

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

**Kvalita života v léčbě hepatitidy C
uživatelů nelegálních návykových látek
v nestátním zdravotnickém zařízení
REMEDIS**



Bakalářská práce

Autor: **Markéta Pechanová**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Miovská

Praha 2008

Výčet osob, které se podílely na této bakalářské práci

Mgr. Lenka Miovská – vedoucí práce

Mgr. Jaroslav Vacek – oponent

MUDr. Tomáš Zábranský, M.D. , Ph.D. – konzultant

MUDr. Vratislav Řehák – vedoucí lékař zařízení REMEDIS

Mgr. Michal Šída – poradce pro informační technologie

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Školní rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno studenta: **Markéta Pechanová**

Obor: Adiktologie

Název bakalářské práce:

**Kvalita života v léčbě hepatitidy C
uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním
zdravotnickém zařízení REMEDIS**

**The quality of life in hepatitis C treatment of illegal drug users
in health care institution REMEDIS**

Typ bakalářské práce: **práce ve formě výzkumné studie**

Datum odevzdání bakalářské práce:

Předpokládané datum obhajoby bakalářské práce: 11.9.2008

Děkuji především vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lence Miovské za cenné rady, připomínky a trpělivost, panu MUDr. Tomáši Zábranskému Ph.D. za nedocenitelné rady týkající se kapitol o Hepatitidě C, panu MUDr. Vratislavu Řehákovi za možnost zpracovat data jeho zařízení, paní PhDr. Pavle Doležalové za poskytnutí materiálů k tématu kvality života, personálu zařízení REMEDIS za pomoc při hledání karet a v neposlední řadě svým rodičům a Michalovi za podporu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Praze 30. července 2008

.....

(Podpis předkladatele práce)

Obsah

ÚVOD	9
1. KVALITA ŽIVOTA.....	10
1.1 Historický vývoj pojmu kvalita života	10
1.2 Vymezení a definice pojmu kvality života.....	10
1.3 Přístupy ke kvalitě života	14
1.3.1 Medicínský přístup.....	14
1.3.2 Psychologický přístup.....	15
1.3.3 Filozofický přístup.....	15
1.3.4 Ekologický přístup	15
1.4 Měření kvality života – dotazníky QLO.....	16
1.5 Kvalita života uživatelů nelegálních návykových látek.....	16
2. VIROVÁ HEPATITIDA C	17
2.1 Charakteristika hepatitidy C	17
2.2 VHC jako duální diagnóza závislosti na nelegálních návykových látkách (NNL)	18
2.3 Epidemiologie virové hepatitidy C	18
2.3.1 Epidemiologie VHC mezi uživateli NNL v ČR	19
2.3.2 Genotypy HCV	20
2.4 Klinický průběh VHC	20
2.5 Diagnostika VHC	21
2.6 Komplikace a prognóza VHC	22
2.7 Léčba VHC	23
2.7.1 Léčba akutní VHC.....	23
2.7.2 Léčba chronické VHC	24
2.7.3 Léčba VHC u uživatelů NNL	25
3. KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ NNL S DIAGNÓZOU VIROVÉ HEPATITIDY C ...	26
4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA V LÉČBĚ VHC UŽIVATELŮ NNL V NESTÁTNÍM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ REMEDIS.....	30
4.1 Cíl práce, hypotézy	30
4.2 Realizace práce.....	30
4.2.1 Popis realizace	30
4.2.2 Zařízení NZZ REMEDIS	30
4.3 Metodologie výzkumného šetření	31
4.3.1 Dotazník SF 36.....	31

4.3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4.3.3 Stav dat	41
4.3.4 Zpracování dat.....	42
4.4 Etické aspekty práce	43
4.5 Výsledky šetření	43
4.5.1 Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu dotazníků vyplněných na začátku léčby	43
4.5.2 Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu dotazníků vyplněných po léčbě	46
4.5.3 Srovnání výsledků skupiny dotazníků vyplněných na začátku léčby s výsledky skupiny dotazníků vyplněných po léčbě	48
4.5.4 Dotazníková položka číslo 2 – Současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem.....	51
5. SOUHRN VÝSLEDKŮ	51
6. DISKUSE	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM OBRÁZKŮ	55
SEZNAM TABULEK	55
PŘÍLOHY	60
Seznam příloh:	60
Příloha 1: Dotazník SF 36 v české verzi (Petr, 2000).....	61
Příloha 2: Informovaný souhlas.....	65

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM

PECHANOVÁ, Markéta (2008). Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS. Praha: Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrické klinika 1. LF a VFN. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Miovská.

ABSTRAKT

Cíl práce: Popsat kvalitu života uživatelů NNL v léčbě VHC.

Na základě nedostatečného počtu prací na téma kvality života uživatelů NNL v ČR a naprosté absenci prací na téma kvality života v léčbě VHC uživatelů NNL, bylo zvoleno téma práce. V teoretické části práce popisuje pojem kvality života a infekci virem HCV. V praktické - výzkumné části práce analyzuje data kvality života získaná pomocí dotazníku SF 36 v zařízení REMEDIS.

Metody: V první polovině roku 2008 byla pro účely této bakalářské přepsána data získaná pomocí dotazníku SF 36 v zařízení REMEDIS, bylo přepsáno celkem 160 dotazníků. Z nichž mohlo být hodnoceno pouze 45 dotazníků vyplněných na začátku léčby a 47 dotazníků vyplněných po léčbě. Data byla analyzována pomocí základních statistických procedur ve dvou skupinách – na začátku léčby VHC, po léčbě VHC.

Soubor: je tvořen klienty zařízení REMEDIS, kteří již ukončili léčbu VHC. Celkem je v souboru 87 klientů, 45 mužů a 42 žen jejich celkový průměrný věk je 33,49 let. V hodnocené skupině na začátku léčby je 20 mužů a 25 žen (průměrný věk: 28,51), ve skupině po léčbě je 26 mužů a 19 žen (průměrný věk: 30,98).

Výsledky: tato práce dospěla k několika závěrům. Kvalita života v léčbě VHC uživatelů NNL – mužů a žen se na začátku léčby i po léčbě liší. Ženy měly v obou skupinách vyšší celkový index kvality života než muži. Dále bylo zjištěno, že kvalita života ve skupině po léčbě VHC je nižší než ve skupině na začátku léčby. Oproti dostupným českým normám je kvalita života snížena pouze ve skupině po léčbě VHC, oproti normám anglickým a americkým je kvalita života snížena v obou skupinách.

Klíčová slova: kvalita života, léčba hepatitidy C, uživatelé NNL, dotazník SF-36, REMEDIS.

ABSTRACT:

Goals: Describe the Quality Of Life of illegal drug users during a treatment of VHC.

This subject of work was chosen with regard to insufficient count of works with theme Quality Of Life of illegal drug users in Czech Republic and with regard to full absence of

works with theme Quality Of Life in VHC treatment of illegal drug users. There is described a definition of Quality Of Life and HCV virus infection in the theoretical work part. There is an analysis of Quality Of Life data acquired in health care institution REMEDIS with help of SF-36 form in the practical research work part.

Methods: Data got with help of SF-36 form in institution REMEDIS was rewritten for purposes of this work in first half of 2008 year, it was rewritten in total 160 forms, 45 forms filled in the begin of treatment and 47 forms filled at the end of treatment were able to evaluate only. Data were analyzed with help of basic statistic procedures in two groups – in the begin of VHC treatment and at the end of VHC treatment.

File: contains clients of health care institution REMEDIS, which have finished treatment of VHC already. The file contains in total 87clients (45 males and 42 females) with average age 33.49 years. There is 20 males and 25 females (average age is 28.51 year) in the group on the begin of a treatment and there is 26 males and 19 females (average age is 30.98 year) in the group at the end of a treatment.

Results: This work arrived at by some conclusions. The Quality Of Life is in a VHC treatment of illegal drug users is different in the begin of treatment and at the end of treatment. Women had total index of QOL in both groups higher than men. Next, it was learned, that QOL is lower in the group at end of treatment than in the group at begin of treatment. QOL is reduced only in group at end of treatment in comparing with available Czech norms and QOL is reduced in both groups in comparing with English and American norms.

Keywords: Quality Of Life, treatment of hepatitis C, illegal drug users, SF-36 form, REMEDIS

ÚVOD

Kvalita života je v posledních letech velmi často používaným pojmem. Přesto v její definici panuje určitá nejednotnost. Kvalita života je jistě fenoménem, který mnohé vypovídá o úspěšnosti a kvalitě léčby, přesto se v České republice jako hodnotící kritérium léčby používá stále spíše zřídka. Naopak široce je tento pojem používán v oblasti výzkumu v sociálních vědách. Nejčastěji je tento pojem a jeho výzkum v České republice spojován s Psychiatrickým centrem v Praze – s E. Dragomireckou, a s 1. Lékařskou fakultou UK v Praze – centrum lékařské etiky, s J. Křivohlavým, který se touto problematikou zabývá zhruba od 80. let, s J. Paynem a s mnoha dalšími odborníky (Doležalová, 2003).

V oblasti závislostí jsou v ČR výzkumy a práce na téma kvality života stále velmi výjimečné, přestože je více než jasné, že kvalita života hraje v oblasti léčby a výzkumu závislostí významnou roli. V některých programech např. v terapeutických komunitách je kvalita života dokonce léčebným cílem. V léčbě závislostí je kvalita života pokládána za dlouhodobý terapeutický cíl, pro který je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující, léčba se proto nemá zaměřit pouze na změnu návykového chování, ale i na změnu (zralost) osobnosti a celkového životního stylu (Kalina, 2001). PhDr. Doležalová se ve své rigorózní práci věnuje problematice kvality života u klientů terapeutických komunit, a sama autorka poukazuje v závěru své práce na nedostatečnost výzkumu a používání pojmu kvality života v oblasti závislostí a klade si za cíl upozornit na důležitost tohoto pojmu v oblasti závislostí (Doležalová, 2003).

Tato práce se zaměřuje na kvalitu života v léčbě hepatitidy C u uživatelů nelegálních návykových látek. Vycházíme z předpokladu, že náročná léčba hepatitidy C a drogová závislost jsou pro jedince faktory, které značně ovlivňují kvalitu života. Spojení těchto třech témat má ilustrovat multidisciplinaritu oboru adiktologie. Hepatitida C je medicínským tématem, kvalita života tématem spíše psychologickým a cílová skupina, na kterou je práce orientována (uživatelé nelegálních návykových látek), tématem adiktologickým.

Práce věnující se tomuto tématu zatím v České republice publikována nebyla. V zahraničí především v USA a Austrálii lze ale narazit na několik výzkumných prací zabývajících se kvalitou života v léčbě hepatitidy C u uživatelů NNL nebo jen kvalitou života v léčbě hepatitidy C.

K výzkumné části práce jsou použita data zařízení REMEDIS, které se věnuje léčbě hepatitid. Data byla získána se svolením vedoucího lékaře MUDr. V. Řeháka

z dokumentace zařízení. Použit byl dotazník kvality života RAND 36 - Item Health Survey (SF 36). Tento dotazník se zaměřuje na kvalitu života v souvislosti se zdravotním stavem.

1. KVALITA ŽIVOTA

1.1 Historický vývoj pojmu kvalita života

V péči o duševní zdraví i ve zdravotnictví je stále častěji používáno zcela individuálního stylu péče. Od termínu pacient dochází k posunu ke stále častěji používanému termínu klient. Profesionál již není brán jako expert, který z pozice moci pomáhá pacientovi-klientovi, ale jako klientův rovnocenný partner. Současně s těmito změnami v posunu k individuální péči vyvstala potřeba objektivně měřit úspěšnost péče, nejdříve byly sledovány např. počty hospitalizací, znovupřijetí do péče atd. Koncem 70. let přistupuje jako jedno z možných kritérií hodnocení kvality života.

Začátek vývoje pojmu „kvalita života“ lze nalézt v hluboké minulosti. Kinney (in Štefflová, 2001) uvádí, že pojem kvality života se objevuje již v římské a řecké mytologii. V moderních dějinách uvedl tento pojem do psychologie koncem 30. let Thorndike. V 50. letech se pak kvalita života stala politickým cílem a sloganem USA (Kirby, 1994) a teprve poté se stala předmětem zájmu medicíny (Dragomirecká & Škoda, 1997). V medicíně se pojem kvality života používal nejdříve v somatické medicíně, zvláště v onkologii a traumatologii. V 80. letech se kvalitou života začíná více zabývat sociální psychiatrie a příbuzné obory. Lze říci, že tato orientace stále sílí.

V České republice se tímto pojmem začali intenzivněji zabývat odborníci v druhé polovině 90. let. Nejvíce se v této oblasti prezentují Dragomirecká, dále Škoda, Křivohlavý, Balcar, Libigerová, Müllerová aj.; na Slovensku pak Kováč, Rodan a další (Doležalová, 2003).

1.2 Vymezení a definice pojmu kvality života

Téměř ve všech odborných člancích na téma kvality života se lze dočíst, že vymezení pojmu je velmi složité a definice jsou mnohé a nejednotné. Nám nezbyvá než konstatovat, že tomu tak skutečně je.

Většina odborníků opírá vymezení pojmu a jeho zavedení do sociálních věd o Maslowovu třístupňovou teorii potřeb, podle které je lidské snažení po dosažení určité saturace potřebami nižšího řádu motivováno potřebami vyššího řádu, přičemž podle Maslowa postupuje od uspokojování základních biologických potřeb přes základní

sociální potřeby bezpečí a sdružování po subjektivní potřebě ega a seberealizace (Dragomirecká & Škoda, 1997).

Pojem kvality života (QOL) je obvykle definován jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. V tomto smyslu je „kvalita života“ vnímána jako obecný termín, zahrnující např. i náboženské a ekonomické aspekty. V medicíně se proto prosazuje užívání podpojmu „*Health-Related Quality of Life (HRQOL)*“, tedy „kvalita života týkající se zdraví“. Ta se vztahuje ke sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravím se samozřejmě překrývají (Libigerová & Müllerová, 2001).

Formy definicí pojmu kvality života jsou různé, existují definice, kde je QOL vymezována pomocí jiných používaných pojmů, v jiných definicích je stanovena výčtem, charakterizována znakem či popsána pomocí tzv. modelů kvality života.

Definice QOL pomocí jiného pojmu

Definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), oficiálně platná od roku 1948, zní v anglickém originále: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ Vymezuje tedy zdraví, jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jako pouhou nepřítomnost nemoci nebo slabosti (Kebza, 2005, s. 21). Z této definice zdraví WHO vychází např. starší Cambellova a Conversova definice, podle níž je QOL ztotožňována se subjektivně pociťovaným zdravím:

„QOL je komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí a spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem či skupinou“ (Nagpal & Sell, 1985).

Definice zaměřené na typický znak QOL

Další zdůrazňovanou charakteristikou je subjektivní podstata vnímání spokojenosti a tedy i kvality života; toto pojetí dovoluje uvažovat o kvalitě života relativně nezávisle na objektivně stanoveném zdravotním stavu: „*Spokojenost nebo nespokojenost s okolím je daleko více výsledkem stavu mysli než bezprostředního sociálního okolí*“ (Nagpal & Sell, 1985).

„QOL je to, jak člověk bezprostředně hodnotí svou životní situaci“ (Skantze et al., 1992).

Definice vyjadřují vztah mezi charakteristikami QOL

V těchto definicích se klade důraz na naplnění potřeb, soulad přání a očekávání a reálné možnosti jedince do svého okolí zasahovat. K těmto definicím patří např. definice Dickense:

„Měření QOL se týká velikosti nepoměru mezi naplněnými a nenaplněnými potřebami a přáními“ (Dickens, 1991).

