

Empirická část práce mi ukázala důležitost metodologie a velikosti vzorku, který bohužel nakonec pokrýval pouze 26 pacientů v alkoholní léčbě. I přesto jsem se pokusila ukázat na tomto vzorku významné hodnoty a souvislosti. Uvědomuji si malou výpovědnou hodnotu, a proto u každého dohadu zdůrazňuji, že se pohybuji pouze v rámci této práce a předpoklady, které podnítila, musí podpořit další zkoumání.

Za přínos práce považuji hlavně zkušenost, kterou jsem získala se sběrem dotazníků, jejich hodnocením a interpretací dat. Dále se v rámci možností také osvědčila adaptace metody SEIQoL a tato další zkušenost se pak týká specifčnosti populace závislých pacientů. Zjistila jsem, že poznat povahu zkoumané populace je jedním z hlavních předpokladů kvalitního výzkumu.

V neposlední řadě jsem si koncipováním teoretické části práce prohloubila vědomosti o etiologii závislosti a její léčbě. Dozvěděla jsem se mnoho o tématu kvality života, jež je poměrně novým konceptem a velice zajímavé je sledovat pokusy o jeho vymezení v odborné literatuře.

Vzhledem ke zmiňované motivační složce metody SEIQoL doufám, že i samotným pacientům výzkum přinesl něco nového, i když alespoň chvíli zamýšlení nad směřováním svého života a nad skutečnými prioritami.

PŘÍLOHY

(Příloha 2) PANAS – Dotazník 2

Autor: WATSON et al. 1988. Překlad studijní verze: pan profesor Jaro Krívohlavý 2002

INSTRUKCE:

Předkládáme Vám seznam 20 výrazů – slov, které se týkají citů (emocí). Přečtěte si, prosím, pozorně každé z následujících dvaceti slov a potom uveďte vedle něj příslušným písmenem odpověď, která nejlépe vystihuje Váš stav, tj. jak jste se cítil/a v několika posledních dnech. Vyjádřete tak, jak moc silně (intenzivně) jste se tak cítil/a. Použijte přitom písmen, která mají následující význam:

Vyjádření síly – intenzity emoce:

A...velice výrazně (mimořádně silně)

B...poměrně dost intenzivně

C...středně

D...poněkud (trochu) tak, jak je uvedeno

E...velice málo (téměř vůbec ne tak, jak je uvedeno)

1. pln/á zájmů – něčím zaujatý/á _____
2. smutný/á – sklíčený/á, stísněný/á _____
3. pln/á vzrušení _____
4. rozčílený/á – rozrušený/á _____
5. silný/á – pln/á energie _____
6. provinile – vinen/vinna _____
7. vystrašený/á – vylekaný/á _____
8. nepřátelský/á – pln/á negativního vztahu _____
9. nadšen/á _____
10. hrdý/á – na něco, co se mne týká _____
11. podrážděný/á – popudlivý/á, přecitlivělý/á _____
12. pozorný/á – bdělý/á _____
13. zahanben/a – něčím, co se mne týká _____
14. pln/á nápadů – inspirován/a _____
15. nervózní – nepokojný/á, přecitlivělý/á _____
16. rozhodný/á _____
17. pozorný/á _____
18. neklidný/á _____
19. aktivní – činný/á _____
20. pln/á obav – polekaný/á, vylekaný/á _____
21. _____

Děkuji Vám za Vaši pomoc.

(Příloha 3) INSTRUKCE PRO TAZATELE

Přečtěte pacientovi:

Před Vámi jsou dva dotazníky. První (SEIQoL) zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života a co je pro Vás ve Vašem životě nejdůležitější. Druhý (PANAS) se Vás pak bude ptát na Vaše pocity. Vaše údaje z těchto dotazníků poslouží pouze výzkumným účelům a jsou považovány za důvěrné. Nejdřív prosím vyplňte požadované údaje o sobě.

SEIQoL

Úkol první: Nejdříve se zamyslete nad svými **životními cíly**. Životním cílem je něco, k čemu směřujete, něco, co Váš život určuje. Neptáme se zde na konkrétní věci, po kterých toužíte, spíše na **obecné směřování**. Životním cílem je něco, čeho chcete dosáhnout **v budoucnosti**, co je pro Vás důležité. Tyto cíle postupně запиšte do středního sloupce s názvem *životní témata*.

(Zeptá-li se pacient, zda musí vyplnit všechny řádky, řekněte, že to není nutné. Zeptejte se ho ale, zda tímto výčtem opravdu svá životní témata vyčerpali.)