Nebo definice Zannottiho, jež je autorem světoznámého a široce používaného dotazníku pro měření kvality života, SQUALA: *„QOL znamená individuální, subjektivní a emoční stav ve vztahu k okolí. Je ovlivňován stejně tak sociálními a kulturními charakteristikami jako přáními. Pohodlí moderní společnosti není samo o sobě pro to, co člověk od dobré QOL očekává, dostačující“ (Zannotti et al., 1994).*

Definice QOL výčtem

Např. Bluden vymezuje QOL jako:

„Čtyři oblasti spokojenosti/pohody (well-being): 1. fyzická pohoda; 2. materiální pohoda (bydlení, příjem); 3. kognitivní pohoda (pocit spokojenosti); 4. sociální pohoda (vztahy k ostatním, sounáležitost ke společnosti.)“

Dalším příkladem tohoto typu pojetí je Livneho hierarchická definice, kde se QOL vymezená oblastmi fyzického a psychického fungování dále dělí až do mikroúrovně pozorovatelného chování (Kirby, Brooks & Oescher, 1994).

Definice QOL jako měřitelné veličiny

QOL je v této souvislosti vymezena tím, za jakým účelem je měřena: Např. Pinkey (1991) uvádí, že *„QOL je hodnota života subjektivně a objektivně změřená.“*

Řadit lze i Naessův koncept „vnitřní QOL“ charakterizované vysokou úrovní aktivity, dobrými mezilidskými vztahy a základní dobrou náladou jako „objektivně“ měřitelnými veličinami v psychologii; definice zároveň představuje ojedinělý pokus o deskripci ideálního stavu (in Dragomirecká & Škoda, 1997).

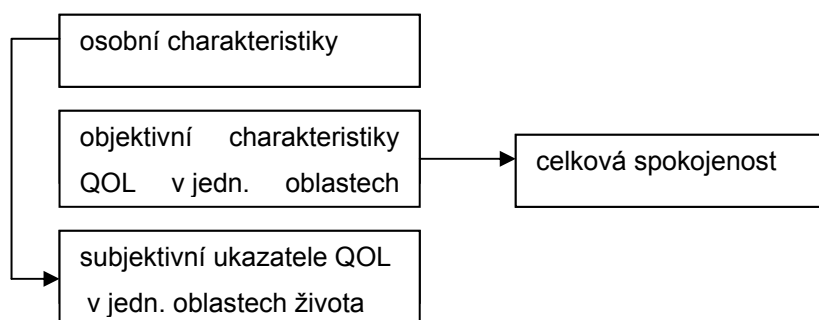
„QOL je individuální pocit pohody pramenící ze spokojenosti či nespokojenosti v oblastech života pro něj důležitých.“ (Dragomirecká & Škoda, 1997).

Modely QOL

Modely QOL jsou grafickým znázorněním vymezení pojmu QOL. Klasický model vypracoval Lehman, autor pravděpodobně nejpoužívanějšího dotazníku měření kvality života QLI (Quality of Life Interview).

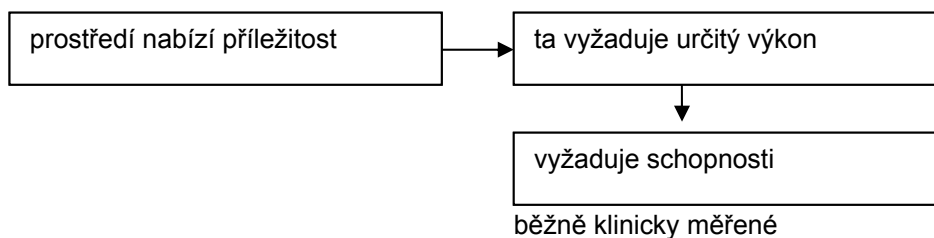
Autor již koncem 70. let, kdy se používala převážně kritéria péče orientovaná na spotřebu péče nebo na symptomy, zdůrazňuje cíl péče, že „kvalita života je subjektivní záležitost“. Ačkoliv měří objektivní podmínky života pacientů, dokládá, že subjektivní ukazatele predikují celkovou spokojenost lépe než objektivní (Dragomirecká & Škoda, 1997).

Obrázek 1 Model A. Lehmana (in Dragomirecká & Škoda, 1997)



Bigelowův model zdůrazňuje, že pojetí QOL přesahuje dosavadní klinický přístup, který měří hladinu psychických schopností (prožívání, kognitivní procesy apod.) tím, že zahrnuje také schopnost odpovídat na výzvy okolí.

Obrázek 2 Model D. Bigelowa (in Dragomirecká & Škoda, 1997)



Dvoudimenzionální model komfortu

Autorka K. Kolcaby (1994) zavádí pojem „komfortu“ jako pozitivního kritéria ošetrovatelské péče, přičemž její definice se v podstatě shoduje s vymezením pojmu QOL:

„Komfortem je míněno uspokojování základních lidských potřeb uvolnění/úleva, pohodlí a transcendence vyplývající z konkrétní zdravotní situace.“ (Kolcaby, 1994).

Obrázek 3 Model K.Kolcaby (1994)

1. Dimenze (stavy):	Úleva	Pohodlí	Přesah
2. Dimenze (kontext): - fyzický - psychospirituální - sociální - okolí			

Třídimenzionální model pro měření výsledků v rehabilitaci

Testa (in Dragomirecká & Škoda, 1997) zavádí pro QOL používanou jako kritérium pro účely terapeutického rozhodování a plánování péče termín „*health-related QOL*“, aby jej tak odlišil od jiných pojetí QOL (např. v sociologii).

Zahrnuje různé oblasti spojené s fyzickým, funkčním, psychologickým a sociálním zdravím jedince.

Obrázek 4 Model M. Testy (Dragomirecká & Škoda, 1997)

1. Dimenze:	2. Dimenze:
Poškození Nezpůsobilost Handicap	Fyzická Mentální Emoční Sociální
3. Dimenze (typ měření)	
Hodnotící Predikční Diskriminační	

1.3 Přístupy ke kvalitě života

Zaměření na kvalitu života můžeme vysledovat v mnoha sociálních vědách, z nichž je asi nejvýznamněji zastoupena oblast medicíny a psychologie. Hovoříme o medicínském a psychologickém přístupu ke kvalitě života. Kromě těchto nejčastějších přístupů se kvalitou života zabývá také filozofie, ekologie, sociologie a další obory.

1.3.1 Medicínský přístup

Medicínský přístup je nejrozšířenější. Lze ho dělit na klinický a výzkumný.

Klinický přístup zahrnuje kritéria kvality života, která se vyznačují především těmito ukazateli:

- minimalizováním utrpení, především bolesti
- dosahováním nezávislosti jednotlivce
- schopností zvládat zátěžové situace

- schopností žít ve vyhovujících vztazích a zapojovat se do společenských aktivit
- samostatným zabezpečením života a uspokojením nezbytných materiálních potřeb
- spokojeností s vlastním životem, radostí ze života

Medicínský výzkum přistupuje ke kvalitě života nejkompexněji. Reprezentuje jej Světová zdravotnická organizace v projektu WHOQOL (1997). Z tohoto přístupu vyplývá, že zdraví je východisko pro předpoklad kvality života, ale je v interakci s prostředím, které člověka obklopuje (Vokurka & Hugo, 1995, s. 487).

1.3.2 Psychologický přístup

Mezi psychologické indikátory kvality života se dostávají oblasti týkající se osobnosti, především sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad. Psychologické koncepty kvality života se zaměřují hlavně na anglické well-being – dobré bytí, dobře se cítit, subjektivní pohoda. Zdraví nebo choroby (hlavně chronické), resp. stárnutí se všeobecně pokládají za psychologický indikátor (Kováč, 2000).

1.3.3 Filozofický přístup

Filozofický přístup je postaven na transcendentálním vnímání kvality-smyslu života. Nejvyšší idejí je dle tohoto přístupu svoboda, jež je v mravním jednání schopnost naší vůle jednat nezávisle na vnějších příčinách přes všechny determinující tlaky. Špalek (2002) uvádí, že posouzení kvality života se nabízí již v Kantově teoretické části jeho filozofie následovně; život se vykazuje jako kvalita, pokud působí směrem do světa ve smyslu svobody a mravnosti, pokud příkazy rozšiřuje na svět jevů, na svět přírodní kauzality, což v lidském ohledu znamená pudovost svobodným jednáním, které se řídí mravním příkazem (Payne et al., 2002).

1.3.4 Ekologický přístup

Dalším východiskem uváděným jako předpoklad kvality života je prostředí. To jako ekologicko-environmentální kritérium výrazně ovlivňuje zdraví a tedy i kvalitu života populace především ve vyspělých zemích. Jeho kvalitu ovlivňují tyto činitelé: energie, doprava, bydlení, hluk, chemikálie, odpady, zemědělství, práce, volný čas, průmysl, vzduch, zem a mnoho dalších činitelů například klima, přírodní katastrofy apod. (Doležalová, 2003).

Medicínské, psychologické, filozofické, ekologicko-environmentální, sociologické a případně další přístupy jasně zobrazují mnohostrannost fenoménu kvality života a směřují k integrativnímu přístupu ke kvalitě života.

1.4 Měření kvality života – dotazníky QLO

Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení jedince tak, jak sám vnímá svou životní a zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v životním a pracovním prostředí. K hodnocení kvality života jsou používány dotazníky kvantifikující kvalitu života jedince formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života.

Dotazníky ke zjišťování kvality života lze rozdělit na dva základní typy, a to dotazníky generické (obecné) a specifické, přičemž některé prameny uvádějí i třetí typ dotazníků, tzv. standardizované behaviour testy, zjišťující funkce fyzické a kognitivní.

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav jedince. Jsou široce použitelné u jakýchkoliv skupin populace, bez ohledu na pohlaví, věk apod. (Slováček et al., 2004). K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), **RAND 36 – Item Health Survey (SF 36)**, Nottingham Health Profile, Euro-QoL EQ-5D, WHO Quality of Life Assessment, Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA) a další.

Specifické dotazníky jsou vytvořeny již pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější. Mnohdy je jejich součástí právě generický dotazník (viz výše). Pro příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je právě zmiňovaný dotazník SF 36. Dalším specifickým dotazníkem je např. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) pro nemocné s depresemi a mnohé další (Slováček et al., 2004).

1.5 Kvalita života uživatelů nelegálních návykových látek

Samotné užívání či závislost jsou často spojeny s mnoha sociálními a zdravotními problémy, z nichž můžeme jmenovat například ztrátu bydlení, zájmů či zaměstnání. Přičemž tyto jevy a mnohé další mají negativní vliv na kvalitu života. Přidáme-li k těmto sociálním problémům ještě negativní vliv na zdraví, ke kterému dochází vzhledem k častému rizikovému chování (injekční aplikace, sdílení náčiní apod.) či vlivu chemického složení psychoaktivní látky a jejích příměsí, musí nám z těchto faktorů

zákonitě vyjít předpoklad, že užívání návykových látek má negativní dopad na kvalitu života.

V České republice jsou zatím analýzy kvality života uživatelů nealkoholových drog velmi ojedinělé, kromě zařazení malého vzorku drogově závislých v ústavní léčbě do studie kvality života E. Dragomirecké (2000), studie P. Doležalové (2003), která se zabývá kvalitou života v terapeutických komunitách a studie Doc. Petra (2006), který ve zprávě ze své „Analýzy kvality života u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji“ uvádí: „*Osoby drogově závislé vykazují statisticky významně nižší kvalitu života, nežli jsou evropské standardy.*“ (Petr et al., 2006, s. 5).

V zahraničí lze nalézt více studií zaměřujících se na kvalitu života uživatelů návykových látek, ačkoliv i tam se jedná o studie spíše ojedinělé. V roce 2006 byla v USA v Severní Karolíně realizována studie zabývající se „*Dopadem užívání nelegálních návykových látek a nadměrného pití mezi uživateli injekčních drog s vysokým rizikem výskytu Hepatitidy C*“; z výsledků této studie vyplynulo, že kvalita života je u uživatelů nelegálních návykových látek velmi výrazně narušena (Costenbader et al., 2006).

Samotná kvalita života je, jak už bylo řečeno v úvodu, jedním z léčebných cílů např. terapeutických komunit. A i v ostatních složkách systému léčebné péče je kvalita života jako jeden z cílů významně zastoupena.

2. VIROVÁ HEPATITIDA C

2.1 Charakteristika hepatitidy C

Objev viru hepatitidy C (HCV) byl publikován v roce 1989 Chooem. Objeven byl virus HCV o rok dříve (1988) týmem Michaela Houghtona. Před objevem viru HCV byla virová hepatitida typu C (VHC) zahrnována mezi tzv. hepatitidy nonA-nonB. (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004) Nejčastější přenos HCV je parenterální cestou. Nejčastěji krví, poměrně vzácně sexuálním kontaktem, přenos infekce z matky na dítě je rovněž velmi vzácný, pravděpodobnost infikování dítěte během porodu se udává mezi 2-6% (Krekulová & Řehák 2002; Statistika, zloutenka-c.cz, n.d.)

VHC je v současnosti infekce celosvětového významu, její rozšíření dosáhlo měřítek pandemie. Odhaduje se, že celková prevalence VHC ve světě je až 3%. Virem hepatitidy typu C je infikováno 170-200 milionu osob (Urbánek, 2004).

Vzhledem k tomu, že neexistuje účinné očkování, je chronická hepatitida C problémem nejen rozvojových, ale i rozvinutých zemí světa. Jenom ve Spojených státech je ročně diagnostikováno zhruba 25 tisíc nových infekcí HCV a 8-10 tisíc úmrtí na důsledky chronické infekce HCV (Statistika, zloutenka-c.cz, n.d.).

Virus hepatitidy C je řazen do čeledi Flaviviridae (Flavovirů). Jde o jednovláknový RNA virus. Běžně rozlišujeme 6 genotypů a množství subtypů. Genotypy jsou číslovány 1-6, subtypy jsou označovány malými písmeny a, b, c,... v pořadí, v jakém byly objeveny, popsány a klasifikovány. Existuje extrémně vysoký počet subtypů HCV, někteří autoři proto některé subtypy klasifikují jako nové samostatné genotypy 7, 8, 9, 10 a 11. Klasifikace HCV genotypů se s ohledem na intenzivní výzkum bude pravděpodobně dále měnit (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí v platné desáté revizi (MKN 10) je kód akutní virové hepatitidy C B17.1 a kód chronické virové hepatitidy C je B18.1 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1999).

2.2 VHC jako duální diagnóza závislosti na nelegálních návykových látkách (NNL)

Infekce virem hepatitidy C patří mezi časté duální diagnózy při užívání a závislosti na NNL. K časté infekci dochází zejména kvůli rizikovému chování, ke kterému patří nedodržování hygienických zásad při přípravě drogy k injekci a při aplikaci injekce a zejména při sdílení pomůcek k intravenózní aplikaci NNL.

K nákaze často dochází již v prvních měsících injekční aplikace NNL, tzn., že k infekci velmi často dochází už ve fázi experimentování s NNL před vznikem fyzické či psychické závislosti na NNL. Virová hepatitida, je-li diagnostikována, bývá první závažnější komplikací u řady uživatelů NNL. (Krekulová & Řehák, 2002).

2.3 Epidemiologie virové hepatitidy C

Virová hepatitida C je rozšířena po celém světě. Před zavedením screeningového vyšetřování dárců krve v roce 1992 se nákaza virem HCV šířila hlavně krevními převody. Převažující způsob šíření byl tedy iatrogenní (Krekulová & Řehák, 2002).

Prevalence VHC výrazně kolísá podle kontinentů i jednotlivých zemí. Zhruba 4 miliony nemocných žije v USA, 6 milionů v Africe, 5 milionů v západní Evropě a 2 miliony v Japonsku (Statistika, zloutenka-c.cz,n.d.; Urbánek, 2004). Infekce je nejčastější v

Africe, Jižní Americe a jihovýchodní Asii, kde je pravděpodobně infikováno 10-20 % populace, místy i více. V Evropě je nejvyšší výskyt onemocnění ve Středozeří (v průměru 1-3 %, lokálně však mnohem vyšší, například na Sicílii více než 10 %) (Statistika, zloutenka-c.cz,n.d.). Extrémním příkladem rozšíření hepatitidy C je Egypt, kde prevalence onemocnění dosahuje 15-20 %, v některých oblastech až 30 % (Krekulová & Řehák, 2002); epidemii zřejmě vyvolal celonárodní očkovací program proti schistosomóze, při němž nebyly používány sterilní injekční pomůcky.

Počet hlášených případů akutních a nově zjištěných chronických hepatitid C v České republice rok od roku narůstá. Hlavní skupinu infikovaných tvoří intravenózní uživatelé NNL.

2.3.1 Epidemiologie VHC mezi uživateli NNL v ČR

Počet všech případů i nově diagnostikovaných případů VHC infekce u uživatelů NNL v ČR stále roste. Mezi roky 2005 a 2006 byl zaznamenán značný nárůst všech diagnostikovaných případů VHC infekce. Tento nárůst byl způsoben revizí dokumentace dispenzarizovaných pacientů v interní ambulanci a poradně pro choroby jater REMEDIS, Praha 4 a jejich zpětným dohlášením hygienické službě. Počet všech registrovaných případů VHC u uživatelů drog tak narostl z 844 případů v roce 2005 na 1022 v roce 2006 (Polanecký et al., 2007).

Seroprevalence VHC mezi uživateli drog v ČR je 35 % (Zábranský et al., 2006). Nejvyšší prevalence VHC je v Praze a Ústeckém kraji, nejnižší v kraji Moravskoslezském. Vyšší prevalence je nalézána ve skupinách injekčních uživatelů NNL s delším užíváním (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007).

V interní ambulanci a poradně pro choroby jater REMEDIS, Praha 4 bylo v letech 2003 - 2006 nově registrováno 671 uživatelů drog, u kterých byla nalezena (sero)prevalence VHC 66 %. (Řehák, 2007). V souboru 436 hospitalizovaných uživatelů NNL v Infekčním centru pro drogově závislé ve Fakultní nemocnici Motol v Praze byla v letech 2002 až 2005 nalezena (sero)prevalence VHC 50 % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007).

V příštích letech je v ČR očekáván další nárůst počtu případů VHC infekce.

2.3.2 Genotypy HCV

Genotyp HCV představuje základní rozlišení populací HCV viru na celé zeměkouli. Jako jeden genotyp se označují všechny populace HCV vykazující genetickou shodu v 50-70 % (Urbánek, 2004).

V různých částech světa bylo dosud nalezeno minimálně 6 až 7 samostatných genotypů HCV. Běžně je v současné době rozlišováno 6 genotypů asi 50 subtypů HCV (Urbánek, 2004). Rozšíření genotypů v různých částech světa je odlišné, souvisí pravděpodobně s dominantním způsobem šíření HCV infekce v jednotlivých populacích (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004).

„Jednotlivé genotypy zřejmě reprezentují varianty původního viru, které se začaly postupně odlišovat již před velmi dlouhou dobou. Minimální doba, která byla podle současných odhadů potřebná ke vzniku šesti rozdílných HCV genotypů, je 1000-2000 let, pro subtypy se odhaduje asi 600 let.“ (Krekulová & Řehák, 2002, s. 88).

Distribuce jednotlivých HCV genotypů má geografickou závislost, celosvětově jsou nejčastější genotypy 1, 2 a 3. V Evropě jsou nejčastěji zastoupeny subtypy 1a, 1b, 2a a 2b. V posledních letech se v Evropě, patrně v souvislosti se změnou hlavního způsobu šíření HCV, tj. injekční aplikací NNL, zvyšuje i frekvence výskytu genotypu 3. Na Středním východě je nejčastější genotyp 4. Genotyp 5 a 6 se vyskytuje v Jižní Africe a na Dálném Východě. V Japonsku je nejčastějším subtyp 1b, v USA jsou to subtypy 1a a 1b, s ohledem na intenzivní imigraci se zde postupně objevují i další genotypy (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004).

Genotypy 3 a 1a jsou často dávány do souvislosti s rizikovým faktorem parenterální aplikace NNL.

V ČR se nejčastěji vyskytuje genotyp 1. Vzácně se vyskytuje také genotyp 2 a genotyp 3. Jiné HCV genotypy nebyly zatím na našem území diagnostikovány. Mezi nemocnými s genotypem 1 je nejvíce zastoupen subtyp 1b, následován subtypem 1a (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek 2004).

2.4 Klinický průběh VHC

Akutní VHC je zachycena vzácně, vyznačuje se vysokým počtem subklinicky probíhajících fází. Více než 75 % osob je asymptomatických, pouze asi 25 % má symptomy odpovídající akutní fázi virové hepatitidy: chřipkové příznaky – únava, nauzea, zvracení, subfebrilie, bolesti kloubů apod. (Krekulová & Řehák, 2002). K rozvoji ikteru dochází u méně než 20 % symptomatických jedinců. Podle řady pozorování je pravděpodobné, že frekvence přechodu do chronicity je u nemocných

s klinicky manifestantní akutní VHC nižší než u asymptomatických osob. Tato pozorování podporuje i skutečnost, že většina nemocných, u nichž byla na základě pozdních následků diagnostikována chronická hepatitida C, prodělanou akutní hepatitidu vůbec nezaregistrovala. Diagnostika asymptomatických průběhů je obtížná, pokud na VHC není pomýšeno. Část infikovaných nemocných osob nemá v anamnéze žádný rizikový faktor (rizikové faktory - injekční aplikace NNL, profesní expozice, transfúze krve aplikovaná před zavedením screeningu, sexuální přenos). Poměrně často je hepatitida C diagnostikována náhodně v rámci preventivních, předoperačních vyšetření či vyšetření před nástupem do léčby závislosti na NNL u zcela bezpříznakových osob. I asymptomatické osoby jsou zdrojem infekce pro okolí.

Inkubační doba VHC se pohybuje v rozmezí 15-160 dnů s průměrem kolem 50 dnů (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004). Prodromální příznaky, jsou-li vyjádřeny a nemocným registrovány, jsou podobně jako u ostatních virových hepatitid zcela nespecifické: zvýšená únava, malátnost, nevykonnost, bolesti kloubů (zejména drobných kloubů ruky), svalů a další málo specifické, chřipce podobné příznaky včetně subfebrilií. Může být přítomna i tlaková bolest v pravém podžebří, nechutenství, nauzea i zvracení.

Akutní symptomaticky probíhající VHC je zachycena vzácně. Pro VHC je typický vysoký podíl infekcí přecházejících do chronicity (80-90 %), zhruba kolem 15 % nakažených se spontánně uzdraví (Krekulová & Řehák, 2002).

Tabulka 1: Typický klinický obraz virové hepatitidy (Krekulová & Řehák, 2002, s. 21)

I. stádium	PRODROMÁLNÍ příznaky a) chřipkové příznaky b) gastrointestinální obtíže c) bolesti kloubů a svalů, kožní exanthémy
II. stádium	VLASTNÍ ONEMOCNĚNÍ a) celkové příznaky: únava, malátnost, anorexie, nauzea, zvracení b) ikterus (není přítomen vždy), svědění kůže* c) tmavé zbarvení moči*, světlá stolice*
III. stádium	REKONVALESCENCE
IV. stádium	ÚZDRAVA nebo přechod do CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

* u anikterických forem nejsou tyto příznaky vyjádřeny

2.5 Diagnostika VHC

Pro diagnostikování VHC je velmi důležité odebrání podrobné anamnézy. Nemocného se ptáme zejména na všechny formy rizikového chování, na jeho obtíže a dobu jejich trvání apod. U adolescentů a mladých dospělých je častý anikterický průběh. Iniciální

příznaky (únava, malátnost, bolesti kloubů, nauzea apod.) mohou být snadno zaměněny s abstinenčními příznaky nebo s příznaky intoxikace, což diagnózu zpočátku ztěžuje. V anamnéze je proto třeba cíleně pátrat po nezvyklých reakcích po aplikaci NNL nebo neočekávané vyšší účinnosti obvyklé dávky NNL. U závislých jedinců s hepatitidou je vyšší riziko předávkování NNL! (Krekulová & Řehák, 2002).

Další nedílnou součástí diagnostiky VHC je biochemická analýza. Biochemický nález zahrnuje jaterní testy; zde je možné najít široké rozpětí hodnot sérových aminotransferáz. Při akutním průběhu VHC mohou být tyto hodnoty velmi výrazně zvýšeny, naopak při chronickém průběhu VHC nebývají elevace aminotransferáz obvykle nijak výrazné. Nález zcela normálních hodnot ovšem diagnózu VHC nevylučuje. U některých nemocných dochází i k elevaci bilirubinu a markerů zánětu. Diagnostika u osob závislých na NNL bývá obtížnější, protože přibližně 40% aktivních uživatelů NNL má abnormální hodnoty jaterních testů v důsledku toxického poškození jater. (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004).

Třetí částí diagnostiky VHC je sérologická a virologická analýza. Pro virovou hepatitidu C svědčí přítomnost protilátky antiHCV v séru a přímý průkaz virové RNA v séru, který je pro diagnózu rozhodující. AntiHCV protilátka často dlouhodobě setrvává v séru nemocného i po eliminaci virové RNA (spontánní či terapeuticky navozené) ze séra nemocného (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek 2004). Přítomnost AntiHCV protilátky nezajišťuje jejímu nositeli ochranu před relapsem či reinfekcí hepatitidou C.

Výsledek sérologického vyšetření je podstatně ovlivněn aktuální výší virémie, která v průběhu choroby u jednotlivého nemocného kolísá, proto je na místě toto vyšetření vícekrát opakovat v odstupu několika měsíců (Krekulová & Řehák, 2002).

2.6 Komplikace a prognóza VHC

Akutní VHC je komplikována fulminantním zvratem jen zcela výjimečně. Celosvětově je popisováno méně než 0,1 % fulminantních průběhů VHC. Infekce virem hepatitidy C způsobuje přibližně u 85 % infikovaných osob chronické onemocnění (Krekulová & Řehák, 2002). Chronická hepatitida je často po mnoho let zcela bez příznaků, nebo pouze pod obrazem zvýšené únavy a zhoršené tolerance zátěže. Průběh chronického onemocnění je individuálně velmi odlišný. Míra postižení jaterní tkáně je též značně odlišná: od mírné hepatální léze po aktivní zánět s progresí do cirhózy. Závažný průběh s přechodem do cirhózy je popisován asi u 20 % nemocných s chronickou VHC. Průběh onemocnění a rozvoj uvedených následků je obvykle pomalý v intervalu

15-30 let. U některých jedinců však může infekce probíhat mnohem rychleji. Mezi nemocnými s progredující cirhózou je frekvence výskytu hepatocelulárního karcinomu 2-5 % ročně. (Krekulová & Řehák, 2002).

Infekce HCV je přítomna přibližně u 40 % nemocných s jaterní cirhózou ve stadiu dekompenzace a u 60 % pacientů s hepatocelulárním karcinomem. Následky chronické VHC jsou ve světě nejčastějším důvodem transplantace jater (Krekulová & Řehák, 2002).

V současné době nelze spolehlivě odhadnout, u kterých nemocných dojde k rozvoji závažných následků. Kromě známých faktorů spojených s progresí VHC (věk v době nákazy, doba trvání infekce, pohlaví, současná konzumace alkoholu či NNL a koinfekce virem hepatitidy B či HIV) může být průběh onemocnění ovlivněn i virovým genotypem. Klinické studie zaměřené na tuto problematiku prokázaly větší pravděpodobnost rozvoje chronického onemocnění v souvislosti se subtypem 1b. (Krekulová & Řehák, 2002)

Další komplikace VHC jsou komplikace extrahepatární a protože se VHC vyznačuje širokým spektrem extrahepatárních projevů, mohou tyto příznaky ztěžovat správnou diagnózu a u dosud nezjištěné VHC mohou diagnostickou rozvahu odvést nesprávným směrem. Mezi extrahepatární projevy patří poškození ledvin, lymfoproliferativní onemocnění, onemocnění štítné žlázy a porucha glukózové tolerance (Krekulová & Řehák, 2002).

2.7 Léčba VHC

2.7.1 Léčba akutní VHC

Virová hepatitida C je v akutní fázi zachycena a diagnostikována pouze vzácně. Při nekomplikovaném průběhu je léčba ve většině případů jen podpůrná, což platí i pro ikterické formy onemocnění. Součástí léčby jsou přiměřená dietní a režimová opatření, zejména abstinence od alkoholu a NNL.

V posledních letech je v indikaci akutní VHC používána též specifická protivirová terapie interferonem alfa či nověji také dvojkombinační léčba interferonem alfa (INF) a ribavirinem. Důležité je zahájit terapii v co nejkratší době po spolehlivém ověření infekce (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004).

Nemocného s VHC infekcí je nutno dlouhodobě sledovat. Hladina virémie v průběhu onemocnění kolísá, proto k posouzení, zda došlo ke spontánní eliminaci viru a úzdravě, či přechodu do chronicity, je třeba opakovaně provést biochemická a

virologická vyšetření (minimálně 3 v časovém intervalu alespoň 6 měsíců) (Krekulová & Řehák, 2002).

Nově identifikovaná HCV infekce podléhá v ČR povinnému hlášení hygienické službě.

2.7.2 Léčba chronické VHC

Při přetrvávání pozitivního nálezu HCV RNA krevním séru po dobu delší než 6 měsíců je hepatitida C považována za chronickou (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek, 2004).

Léčba chronické VHC není stále ještě dostatečně účinná, je zatížena značným množstvím potencionálních rizik a nežádoucích účinků. Léčba je dlouhodobá a je většinou spojena se značným zhoršením kvality života. Primárním cílem léčby VHC je eliminace viru z organismu nemocného, dalším cílem je pak zlepšení stavu jaterního parenchymu a prevence následků chronické VHC.

K léčbě chronické VHC se v současné době nejčastěji používá kombinace interferonu alfa a ribavirinu. Jediným důvodem, proč v současné době nepodávat tuto dvojkombinační léčbu je kontraindikace podávání ribavirinu (anémie, pokročilá renální insuficience, závažné kardiovaskulární postižení, těhotenství, neschopnost používat spolehlivou antikoncepci, nespokojenost pacienta a další). Jednotlivé typy HCV genotypů vykazují odlišnou citlivost k terapii dvojkombinační léčbou interferonem a ribavirinem. U nemocných infikovaných genotypem 1 je úspěšnost léčby nižší než u nemocných s HCV genotypem 2 a 3 (Krekulová & Řehák, 2002; Urbánek 2004).

Dvojkombinační léčba interferonem alfa bohužel představuje pro nemocné větší zátěž vzhledem ke kombinaci nežádoucích účinků obou preparátů (Tabulka 2 a 3). Tyto nežádoucí účinky je třeba bedlivě sledovat a věnovat jim pozornost, v některých případech je třeba upravit dávkování.

Délka léčby chronické VHC je různá podle virologické odpovědi nemocného a genotypu HCV.

Tabulka 2: Nežádoucí účinky léčby interferonem (Krekulová & Řehák, 2002, s. 47).