(Opačný případ: pacient má témat příliš mnoho. Vyzvěte ho, aby zkusil tato témata zobecnit a tím je zredukoval. Popsat blíže je pak může ve třetí otázce.)

Poté, co jste vyplnil/a prostřední sloupec, se Vás ptáme na to, jak důležité jsou Vámi zvolená témata ve Vašem životě. Jejich důležitost vyjádříte procenty a запиšte do levého sloupce. Součet všech pěti řádků levého sloupce musí být 100. Zdá-li se Vám takové počítání těžké, zkuste si to nejdřív nakreslit do obdélníku pod tabulkou. Plocha obdélníku je 100 procent. Rozdělte tento obdélník na pět částí tak, aby každá jeho část znázorňovala důležitost jednoho z témat. Pak zkuste odhadnout, kolik procent z celého obdélníku zabírá každá část a запиšte tato čísla do levého sloupce k příslušnému tématu.

Nakonec se ptáme na to, jak jste s každým z témat spokojený. Na každé z pěti šipek udělejte křížek v místě, které znázorňuje Vaši spokojenost sdaným tématem. Čím bude bod více vlevo, tím jste s daným tématem nespokojenější. Čím více vpravo, tím je Vaše spokojenost větší.

Úkol druhý (teploměr): Ve druhém úkolu je před Vámi podobná šipka jako ty, na kterých jste naznačovali svou spokojenost s životními tématy. Teď se ptáme na Vaši **momentální celkovou** spokojenost se životem. Udělejte křížek v místě, které vyjadřuje jak moc jste se svým životem spokojen **v současnosti**. Čím více vlevo, tím spokojenost klesá. Čím více vpravo, tím je Vaše spokojenost větší.

Úkol třetí: Třetí úkol je nepovinný. Můžete zde napsat něco více o životních tématech, která jste uvedl/a v prvním úkolu.

PANAS

Ve druhém dotazníku se ptáme na to, jak jste se cítil/a **v posledních dnech**. Ptáme se tedy na blízkou minulost. **Ke každému z 20 pocitů napište jedno písmeno (A, B, C, D, nebo E)** podle toho, jak silně jste se tak cítil/a. Napišete-li A, znamená to, že jste daný pocit pociťoval/a v posledních dnech mimořádně silně. Bude-li to E, pak jste se takhle cítil/a velice málo nebo vůbec.

Poslední, 21. položka je opět nepovinná. Zde můžete napsat nějaký pocit, který jste v posledních dnech měl/a, ale v přecházejících výrazech chyběl. K němu pak také napište nějaké písmeno, podle toho, jak byl tento pocit silný.

POUŽITÁ LITERATURA

- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H.: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha, Úřad vládý České republiky, 2006
- Hnilicová, H.: Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004
- Jellinek, E. M.: The disease concept of alcoholism in Musto, D. F.: Drugs in America. A documentary history. New York University Press, 2002
- Kalina, K. a kolektiv: Drogy a drogové závislosti (mezioborový přístup), díl I. a II., Praha, Úřad vlády České republiky, 2003
- Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci, Praha, Grada Publishing, spol. s r.o., 2002
- Johnston, M., Wright, S., Weinman, J.: Positive and Negative Affect Schedule in Johnston, M., Wright, S., Weinman, J.: Measures in Health Psychology: A User's Portfolio, Windsor, The NFER-NELSON Publishing Company Ltd.
- Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví, Praha, Portál spol. s r.o., 2001
- Rotgers a kol.: Léčba drogových závislostí, Praha, Grada Publishing spol. s r.o., 1999
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Bejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J.: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004, Praha, Úřad vlády ČR, 2005
- Watson, D., Clark, L.: THE PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form, The University of Iowa, 1994

Časopisy:

- Crawford, J., Henry, J.: The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data

in a large non-clinical sample, *British Journal of Clinical Psychology* 43, 2004, 245-265

- Garrat, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., Fitzpatrick, R.: Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures, *BMJ* 324, 2002, 1417-1421
- Cheyne, A., Kinn, S.: Counsellors' perspectives on the use of the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) in an alcohol counselling setting, *British Journal of Guidance & Counselling*, 29, 2001 (1), 35-46
- Malet, L., Llorca, P.-M., Beringuier, M., Lehert, P., Falissard, B.: ALQOL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence, *Alcohol & Alcoholism* 41, 2006, 181-187