Celkové
- „chřipkové“ flu-like obtíže
- únava
- subjektivní pocit zhoršení zdravotního stavu
- nevolnost
- úbytek tělesné hmotnosti
- snížená chuť k jídlu
- (sub)febrilie
- návaly
- dušnost, kašel

Gastrointestinální <ul style="list-style-type: none"> - nausea až zvracení - průjem, zácpa - bolesti břicha
Pohybového systému <ul style="list-style-type: none"> - bolesti svalů - bolesti kloubů - bolesti zad
Neuropsychické <ul style="list-style-type: none"> - bolesti hlavy - insomnie - zhoršené soustředění, zapomnětlivost - iritabilita - emoční labilita - úzkost - deprese
Kožní <ul style="list-style-type: none"> - lokální reakce v místě aplikace INF (bolest, zčervenání) - suchost kůže - svědění - prchavé kožní exanthémy - zhoršení kvality vlasů
Metabolické <ul style="list-style-type: none"> - zvýšení sérové hladiny triglyceridů
Hematologické <ul style="list-style-type: none"> - leukopenie - trombocytopenie - anemie
Ostatní <ul style="list-style-type: none"> - projevy autoimunitního postižení - poruchy funkce štítné žlázy - retinopatie - bolesti v krku

Tabulka 3: Nežádoucí účinky ribavirinu (Krekulová & Řehák, 2002, s. 103)

<ul style="list-style-type: none"> - hemolytická anémie - svědění kůže - únava, iritabilita, deprese, nespavost - záněty dutin, kašel, kongesce nosní sliznice - potencionální vliv na plod
--

2.7.3 Léčba VHC u uživatelů NNL

Ani medicínsky ani eticky není odůvodnitelné odmítnutí jakékoliv léčby uživatelům NNL. Avšak rozhodující je vždy zvážení přínosu a rizika léčby VHC pro individuálního klienta (Urbánek et al., 2008).

Studie léčených klientů s aktivní drogovou závislostí ukazují srovnatelný efekt terapie chronické VHC s jinými skupinami osob. Rychlá inhibice replikace viru hepatitidy C (již

během 8 hodin po aplikaci interferonu) zabraňuje dalšímu šíření infekce (Urbánek et al., 2008).

Zcela zásadní podmínkou pro zahájení terapie VHC u aktivního uživatele NNL je motivace klienta. Klient musí být motivován a schopný spolupráce, aby bylo možné snížit riziko rozvoje závažných nežádoucích účinků terapie, které často souvisejí se současným užíváním NNL. U aktivních uživatelů parenterálních drog jsou možné závažné bakteriální a mykotické infekce, které mohou vést k těžkému až fatálnímu průběhu (Urbánek et al., 2008).

Léčba VHC závislých na NNL je multifaktoriální a multioborová. Předpokládá zajištění psychiatrické intervence a sociálního šetření. K uživatelům drog musí být vždy individuální přístup, zahájení léčby musí být přísně zvažováno především se zhodnocením rizika a prospěchu pro pacienta (Urbánek et al., 2008).

V současnosti je jednou z možností úspěšné léčby VHC zařadit nemocného do programu metadonové nebo subutexové substituce, což umožňuje somatickou a sociální stabilizaci nemocného a tedy i protivirovou léčbu.

3. KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ NNL S DIAGNÓZOU VIROVÉ HEPATITIDY C

V České republice nebyla dosud publikována studie zabývající se kvalitou života v léčbě hepatitidy C. Také studie kvality života u uživatelů nelegálních návykových látek jsou, jak již bylo řečeno, v ČR zatím velmi ojedinělé. Pouze Dragomirecká (Dragomirecka, 2000) provedla v letech 1997 - 1999 rozsáhlý výzkum, do něhož byli zařazeni také klienti, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách „*Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění*“ (Dragomirecká, 2000). V této studii byla hodnocena data získaná od klientů s duševním onemocněním z celkem 12 pracovišť po celé ČR. Tento soubor byl porovnáván s početně srovnatelným kontrolním souborem zdravých osob. Kvalita života byla hodnocena na začátku léčby a na konci léčby, dále pak byla hodnocena zvlášť v jednotlivých diagnostických skupinách. Byli použity různé instrumenty pro hodnocení kvality života např. dotazník SQUALA a škála GAF. Hodnocení kvality života u osob závislých na NNL vycházelo výrazně hůře než hodnocení osob s jinými duševními poruchami (Dragomirecká, 2000). Celkově se tato studie jeví jako dobře připravená a kvalitní.

V roce 2003 obhájila Doležalová (Doležalová, 2003) rigorózní práci na téma „*Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit*“. Součástí práce bylo provedení výzkumného šetření v terapeutických komunitách v ČR, použit byl dotazník SQUALA. Výzkumný soubor této studie se skládal, ze dvou rozdílných skupin – základní skupiny – klienti TK a kontrolní skupiny, která byla složena z věkově a sociálně základní skupině podobných, nezávislých osob. Tyto dvě skupiny byly porovnávány navzájem. Ústředním cílem práce bylo zmapovat vnímání kvality života drogově závislými klienty terapeutických komunit. Celkový index kvality života klientů TK byl podle tohoto šetření nižší než u kontrolní skupiny, ale nebyl statisticky významně nižší. Šetření také poukázalo na fakt, že zaměstnaní respondenti měli významně vyšší index kvality života, než nezaměstnaní respondenti (Doležalová, 2003). Celkově lze studii hodnotit, jako dobře připravenou a kvalitní.

Dále se kvalitou života uživatelů NNL zabývá Doc. Petr z Jihočeské univerzity. Doc. Petr a jeho tým publikovali v roce 2006 studii „*Analýza kvality života podmíněné zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji*“ (Petr et al., 2006). V této studii byl použit dotazník SF 36. Soubor respondentů byl tvořen jednak osobami závislými na NNL, jednak jejich rodinnými příslušníky. V těchto dvou skupinách byl pomocí dotazníku měřen index kvality života a výsledky obou skupin byly následně porovnávány mezi sebou a dále pak byly porovnány s Evropskými standardy, které udává Oxford Healthy Life Survey Group. Výsledky studie ukazují, že u osob drogově závislých je významněji snížena kvalita života, nežli jsou evropské standardy. Jedinou doménou, ve které byl tento rozdíl nevýznamný, byly fyzické funkce (Petr et al., 2006). Ve výzkumné zprávě této studie je uvedeno, že probandi byli shromážděni ve třech zdravotnických zařízeních Jihočeského kraje, tyto tři zařízení jsou co do specifikace značně rozdílná (ambulantní část nemocničního psychiatrického oddělení, Psychiatrická léčebna, soukromá praxe odborného lékaře/specialisty). Ve zprávě není uvedeno, jak přesně a podle čeho byla zdravotnická zařízení volena, dále pak není uvedeno, jak byli kontaktováni a vybírání probandi do skupiny rodinných příslušníků drogově závislých osob. Není také uvedeno, zda bylo při porovnávání s evropskými normami zohledněno, že osoby závislé na NNL nejsou normální populací.

V roce 1999 byla publikována menší studie, která se také týká kvality života u závislých, ale zaměřuje se pouze na osoby závislé na alkoholu. Studie vznikla jako diplomová práce na katedře psychologie Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně „*Kvalita života jako kritérium efektu léčby u závislých na alkoholu*“ (Machů, Dokoupilová & Zbořilová, 1999). Základní část práce byla realizována v první polovině

roku 1997, sledovala kvalitu života u 52 klientů Psychiatrické léčebny v Brně na začátku a na konci 13-ti týdenní léčby. Součástí práce bylo i roční katamnestické sledování změn kvality života. Ke sledování kvality života byl použit dotazník SQUALA. Výsledky práce mluví o zlepšení kvality života na konci léčby oproti stavu na začátku léčby, v době katamnestického sledování po léčbě kvalita života neklesla (Machů, Dokoupilová & Zbořilová, 2000). Studie vzhledem k tomu, že vznikla jako součást diplomové práce, není příliš velká, takže její výsledky nemohou být kvantifikovány.

Ve světě lze narozdíl od České republiky nalézt několik studií, které se přímo zabývají kvalitou života u nemocných s diagnózou hepatitidy C, některé studie se zaměřují přímo na uživatele legálních i nelegálních návykových látek s hepatidou C.

Studie „*The Impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life*“ autorů Rotgera et al. (1999); byla provedená v Melbourne v Austrálii a k hodnocení kvality života byl použit již zmiňovaný dotazník SF 36. Jde o část velké retrospektivní studie historie chronické VHC infekce v Austrálii. Byla porovnávána skupina seznámená se svým serostatem pozitivita HCV infekce se skupinou neseznámenou se svým serostatem pozitivita HCV infekce, tyto dvě skupiny byly následně srovnány s normou obecné populace pro Austrálii. Výsledky studie poukazují na významně horší subjektivní zdravotní stav a nižší kvalitu života u probandů s diagnózou hepatitidy C, přičemž byly výsledky ještě poměrně významně nižší u skupiny, která věděla o své pozitivitě HCV. Autoři se domnívají, že k zhoršené kvalitě života přispívá i určitá míra stigmatizace nemocných hepatidou C. Současně autoři poukazují na to, že ke spolehlivému prokázání negativního důsledku hepatitidy C na kvalitu života jsou třeba další výzkumy (Rotger et al., 1999). Tato studie je velmi zajímavá, její limit můžeme spatřovat v etice – není zřejmé, zda součástí informovaného souhlasu bylo také upozornění na případné nesdělení diagnózy.

Dále byla v roce 2002 publikována rakouská studie „*Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection*“ (Kramer et al., 2002). Tato studie se zabývala subklinickými kognitivními dysfunkcemi u nemocných VHC. Pro hodnocení subjektivních aspektů dopadu diagnózy hepatitidy C byl použit dotazník SF 36. Kognitivní mozkové funkce byly hodnoceny pomocí citlivých elektrofyziologických testů založených na měření mozkových potenciálů při reakci na podnět. Nebyla použita žádná kontrolní skupina zdravých HCV negativních osob. Z výsledků studie vyplývá, že nemocní VHC vykazují nepatrné, leč významné zhoršení neurokognitivních funkcí, a tím zhoršení kvality života (Kramer et al., 2002).

Třetí studií je studie týmu pocházejícího z Univerzity San Paulo, Brazílie – „*Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C*“ (Dias Teixeira et al., 2006). Pro zhodnocení HRQL byl opět použit dotazník SF 36. Výsledky HCV pozitivních osob byly porovnány se skupinou zdravých osob – dárců krve. Výsledky této studie mluví o významně nižším indexu kvality života vycházejícím z dotazníku SF 36 u osob s diagnózou VHC ve srovnání se skupinou zdravých osob. U žen byly zaznamenány nižší výsledky HRQL než u mužů. Přítomnost viru hepatitidy C v organismu považují tedy autoři za jedno z možných vysvětlení sníženého HRQL (Dias Teixeira et al., 2006).

Poslední, zde uváděnou zahraniční studií je studie provedená v Severní Karolíně v USA a publikovaná v roce 2007 v časopise „*Drug and Alcohol Dependence 89*“ (Costenbader et al., 2007). Tato studie se zabývá dopadem užívání nelegálních drog a nadměrného pití alkoholu na kvalitu života osob s vysokým rizikem onemocnění hepatitidou C. K zjištění indexu kvality života byl použit dotazník SF 36. Nebyla použita kontrolní skupina. Výsledky této studie říkají, že index HRQL je pro populaci uživatelů drog s rizikem VHC výrazně nižší než u obecné populace. Závěrem autoři uvádějí, že je pravděpodobné, že snížení nadměrného užívání alkoholu a nelegálních návykových látek povede ke zlepšení HRQL (Costenbader et al., 2007).

Všechny výše uvedené studie ukazují na zhoršení HRQL u nemocných s hepatitidou C. Toto zhoršení je dále prohloubeno, pokud je osoba uživatelem návykových látek. Nepodařilo se nalézt studii, která by mluvila o opaku, tedy zlepšení, nebo která by alespoň neprokázala zhoršení HRQL u nemocných VHC.

Vzhledem k tomu, že všechny výše uvedené zahraniční studie, které se zaměřovaly na kvalitu života nemocných s hepatitidou C, používaly k jejímu hodnocení dotazník SF 36, shledáváme jeho volbu zařízením REMEDIS za zcela opodstatněnou.

4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA V LÉČBĚ VHC UŽIVATELŮ NNL V NESTÁTNÍM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ REMEDIS

4.1 Cíl práce, hypotézy

Ústředním cílem této práce je: „popsat kvalitu života uživatelů NNL v léčbě VHC“.

Byly formulovány tyto hypotézy:

1. Kvalita života mužů a žen – uživatelů NNL s VHC se liší na začátku léčby VHC.
2. Kvalita života mužů a žen – uživatelů NNL s VHC se liší po léčbě VHC.
3. Kvalita života uživatelů NNL s VHC je nižší oproti dostupným českým normám.
4. Kvalita života uživatelů NNL s VHC je nižší po léčbě VHC než na začátku léčby VHC. A to jak u mužů, tak u žen.

4.2 Realizace práce

4.2.1 Popis realizace

Začátkem roku 2008 jsem se setkala s panem MUDr. Řehákem a sdělila mu svůj záměr zabývat se ve své bakalářské práci kvalitou života v léčbě hepatitidy C. Pan doktor Řehák mi nabídl možnost zpracovat data, která od roku 2003 sbírá od svých klientů pomocí dotazníku SF 36 (RAND 36 – Item Health Survey), který podrobně monitoruje kvalitu života v souvislosti se zdravím (HRQL). Data použitá v této práci k vyhodnocení kvality života v léčbě hepatitidy C jsou tedy majetkem zařízení REMEDIS a byla získaná s laskavým svolením pana MUDr. Řeháka, vedoucího lékaře zařízení.

V průběhu března 2008 jsem postupně prošla celou kartotéku zařízení REMEDIS a data z vyplněných dotazníků SF 36 jsem spolu s anamnestickými údaji každého klienta přepsala do databáze vytvořené v programu Excel. Všechna data byla číselně kódována, stejně tak byly kódovány jednotlivé dotazníky.

Celkem bylo do databáze zapsáno 160 dotazníků od 88 klientů. Do souboru byli zařazeni všichni klienti, kteří v zařízení REMEDIS ukončili léčbu hepatitidy. Nejstarší dotazník byl datován 15.3.2003, nejmladší pak 19.12.2007.

4.2.2 Zařízení NZZ REMEDIS

Zařízení REMEDIS je nestátní zdravotnické zařízení zabývající se komplexní léčbou somatických komplikací syndromu závislosti. Jedná se o ambulantní pracoviště

s mnohaletou praxí v péči o závislé osoby se somatickými onemocněními. Ve stávající lokalitě Nusle - Praha 4 působí od roku 2003. Nově pracoviště disponuje budovou vyhrazenou pouze pro potřeby komplexní péče o uživatele drog. Jsou zde umístěny jak odborná pracoviště ambulantní hepatologie, tak prostory pro skupinovou a individuální psychoterapii. Celkem pracoviště disponuje více než 600 m² plochy určené pro poskytování zdravotnických služeb uživatelům drog. Aktuálně má pracoviště platnou registraci v oborech: vnitřní lékařství, gastroenterologie, psychiatrie, klinická psychologie (Řehák, 2008).

Základním posláním zařízení REMEDIS je nízkoprahové poskytování zdravotní péče bývalým a současným uživatelům drog. Nízkoprahovost je v tomto zařízení definována široce v tom smyslu, že péče je poskytována v mezích možností ambulantního pracoviště s interním zaměřením na klienty, kteří jsou schopni se ambulantně léčit a docházet na kontroly (Řehák, 2008).

Vzhledem k dlouholetým zkušenostem klienti i odborníci pracovišti důvěřují a vyhledávají jej. Pro řadu klientů je toto pracoviště jediným zdravotnickým zařízením ochotným se soustavně zabývat jejich zdravotními problémy (Řehák, 2008).

Z hlediska počtu vyšetřených uživatelů drog se jedná o pracoviště s nejvyšším počtem klientů v ČR. Každý rok je registrováno cca 250 nových klientů, z nichž průměrně 67 % má sérologické známky infekce virem hepatitidy C a z nich průměrně 70 % má aktivní (replikující) formu onemocnění. Přibližně tedy polovina klientů má závažné chronické infekční onemocnění, konkrétně infekci virem hepatitidy C (Řehák, 2008).

Z hlediska možnosti výzkumu krví přenosných onemocnění je potenciál pracoviště velmi vysoký (Řehák, 2008).

4.3 Metodologie výzkumného šetření

4.3.1 Dotazník SF 36

Vzhledem k omezenému rozsahu mé bakalářské práce, zde nebude dotazník SF 36 popsán zcela podrobně, ale spíše stručně a bude poukázáno pouze na nejdůležitější aspekty tohoto dotazníku.

Dotazník RAND 36 – Item Health Survey (SF 36) je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím (HRQL). Dotazník vytvořil John E. Ware Jr. Ph.D v 80. letech (Garratt, 1993), spoluautory jsou Medical Outcome Trust (MOT),

Health Assessment Laboratories (HAL) and Quality Metric Incorporated. První citace studií, při kterých byl dotazník používán, jsou z roku 1988 (Ware, 1993).

K použití dotazníku jedinci nebo organizacemi pro akademický výzkum není třeba licence, jeho použití v těchto případech tedy není zpoplatněno (Devilley, n.d.).

Dotazník je v anglické verzi dostupný na internetových stránkách věnovaných měření výsledků léčby (SF-36.org, n.d.).

SF 36 je krátká forma generického dotazníku k hodnocení zdravotního stavu v obecné populaci. Je konstruován pro samovyplňování osobami staršími 14 let a dále pro vyplňování vyškolenými tazateli osobně nebo po telefonu. Všechny tři modely jsou úspěšně používány, vyžadují však rozdílné formuláře a instrukce (Sobotík, 1998).

Dotazník byl navržen k použití v klinické praxi - screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, Health Policy Evaluations-porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování HRQL specifických a obecných populací (Devilley, n.d.).

SF-36 bylo přeloženo do 29 jazyků, např. do španělštiny, francouzštiny, švédštiny, portugalštiny, korejštiny, němčiny, češtiny, slovenštiny, čínštiny, norštiny, ruštiny, japonštiny, hebrejštiny, italštiny atd. (Ware, 1996). V ČR se překladem dotazníku zabývali např. Z. Sobotík z lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové (Sobotík, 1998) nebo P. Petr z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Petr, 2000).

Obecně je dotazník SF 36 citlivý ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému duševnímu zdraví (SF-36.org, n.d.).

Dotazník je použitelný ke zjištění kvality života u širokého spektra onemocnění např. pro schizofrenii, rakovinu prsu, deprese, astma, poruchy nálady a úzkostné stavy, syndrom karpálního tunelu a mnohé další. Omezení SF 36: bohužel neobsahuje žádnou proměnnou pro spánek a vzhledem k nižší rychlosti reakce by mělo být zváženo použití u osob starších 65 let (SF-36.org, n.d.).

Dotazník obsahuje celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí (Tabulka 4). Každá položka (otázka) obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice (např. *Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově? Výtečné-1, velmi dobré-2, dobré-3, docela dobré-4, špatné-5*). Jednotlivé dimenze jsou: fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví (Ware, 1993).

V ČR je dotazník SF 36 využíván k hodnocení indexu HRQL u mnoha somatických onemocnění např. diabetu, kardiologických onemocnění, neurologických onemocnění a

dalších. Dotazník je také stále častěji využíván k hodnocení HRQL u různých duševních onemocnění či životních změn souvisejících se zdravím (např. klimakterium).

Tabulka 4: Popis dimenzí (Ware, 1993)

Dimenze	Počet položek	Počet možných odpovědí	Popis dimenze
Fyzické fungování (PF)	10	21	Dimenze popisuje hranici fyzických možností v činnostech jako je úroveň sebeobsluhy, chůze, chůze do schodů, nošení a zvedání břemen, různé úrovně fyzického cvičení.
Fyzická omezení (RP)	4	5	Popisuje, jak úroveň fyzického zdraví zasahuje do práce a dalších každodenních aktivit.
Tělesná bolest (BP)	2	11	Dimenze obsahuje popis síly bolesti a její dopad na normální práci.
Všeobecné zdraví (GH)	5	21	Osobní subjektivní ohodnocení zdraví, včetně aktuálního zdraví, budoucnosti a úrovně odolnosti k nemocem.
Vitalita (VT)	4	21	Dimenze popisuje, zda se respondent cítí pln energie a elánu nebo naopak unavený.
Sociální fungování (SF)	2	9	Rozsah, kterým fyzické zdraví nebo citové problémy zasahují do normálních sociálních činností.
Emoční problémy (RE)	3	4	Rozsah, kterým citové problémy zasahují do práce nebo dalších každodenních aktivit, včetně úrovně soustředění se na práci.
Duševní zdraví (MH)	5	26	Všeobecné duševní zdraví včetně deprese, úzkosti, úrovně sebeovládání.

Dotazník dále ještě obsahuje jednu položku, která nepatří do žádné dimenze. Tato položka popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Jde o jednu samostatnou položku (otázku), počet možných odpovědí na ni je 5.

Hodnocení dotazníku SF 36

Položky dotazníku jsou postavené tak, že vyšší skóre signalizuje lepší HRQL. Rozmezí skóre je od 0 do 100 bodů. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Nižší skóre SF 36 signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění, kontakt s lékařem v posledních 2 týdnech. Ženy mají obecně nižší skóre (Jenkinson et al., 1993).

Po zápisu získaných dat je nutné deset položek dotazníku překódovat. Stupnice u sedmi z nich stačí obrátit tak, aby vyšší skóre odpovídalo lepšímu zdravotnímu stavu. Tři položky potřebují recalibraci, aby jejich skóre odpovídalo úrovni kvality života. Tyto tři položky jsou ve dvou různých dimenzích. V dimenzi všeobecného zdraví a tělesné bolesti. Potřeba recalibrace a její hodnoty byly podloženy mnohými výzkumy (Ware, 1993).

Pokud v dotazníku některé položky respondent nevyplnil, příručka k hodnocení SF 36 nás instruuje, jak s těmito neúplnými dotazníky zacházet. Pokud je vyplněna více než polovina odpovědí v jednotlivé dimenzi, autoři příručky doporučují chybějící skóre vypočítat jednoduchým aritmetickým průměrem z vyplněných položek. Pokud chybí více jak polovina odpovědí pro dimenzi, je doporučeno kódovat položky jako chybějící, případně dotazník vyjmout z výzkumného souboru (Ware, Davies-Avery & Brook, 1980).

Po překódování jednotlivých položek je třeba vypočítat skóre pro každou dimenzi zvlášť a to tak, že nejdříve se skóre jednotlivých odpovědí v každé dimenzi sečte a posléze se pomocí vzorce (viz níže) transformuje na stupnici celkového skóre od 0 do 100 (Ware, 1993).

Vzorec pro výpočet skóre jednotlivých dimenzí (Ware, 1993):

$$\text{Skóre dimenze} = \frac{\text{Celkový součet skóre dimenze} - \text{nejnižší možné skóre dimenze}}{\text{rozsah možného skóre dimenze}} * 100$$

Nejnižší možné skóre dimenze a rozsah možného skóre dimenze najdeme v příručce pro hodnocení SF 36, stejně tak další údaje potřebné k hodnocení.

SF 36 poskytuje spolehlivá data pro odhad úrovně kvality života v souvislosti se zdravím v osmi dimenzích, pokud je dodržen předepsaný postup zpracování dat (Ware, 1993).

4.3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Do souboru byli zařazeni klienti nestátního zdravotnického zařízení REMEDIS, kteří ukončili léčbu virové hepatitidy C, jejich vyplněné dotazníky SF 36 byly zapsány do databáze. Celkem bylo zapsáno 160 dotazníků od 87 klientů, z toho nemohlo být 38 použito, protože klient neměl abúzus v anamnéze, nebyl tedy uživatel NL. Dotazník v dokumentaci chyběl u 45 klientů. Z celkového počtu 160 dotazníků bylo 53 vyplněno na začátku léčby, ve 4. týdnu bylo vyplněno 7 dotazníků, ve 24. týdnu byly vyplněny 3 dotazníky, ve 36. týdnu léčby čili mimo stanovené doby byl vyplněn 1 dotazník, ve 48. týdnu 7 dotazníků a po léčbě bylo vyplněno celkem 49 dotazníků (Tabulka 5).

Tabulka 5: Počty dotazníků a klientů

celkem zapsáno klientů	87
celkem zapsáno dotazníků	160
nelze použít - počet dotazníků - chybí datum nebo kl. nemá abusůs v anamnéze	38
zatím zapsáno z celkem 12 listů seznamu	12
počet klientů bez dotazníku SF 36 v dokumentaci	45
kdy vyplněn dotazník	Počet dotazníků
na začátku léčby - list 1	53-8=45
ve 4. týdnu léčby - list 2	7
ve 24. týdnu léčby - list 3	3
ve 36. týdnu léčby - list 7	1
ve 48. týdnu léčby - list 4	7
po léčbě - list 5	49-2=47

V celém souboru je celkem 45 mužů, 42 žen. Jejich průměrný věk je celkově 33,49, průměrný věk žen je 32,17, mužů 34,73. Podrobné údaje o vzdělání, ekonomické aktivitě, rodinném stavu, počtu dětí, abusu a dalších diagnózách poskytují následující tabulky.

Výsledky jsou počítány pouze ve dvou skupinách dotazníků, ostatní skupiny neobsahují dostatečný počet dotazníků. Je pracováno za prvé se skupinou dotazníků vyplněných na začátku léčby, v této skupině je 53 dotazníků, z nichž 8 nemůže být použito pro výpočet výsledků kvůli chybějícímu velkému množství dat. V této skupině je celkem 20 mužů a 25 žen. Průměrný věk tohoto souboru je 28,51 let, průměrný věk mužů je 30,2 let a průměrný věk žen 27,16 let. Podrobné anamnestické údaje ukazují následující tabulky.

Druhou skupinou, se kterou je při výpočtu výsledků pracováno, je skupina dotazníků vyplněných klienty po léčbě. Tato skupina obsahuje celkem 49 dotazníků, z nichž 2 nemohou být použity kvůli chybějícímu velkému množství dat. V této skupině se 30 jedinců vyskytuje podruhé, jedná se o jejich další dotazník. Pokud mluvíme o celé

skupině, tedy i o jedincích, u kterých se jedná o druhý a další vyplněný dotazník, skupina obsahuje 26 mužů (průměrný věk: 33,73 let) a 19 žen (průměrný věk: 27,16 let), jejich celkový průměrný věk je 30,98 let (anamnestické údaje – následující tabulky). Pokud počítáme pouze s jedinci, u nichž se jedná o první dotazník, obsahuje tato skupina celkem 17 jedinců (průměrný věk: 31,47 let), 12 mužů (průměrný věk: 33,16 let), 5 žen (průměrný věk: 27,4 let), anamnestické údaje ukazují následující tabulky.

Tabulka 6 ukazuje rozložení vzdělání pro celý soubor i pro skupiny na začátku léčby a na konci léčby. V celém souboru je u mužů nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání učební obor bez maturity, u žen je to vzdělání středoškolské s maturitou. Ženy v souboru mají tedy v průměru lepší vzdělání než muži.

Tabulka 6: Anamnestické údaje – vzdělání

	CELÝ SOUBOR		SKUP. NA ZAČÁTKU LÉČBY		SKUP. PO LÉČBĚ	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
základní	9	15	3	9	6	12
	4,05 %	6,30 %	0,60 %	2,25 %	1,56 %	2,28 %
učební obor bez maturity	21	4	11	2	9	2
	9,45 %	1,68 %	2,20 %	0,50 %	2,34 %	0,38 %
SŠ s maturitou	10	21	6	14	10	7
	0,45 %	8,82 %	1,20 %	3,50 %	2,60 %	1,33 %
vyšší odborné	0	0	0	0	0	0
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
vysokoškolské	5	1	0	0	1	0
	2,25 %	0,42 %	0 %	0 %	0,26 %	0 %

Tabulka 7 ukazuje ekonomickou aktivitu klientů zařazených v souboru. V celém souboru jsou muži i ženy nejčastěji zaměstnaní, stejně tak ve skupině na začátku léčby i ve skupině po léčbě jsou klienti nejčastěji zaměstnaní.

Tabulka 7: Anamnestické údaje – ekonomická aktivita

	CELÝ SOUBOR		SKUP. NA ZAČÁTKU LÉČBY		SKUP. PO LÉČBĚ	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
student(ka), žák(čka)	0	2	0	2	0	0
	0 %	0,84 %	0 %	0,50 %	0 %	0 %
zaměstnaný(á)	27	14	14	10	17	11
	12,15 %	5,88 %	2,80 %	2,50 %	4,42 %	2,09 %
nezaměstnaný(á)	11	13	5	10	7	5
	4,95 %	5,46 %	1,00 %	2,50 %	1,82 %	0,95 %
invalidní důchod	1	1	1	0	0	0
	0,45 %	0,42 %	0,20 %	0 %	0 %	0 %
starobní důchod	1	3	0	0	0	0
	0,45 %	1,26 %	0 %	0 %	0 %	0 %
mateřská dovolená	0	6	0	3	0	3
	0,00 %	2,52 %	0 %	0,60 %	0 %	0,57 %

Nejčastěji nezaměstnaní v našem souboru jsou absolventi pouze základní školy (46,4 %). Nejčastěji zaměstnaní jsou v 69,6 % absolventi střední školy s maturitou.

Rodinný stav a počet dětí: klienti v souboru jsou nejčastěji svobodní a nemají žádné dítě (podrobné údaje – Tabulka 8). Jedinci s dětmi mají nejčastěji základní vzdělání celkem v 30 %. Rodinný stav rodičů dětí je v našem souboru v 79,7 % ženatý/vdaná následuje rozvedený (á) (66,7 %) a svobodný (á) (13,8 %).

Tabulka 8: Anamnestické údaje – rodinný stav, počet dětí

	CELÝ SOUBOR	SKUP. NA ZAČÁTKU LÉČBY	SKUP. PO LÉČBĚ
	celkem	celkem	celkem
svobodný(á)	61	40	41
		18,00 %	19,27 %
ženatý/vdaná	9	4	3
		1,80 %	1,41 %
rozvedený(á)	3	1	2
		45,00 %	0,94 %
ovdovělý(á)	1	0	0
		0 %	0 %
žádné dítě	55	37	34
		16,65 %	15,98 %
1 dítě	11	6	8
		2,70 %	3,76 %
2 děti	4	2	3
		0,90 %	1,41 %
3 děti	1	0	0

		0 %	0 %
více dětí	0	0	0
	0 %	0 %	0 %
<i>pozn. U některých osob tyto anamnestické údaje chybí.</i>			

Další diagnózy: Při zápisu dat, byly v kartách klientů vyhledávány i údaje o dalších diagnózách, informace o nich naleznete v následující tabulce (Tabulka 9). Nejčastější další diagnózou vedle hepatitidy C byl v našem souboru stav po prodělané virové hepatitidě B či probíhající VHB. Jiná psychiatrická diagnóza než deprese v dokumentaci klientů nebyla uvedena, to ale neznamená, že některá z osob v souboru netrpí dalším psychiatrickým onemocněním. Znamená to, že toto onemocnění není uvedeno v dokumentaci zařízení, protože zařízení REMEDIS se primárně zabývá somatickým stavem svých klientů. Toto platí obdobně i u dalších zjišťovaných diagnóz.

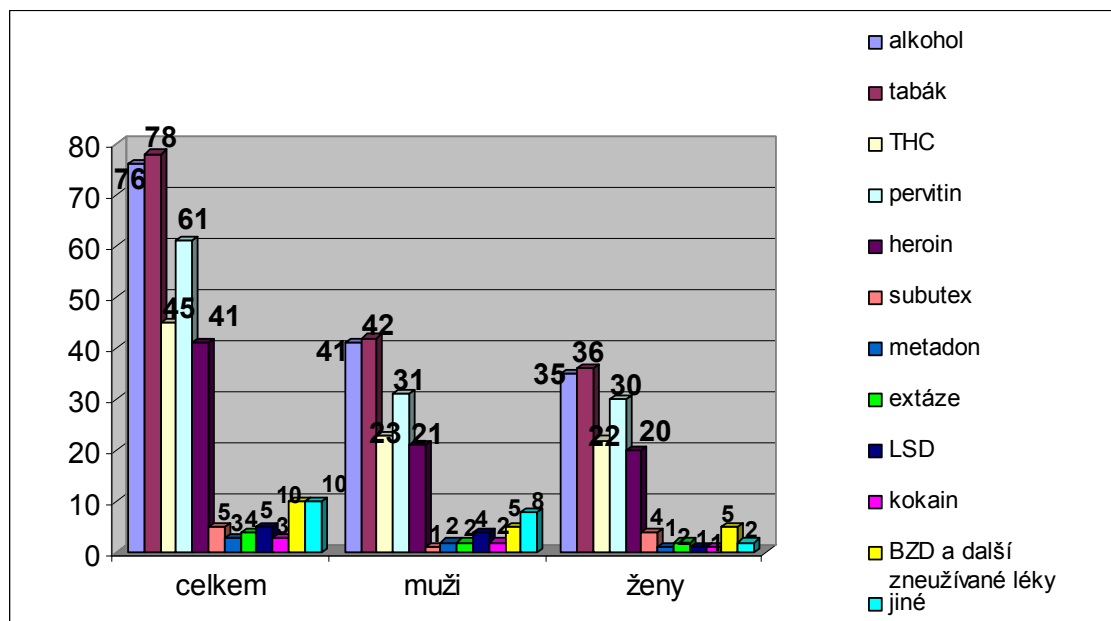
Tabulka 9: Anamnestické údaje – další diagnózy

	CELÝ SOUBOR	SKUP. NA ZAČÁTKU LÉČBY	SKUP. PO LÉČBĚ
	celkem	celkem	celkem
Virová hepatitida A	3 2,64 %	1 0,45 %	3 1,41 %
Virová hepatitida B	19 16,72 %	6 2,70 %	14 6,58 %
HIV	0 0 %	0 0 %	0 0 %
AIDS	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Deprese	13 11,44%	3 1,35%	10 4,70%
Jiná psychiatrická diagnóza	0 0 %	0 0 %	0 0 %
Jiná somatická diagnóza	15 13,20 %	6 2,70 %	5 2,35 %

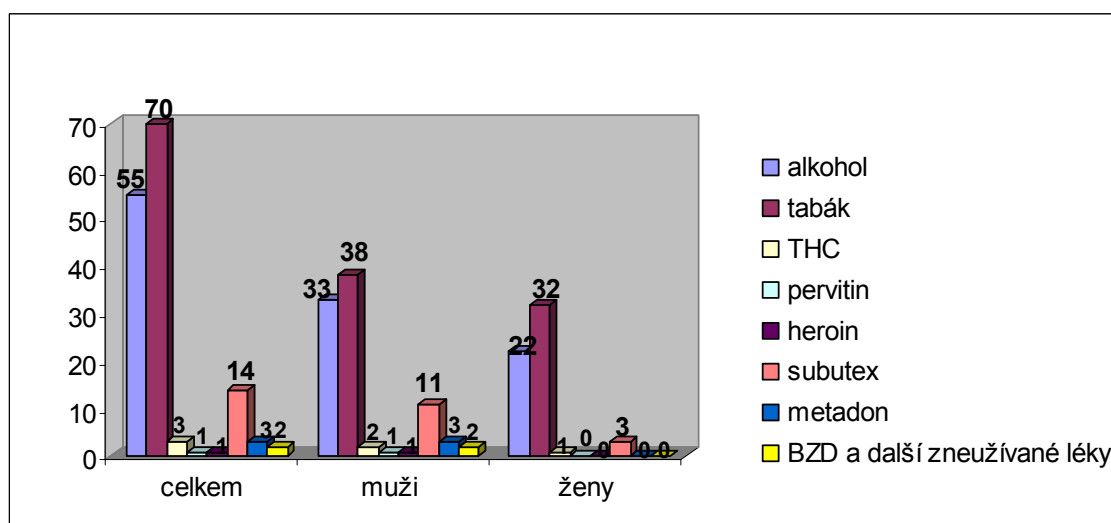
Abusus: Při sběru anamnestických údajů byli údaje o abúzu užívání návykových látek rozděleny na 2 skupiny – abusus anamnesticky čili v minulosti a abusus aktuálně čili v době léčby. Nejčastější užívanou legální návykovou látkou byl ve všech skupinách, jak anamnesticky tak aktuálně, tabák. Nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou v anamnéze byl v celém souboru pervitin (84,8 %), ve skupině na začátku léčby také pervitin (88,9 %) a ve skupině po léčbě VHC též pervitin (80,9 %). Nejčastěji užívanou návykovou látkou aktuálně, kromě tabáku a alkoholu, byl Subutex® (16,3 %). Což je pochopitelné vzhledem k tomu, že klientům NZZ REMEDIS je Subutex® často

předepisován, jako substituční látka (Obrázek 5, Obrázek 6, Obrázek 7, Obrázek 8, Obrázek 9, Obrázek 10).

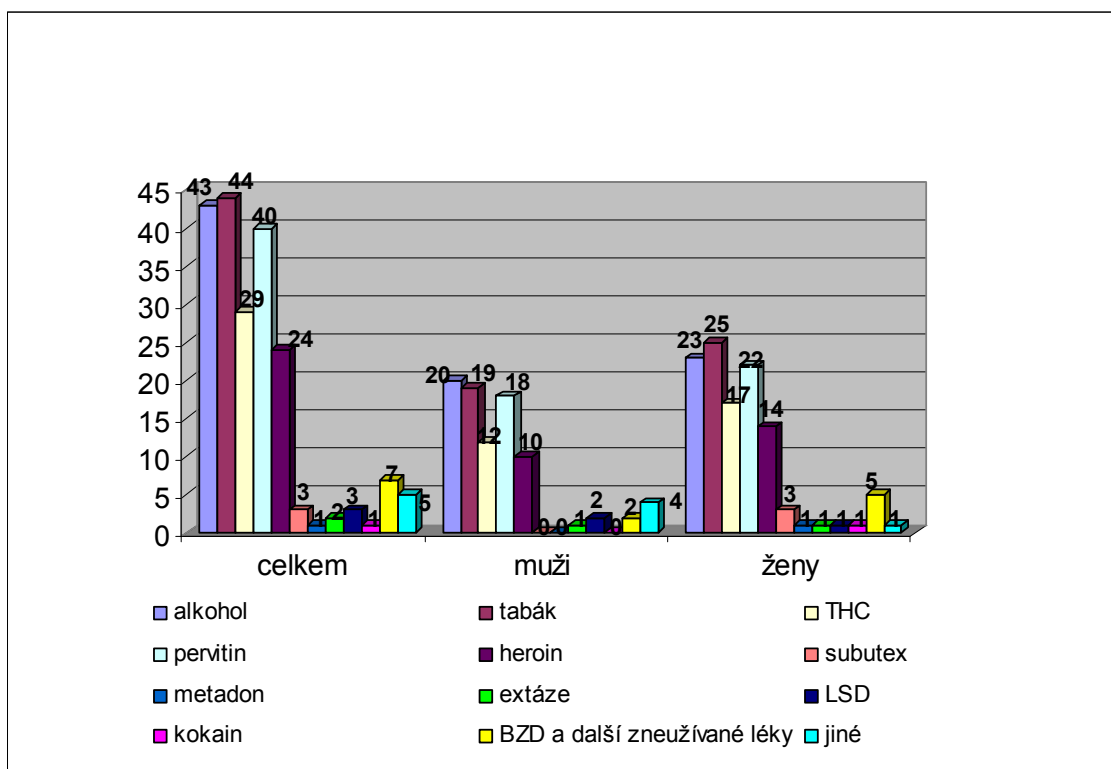
Obrázek 5: Abusus anamnesticky – celý soubor



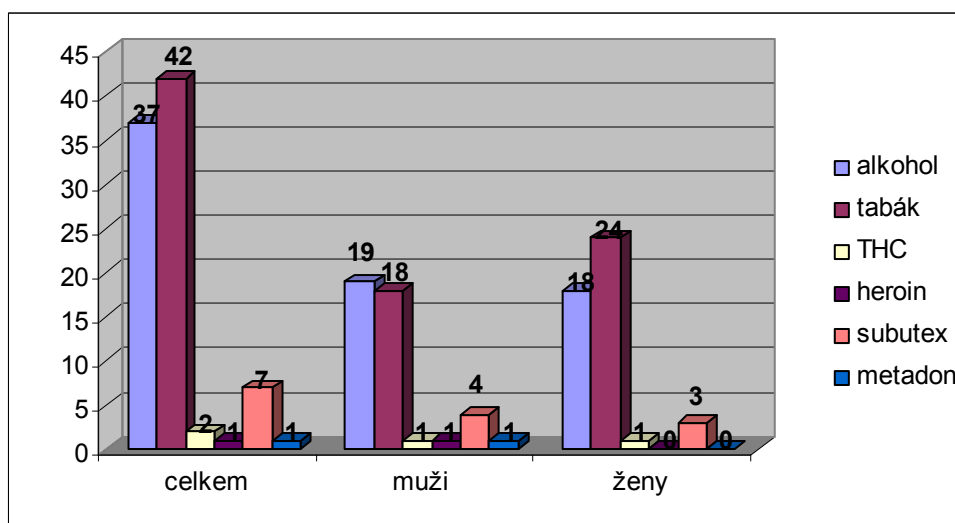
Obrázek 6: Abusus aktuálně – celý soubor



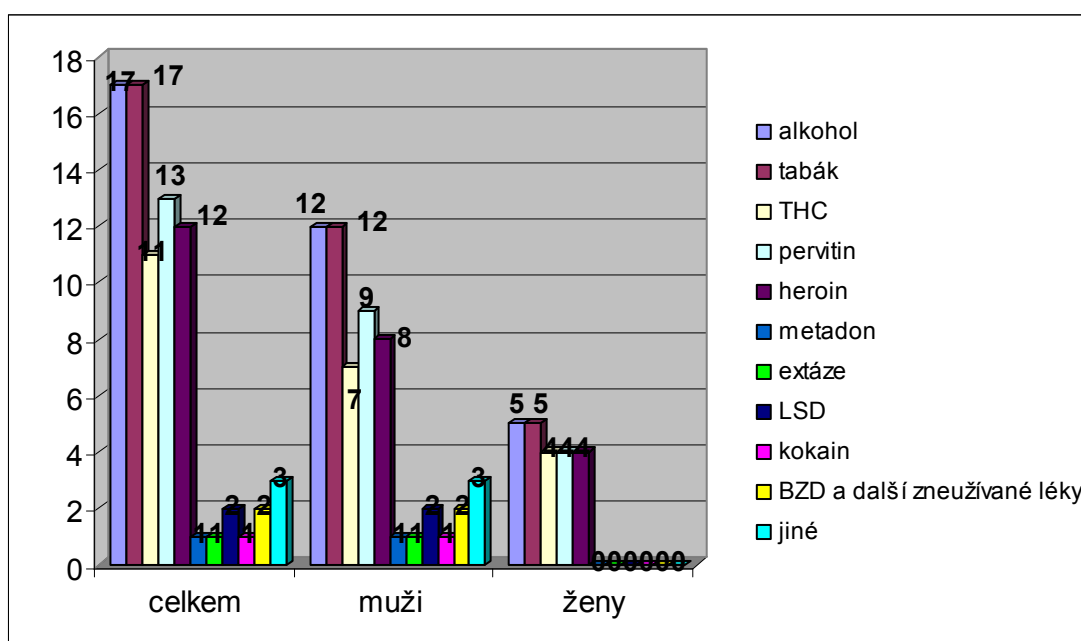
Obrázek 7: Abusus anamnesticky – skupina na začátku léčby



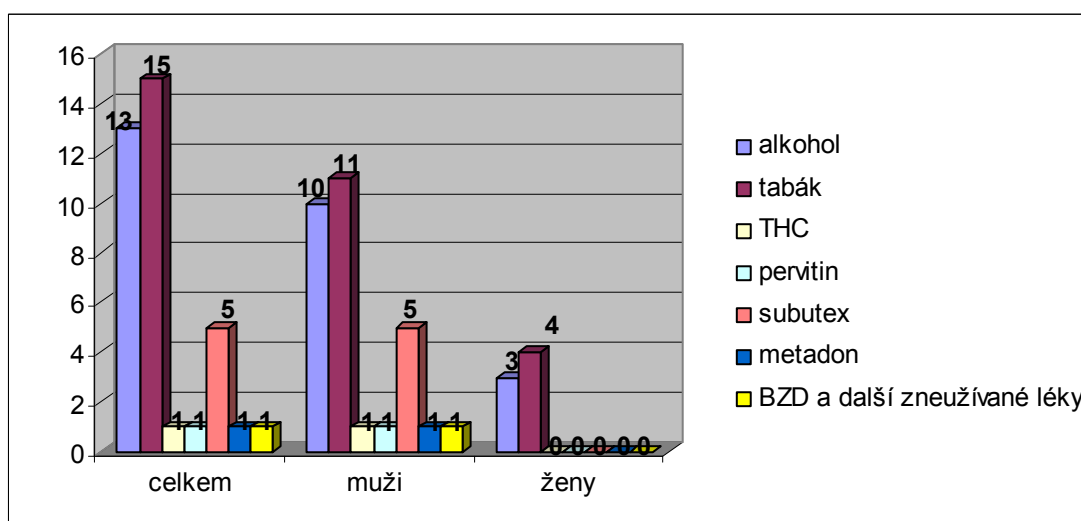
Obrázek 8: Abusus aktuálně – skupina na začátku léčby



Obrázek 9: Abusus anamnesticky – skupina po léčbě



Obrázek 10: Abusus aktuálně – skupina po léčbě



4.3.3 Stav dat

Dotazníky SF 36 vyplňují klienti zařízení REMEDIS od roku 2003. Tato bakalářská práce se zabývá pouze dotazníky klientů, kteří již dokončili léčbu. Původní idea při zavádění dotazníků SF 36 v zařízení REMEDIS byla, že každý klient léčící se s hepatitidou C vyplní celkem 5 dotazníků v různých fázích léčby (a to na začátku léčby, ve 4. týdnu, v 24. týdnu a v 48. týdnu a po léčbě). Bohužel tato idea nebyla zcela dodržena, což před tím, než jsem začala dotazníky zpracovávat, nebylo známo. Nejvíce dotazníků, 53 z celkového počtu 160, bylo vyplněno na začátku léčby. Z tohoto počtu ovšem nemohlo být 8 dotazníků použito pro chybějící velké množství dat,

většinou více než 50 % chybějících dat. Dále pak téměř vůbec nebylo možné srovnávat index kvality života u jedné osoby v různých fázích léčby tak, jak bylo původně zamýšleno, protože počet osob s alespoň dvěma dotazníky (na začátku léčby a na konci léčby) byl velmi malý. U 45 klientů po léčbě nebyl v dokumentaci nalezen žádný dotazník.

Omezení použitých dat jsou jistě v jejich nedostatečné konzistenci a nedodržení záměru při sběru dat. Bohužel hodnocení vývoje indexu HRQL podle vyplněných dotazníků v různých fázích léčby tak, jak bylo původně zamýšleno, čili celkem 5 dotazníků u jednoho klienta, není možné provést u žádného z klientů, kteří léčbu již ukončili a jejichž dotazníky jsem tedy přepsala, protože žádný z nich nemá vyplněno všech 5 dotazníků. Což je zajiště velké omezení při hodnocení výsledků, neboť musíme srovnávat pouze celé soubory, nikoliv jednotlivce. Vzhledem k počtům dotazníků v jednotlivých fázích léčby (na začátku léčby 53 dotazníků, ve 4. týdnu 7, ve 24 týdnu 3, ve 48. týdnu 7 dotazníků a po léčbě 49 dotazníků) bylo možné srovnat pouze soubor na začátku léčby se souborem po léčbě, což je vzhledem k původnímu záměru nedostatečný počet.

4.3.4 Zpracování dat

V průběhu března 2008 byla postupně podle seznamu klientů po léčbě VHC projita celá kartotéka zařízení REMEDIS. Všechny dotazníky klientů z výše zmíněného seznamu byly pod kódem, který se skládá z čísla klienta a čísla dotazníku přepsány do jednoduché databáze vytvořené v programu Microsoft Office Excel 2003. Tato data byla ihned automaticky překódována pomocí zadaných kritérií, dle příručky pro hodnocení dotazníku SF 36 – How to Score the SF 36 Health Survey (Ware, 1993). Dále byla data ručně rozdělena do skupin podle doby vyplnění dotazníku (dotazníky vyplněné na začátku léčby, ve 4. týdnu, ve 24. týdnu, ve 48. týdnu a skupina dotazníků vyplněných po léčbě, tj. po 48. týdnu), následně bylo spočítáno, kolik každá skupina obsahuje dotazníků a rozhodnuto, že skupiny dotazníků vyplněné ve 4. týdnu, ve 24. týdnu a ve 48. týdnu nelze hodnotit, protože obsahují příliš malý počet dotazníků. K hodnocení tedy zůstala skupina dotazníků vyplněných na začátku léčby, která obsahuje 53 dotazníků, z nichž 8 jich nemůže být hodnoceno, a skupina dotazníků vyplněných po léčbě, která obsahuje celkem 49 dotazníků, z nichž 2 nemůžou být hodnoceny.

Skóre dotazníků bylo počítáno pomocí statistických funkcí programu Microsoft Office Excel 2003, byly použity především základní matematické a statistické funkce, jako je jednoduchý aritmetický součet, průměr, směrodatná odchylka, výpočet minimální a

maximální hodnoty a další. K některým výpočtům byl také využit program STATA 9. Skóre jednotlivých dimenzí a dotazníků bylo hodnoceno podle doporučeného postupu uvedeného v příručce pro hodnocení dotazníku. Výsledky pak byly převedeny do přehledových tabulek. Pro nedostatečný počet respondentů nebylo možné provést statistické testování hypotéz (např. chí kvadrát).

Příručka pro hodnocení dotazníku SF 36 doporučuje provést pro kontrolu správnosti dat, několik kroků. Spočítat pro několik dotazníků skóre ručně, aby byly odhaleny případné chyby v hodnocení skóre počítačovým softwarem – tento krok byl proveden, nebyla nalezena žádná chyba. Dále mají být hodnoceny korelace mezi všemi dimenzemi a mezi dimenzí všeobecného zdraví a ostatními sedmi dimenzemi, korelace mají vyjít vždy pozitivní. Byly provedeny Pearsovy korelace, všechny vyšly pozitivní na hladině významnosti 0,01.

4.4 Etické aspekty práce

V rámci výzkumného šetření byly samozřejmě respektovány etické náležitosti výzkumu v sociálních vědách. Všechny údaje o klientech byly číselně kódovány tak, aby byla dodržena ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Samozřejmostí je rovněž mlčenlivost uzavřená mezi autorkou této práce a zařízením REMEDIS. Všichni klienti zařízení mají podepsaný informovaný souhlas o poskytnutí údajů k výzkumným šetřením v rámci klinické studie „Virová hepatitida C ve střední Evropě“. Vzhledem k tomu, že všechna data použitá v této bakalářské práci jsou majetkem zařízení REMEDIS, patří i provádění průzkumu kvality života v léčbě hepatitidy C do výše zmíněné klinické studie.

4.5 Výsledky šetření

4.5.1 Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu dotazníků vyplněných na začátku léčby

Ve skupině dotazníků vyplněných na začátku léčby bylo hodnoceno celkem 45 dotazníků (20 mužů, 25 žen). Výsledky jednotlivých dimenzí pro celou skupinu ukazuje Tabulka 10. Nejnižších celkových průměrných hodnot zde nabývá dimenze vitality, tato dimenze popisuje, zda se respondent cítí pln energie a elánu nebo naopak unavený, vzhledem k tomu, že uživatel NNL s diagnózou VHC je jedinec nemocný, s největší pravděpodobností se tedy nemůže cítit pln energie a elánu. Dle Sobotíka (1998) je normou pro dimenzi vitality u normální populace hodnota 54,1 bodu, v našem souboru tato dimenze nabývá hodnoty 51,11, takže celkový rozdíl činí 2,99, bodu což je

vzhledem k tomu, že respondenti v našem souboru jsou jedinci nemocní spíše menší rozdíl. Nejvyšších celkových průměrných hodnot ve skupině na začátku léčby nabývá dimenze fyzického fungování, tato dimenze popisuje hranice fyzických možností při běžných činnostech, jako je například chůze do schodů. Vzhledem k tomu, že VHC zpravidla nepostihuje pohybový aparát na takové úrovni, aby byla významně snížena např. schopnost chůze do schodů, je pochopitelné, že hodnota této dimenze není snížena oproti hodnotě normy dle Sobotíka (1998). V našem souboru ve skupině na začátku léčby nabývá tato dimenze hodnoty 86,11 bodů, přičemž v Sobotíkově normě je hodnota dimenze fyzického fungování na 86,2 bodech, rozdíl je tedy zanedbatelný.

Tabulka 10: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skup. na začátku léčby – CELÁ SKUPINA

<i>dimenze</i>	<i>průměr dimenze pro tuto skupinu</i>	<i>Minimální skóre dimenze</i>	<i>Maximální skóre dimenze</i>	<i>Směrodatná odchylka</i>
FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	86,11	40,00	100,00	15,12
FYZICKÁ OMEZENÍ	72,22	0,00	100,00	36,98
TĚLESNÁ BOLEST	84,09	37,00	100,00	19,51
VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ	61,33	25,00	100,00	20,28
VITALITA	51,11	5,00	95,00	19,83
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	72,78	25,00	100,00	22,25
EMOČNÍ OMEZENÍ	69,63	0,00	100,00	69,63
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	64,89	20,00	96,00	64,89
CELKEM VŠECHNY DIMENZE	562,16	303,50	762,00	130,11
PRŮMĚR PRO VŠECHNY DIMENZE	70,27	37,94	95,25	16,26

Tabulka 11 ukazuje výsledky jednotlivých dimenzí pro muže ve skupině na začátku léčby. V této skupině mají muži nejnižší skóre v dimenzi vitality. Celkem skóre všech dimenzí u mužů nabývá průměrné hodnoty 558,24 bodů (maximální skóre je 754 bodů). Dimenze vitality nabývá také nejnižší skóre u žen na začátku léčby (Tabulka 12). Ve srovnání s muži mají ženy celkové průměrné skóre vyšší (565,30 bodů).

Tabulka 11: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu na začátku léčby – MUŽI

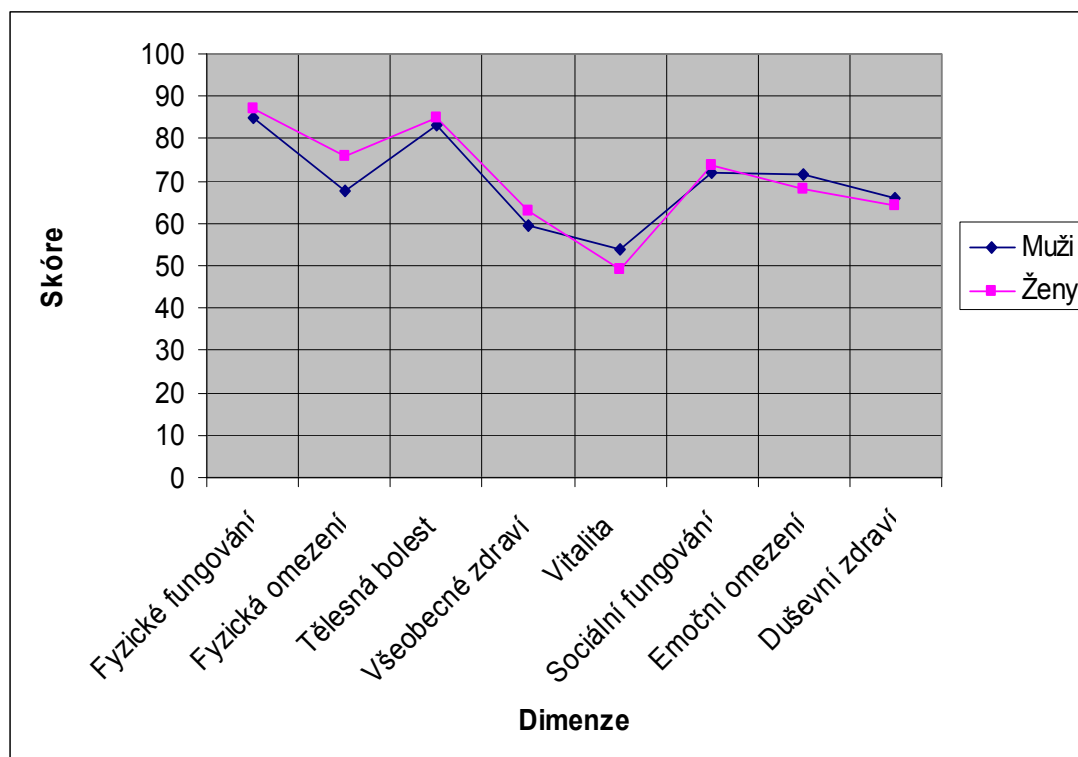
<i>dimenze</i>	<i>průměr dimenze pro tuto skupinu</i>	<i>Minimální skóre dimenze</i>	<i>Maximální skóre dimenze</i>	<i>Směrodatná odchylka</i>
FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	85,00	40,00	100,00	17,25
FYZICKÁ OMEZENÍ	67,50	0,00	100,00	40,39
TĚLESNÁ BOLEST	83,05	46,00	100,00	19,03
VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ	59,60	27,00	100,00	20,95
VITALITA	53,75	53,75	95,00	19,80
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	71,88	25,00	100,00	25,27
EMOČNÍ OMEZENÍ	71,67	0,00	100,00	36,93
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	65,80	32,00	84,00	14,78
CELKEM VŠECHNY DIMENZE	558,24	303,50	754,00	136,52
PRŮMĚR PRO VŠECHNY DIMENZE	69,78	37,94	94,25	17,06

Tabulka 12: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu na začátku léčby - ŽENY

dimenze	průměr dimenze pro tuto skupinu	Minimální skóre dimenze	Maximální skóre dimenze	Směrodatná odchylka
FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	87,00	50,00	100,00	13,11
FYZICKÁ OMEZENÍ	76,00	0,00	100,00	33,53
TĚLESNÁ BOLEST	84,92	37,00	100,00	19,84
VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ	62,72	25,00	100,00	19,62
VITALITA	49,00	10,00	85,00	19,60
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	73,50	37,50	100,00	19,47
EMOČNÍ OMEZENÍ	68,00	0,00	100,00	35,88
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	64,16	20,00	96,00	17,25
CELKEM VŠECHNY DIMENZE	565,30	321,83	762,00	124,65
PRŮMĚR PRO VŠECHNY DIMENZE	70,66	40,23	95,25	15,58

Obrázek 11 ukazuje srovnání výsledků jednotlivých dimenzí pro muže a ženy ve skupině dotazníků vyplněných na začátku léčby. Ženy skórovaly výše v 5 dimenzích (fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví a sociální funkce). Muži naopak oproti ženám hodnotili výše svoji vitalitu (energii a elán) a emoční fungování. Důvodem vyššího skórování mužů v dimenzi vitality a emočního fungování může být například fakt, že muži jsou většinou méně citliví na změny své psychické kondice než ženy.

Obrázek 11: Srovnání muži - ženy pro skupinu dotazníků vyplněných na začátku léčby



Pod normou obecné populace čili pod 50 bodů byl v této skupině zaznamenán jeden výsledek, a to u žen v dimenzi vitality. Také u mužů byl, ale výsledek v této dimenzi nejnižší. Celkově jsou výsledky v dimenzi vitality v této skupině nejnižší. Dle Sobotíka et al. (1998) je, ale toto rozložení normální.

4.5.2 Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu dotazníků vyplněných po léčbě

Ve skupině dotazníků vyplněných po léčbě bylo hodnoceno celkem 47 dotazníků; 26 mužů a 19 žen (součet mužů a žen nedává 47, protože někteří jedinci měli po léčbě vyplněno více dotazníků). Nejnižších celkových průměrných hodnot nabývá v této skupině dimenze duševního zdraví (59,83 bodu), pokud pomineme absolutně nejnižší výsledek dimenze vitality. Dimenze duševního zdraví popisuje celkovou duševní kondici. Sobotíkova norma v této dimenzi nabývá hodnoty 66,6 bodu, což k našim 59,83 bodu činí rozdíl 6,77, bodu což už je rozdíl poměrně významný. Vzhledem k tomu, že uživatelé NNL většinou nebývají v naprosté duševní pohodě, není výsledek překvapivý. Údaje o výsledcích všech dimenzí v této skupině naleznete v následující tabulce (Tabulka 13).

Tabulka 13: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě – CELÁ SKUPINA

<i>dimenze</i>	<i>průměr dimenze pro tuto skupinu</i>	<i>Minimální skóre dimenze</i>	<i>Maximální skóre dimenze</i>	<i>Směrodatná odchylka</i>
FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	83,09	25,00	100,00	20,80
FYZICKÁ OMEZENÍ	63,30	0,00	100,00	41,53
TĚLESNÁ BOLEST	78,10	24,50	100,00	25,33
VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ	64,79	0,00	100,00	26,86
VITALITA	50,32	0,00	90,00	23,26
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	65,69	12,50	100,00	30,34
EMOČNÍ OMEZENÍ	60,28	0,00	100,00	40,47
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	59,83	8,00	92,00	22,28
CELKEM VŠECHNY DIMENZE	525,39	70,00	782,00	204,42
PRŮMĚR PRO VŠECHNY DIMENZE	65,67	8,75	97,75	25,55

Výsledky pro muže ve skupině dotazníků vyplněných po léčbě ukazuje Tabulka 14. U mužů této skupiny nabývá nejnižších celkových průměrných hodnot dimenze vitality, naopak nejvyšších celkových průměrných hodnot nabývá dimenze fyzického fungování. Celkový součet průměrů jednotlivých dimenzí nabývá hodnoty 515,96 bodů.

Tabulka 14: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě – MUŽI

<i>dimenze</i>	<i>průměr dimenze pro tuto skupinu</i>	<i>Minimální skóre dimenze</i>	<i>Maximální skóre dimenze</i>	<i>Směrodatná odchylka</i>
FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	80,77	25,00	100,00	21,78
FYZICKÁ OMEZENÍ	63,46	0,00	100,00	43,43
TĚLESNÁ BOLEST	75,96	24,50	100,00	26,49
VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ	62,58	5,00	100,00	28,29
VITALITA	51,92	10,00	90,00	23,78
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	61,06	12,50	100,00	30,49
EMOČNÍ OMEZENÍ	58,97	0,00	100,00	41,66
DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	61,23	20,00	92,00	22,01
CELKEM VŠECHNY DIMENZE	515,96	163,50	782,00	208,61
PRŮMĚR PRO VŠECHNY DIMENZE	64,49	20,44	97,75	26,08

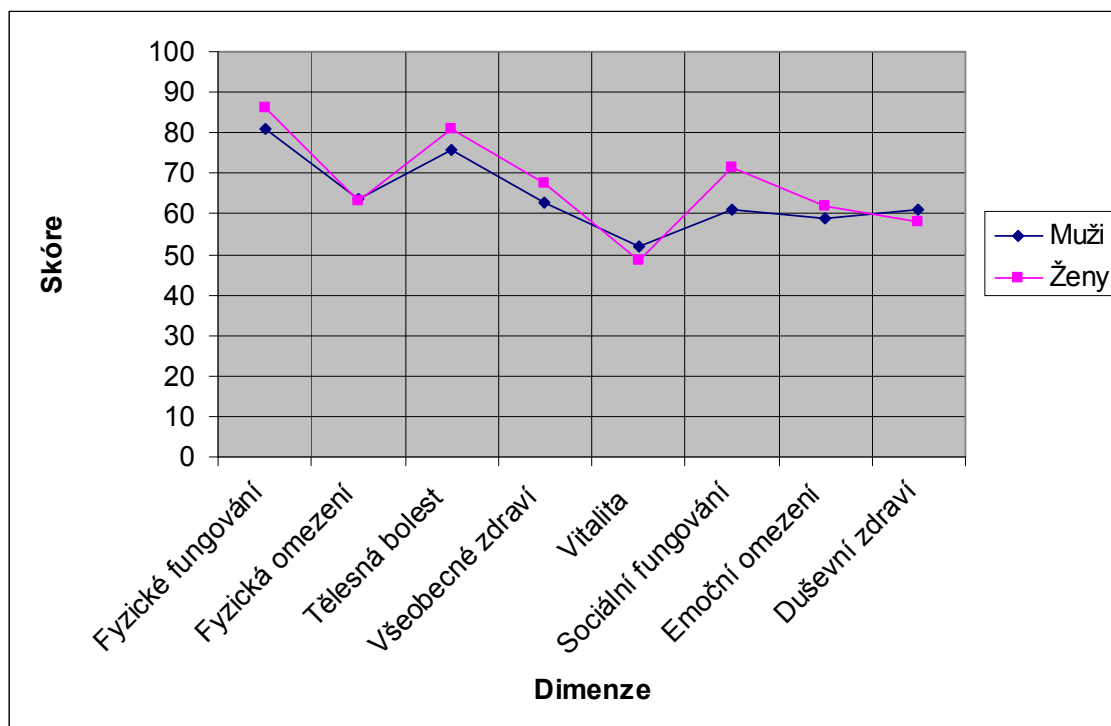
Tabulka 15 ukazuje výsledky jednotlivých dimenzí pro ženy ve skupině dotazníků vyplněných po léčbě. Nejnižších celkových průměrných hodnot nabývá dimenze vitality, stejně jako u mužů v této skupině, naopak nejvyšších hodnot nabývá dimenze fyzického fungování opět stejně jako u mužů v této skupině. Hodnota celkového průměrného výsledku dimenze fyzického fungování je pro ženy ve skupině po léčbě 85,95 bodu, u mužů nabývá tato dimenze celkové průměrné hodnoty 80,77. Čili rozdíl mezi výsledkem mužů a žen činí 5,18 bodu, což je rozdíl docela vysoký. Můžeme ho vysvětlovat tím, že muži jsou více citliví ke změnám svých fyzických schopností. Sobotíkova norma pro dimenzi fyzického fungování je 86,2 bodu, k této hodnotě se tedy ženy ve skupině po léčbě významně blíží, naopak muži jsou této hodnotě vzdáleni hodnotou 5,43 bodu. Celkový součet průměrů jednotlivých dimenzí pro ženy ve skupině po léčbě nabývá hodnoty 537,07 bodů.

Tabulka 15: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě - ŽENY

<i>dimenze</i>	<i>průměr dimenze pro tuto skupinu</i>	<i>Minimální skóre dimenze</i>	<i>Maximální skóre dimenze</i>	<i>Směrodatná odchylka</i>
FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ	85,95	25,00	100,00	19,12
FYZICKÁ OMEZENÍ	63,10	0,00	100,00	39,05
TĚLESNÁ BOLEST	80,74	24,50	100,00	23,55
VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ	67,52	0,00	95,00	24,70
VITALITA	48,33	0,00	80,00	22,43
SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	71,43	12,50	100,00	29,16
EMOČNÍ OMEZENÍ	61,90	0,00	100,00	38,88
DUSEVNÍ ZDRAVÍ	58,10	8,00	92,00	22,48
CELKEM VŠECHNY DIMENZE	537,07	70,00	764,00	198,49
PRŮMĚR PRO VŠECHNY DIMENZE	67,13	8,75	95,50	24,81

Obrázek 12 ukazuje srovnání výsledků mužů a žen ve skupině dotazníků vyplněných po léčbě. Ženy ve skupině po léčbě mají celkově vyšší skóre v dimenzích fyzického fungování, tělesné bolesti, všeobecného zdraví, sociálního fungování a emočního omezení. Naopak muži ve skupině po léčbě mají vyšší skóre než ženy v dimenzích vitality a duševního zdraví. V dimenzi fyzických omezení je skóre mužů a žen ve skupině po léčbě stejné.

Obrázek 12: Srovnání muži - ženy pro skupinu dotazníků vyplněných po léčbě



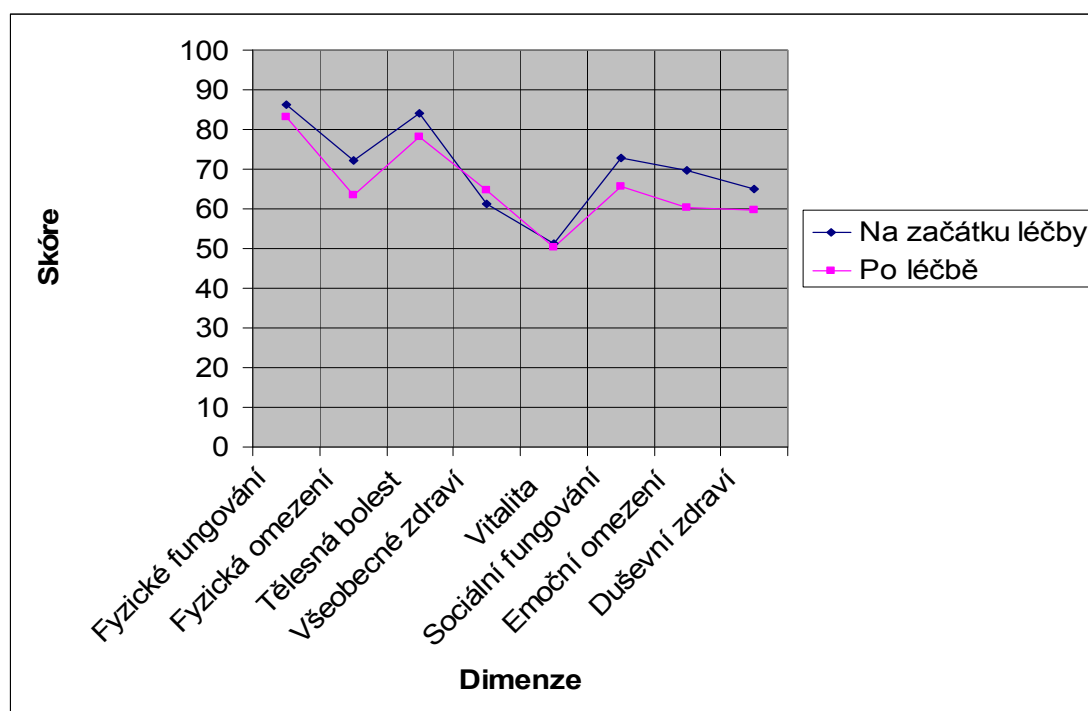
Ve skupině dotazníků vyplněných po léčbě byl opět zaznamenán výsledek pod 50 bodů čili pod normou obecné populace u žen dimenzi vitality, obecně jsou i v této skupině nejnižší výsledky v dimenzi vitality stejně jako ve skupině dotazníků vyplněných na začátku léčby. Dle norem, které vytvořil Sobotík et al. (1998) je toto rozložení normální.

4.5.3 Srovnání výsledků skupiny dotazníků vyplněných na začátku léčby s výsledky skupiny dotazníků vyplněných po léčbě

Srovnání celkových průměrných výsledků jednotlivých dimenzí ve skupině dotazníků vyplněných na začátku léčby se skupinou dotazníků vyplněných po léčbě ukazuje (Obrázek 13). Pro skupinu na začátku léčby vychází výše dimenze fyzického fungování, fyzických omezení, tělesné bolesti, sociálního fungování, emočních omezení i duševního zdraví. Tedy celkem vychází výše pro skupinu na začátku léčby šest z celkem osmi dimenzí. Celkový průměrný výsledek je pro skupinu na začátku

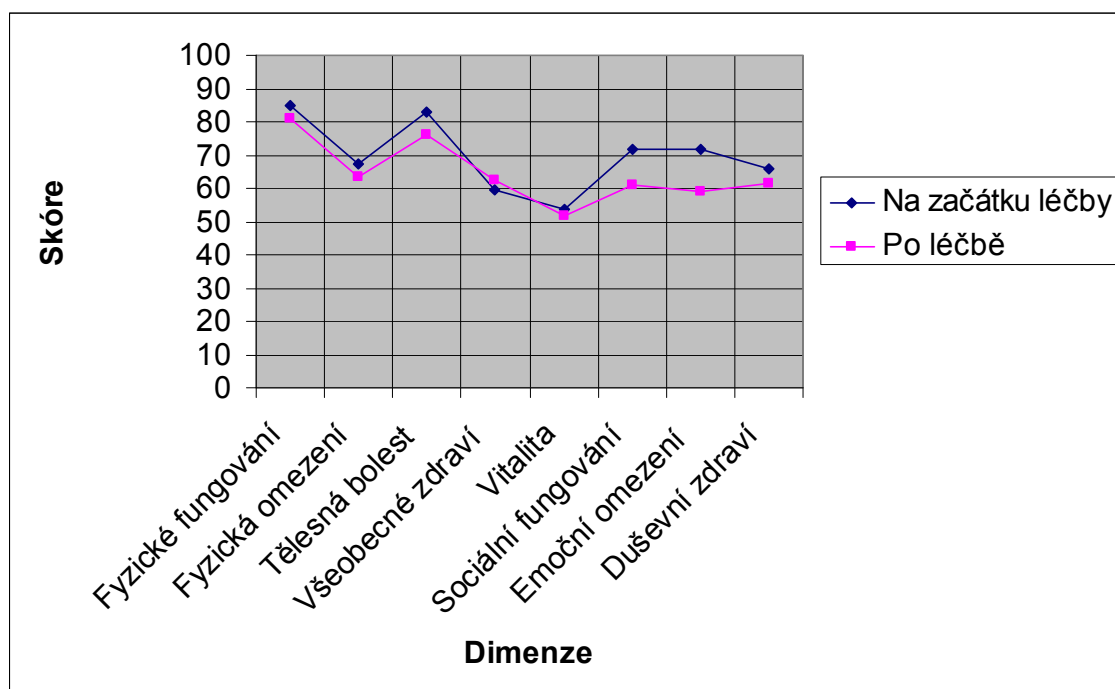
léčby 562,16 bodů, pro skupinu po léčbě 525,39 bodů, rozdíl tedy činí 36,77 bodů. Kvalita života na začátku léčby VHC je tedy vyšší než po léčbě. Toto je pravděpodobně způsobeno celkově vysokou náročností léčby VHC a vyčerpáním organizmu respondenta po léčbě. Bylo by jistě vhodné změřit kvalitu života po léčbě katamnesticky například s ročním a dvouročním odstupem od léčby VHC, protože by v tomto případě již pravděpodobně byla kvalita života po léčbě s ročním či dvouročním odstupem vyšší než v relativně krátké době po léčbě VHC, jako tomu bylo u našich respondentů.

Obrázek 13: Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě



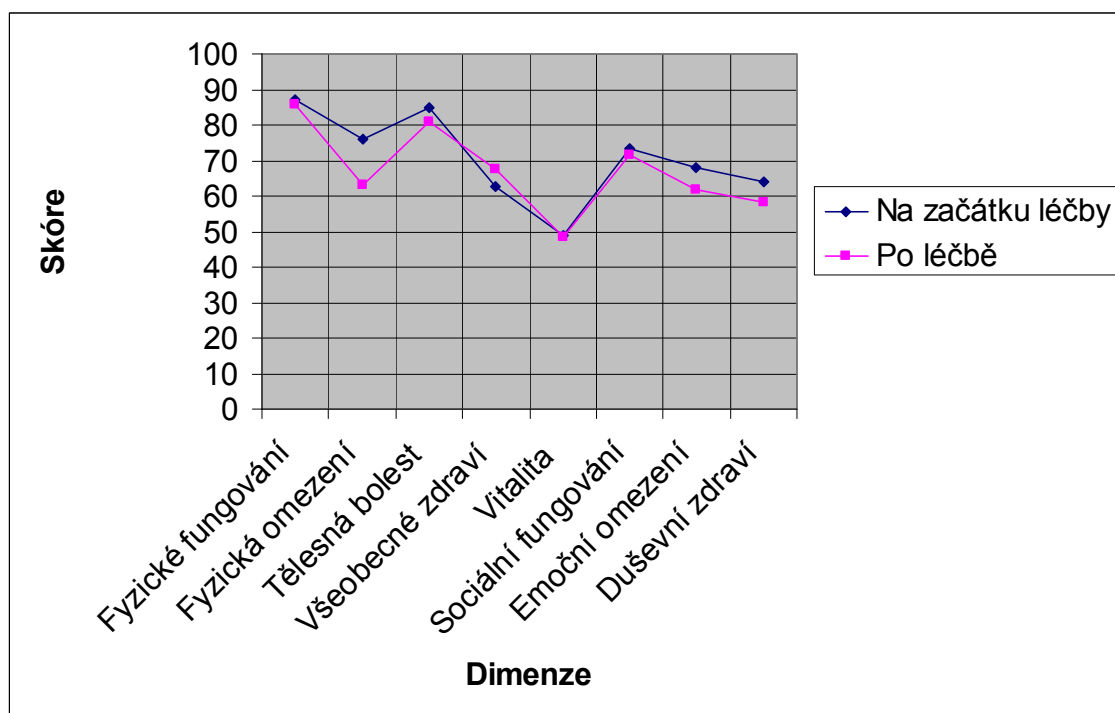
Na následujícím obrázku (Obrázek 14) vidíme srovnání celkových průměrných výsledků jednotlivých dimenzí mužů ve skupině na začátku léčby s muži ve skupině po léčbě. Muži ve skupině na začátku léčby mají vyšší hodnoty v dimenzích fyzického fungování, fyzických omezení, tělesné bolesti, sociálního fungování, emočních omezení a duševního zdraví než muži ve skupině po léčbě VHC. Celkem mají muži na začátku léčby skóre vyšší v šesti z osmi dimenzí.

Obrázek 14: Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě – MUŽI



Na dalším obrázku (Obrázek 15) vidíme srovnání celkových průměrných výsledků v jednotlivých dimenzích u žen ve skupině na začátku léčby se ženami ve skupině po léčbě. Ženy ve skupině na začátku léčby mají vyšší skóre celkem ve čtyřech z osmi dimenzí, ve třech dimenzích je skóre u žen v obou skupinách skoro stejné a v jedné dimenzi je skóre u skupiny žen na začátku léčby nižší než u skupiny žen po léčbě.

Obrázek 15: Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě – ŽENY



4.5.4 Dotazníková položka číslo 2 – Současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem

Tato položka nepatří do žádné z osmi dimenzí, proto je uváděna a hodnocena samostatně. V této položce má respondent možnost výběru z celkem 5 možností odpovědí (1 - *mnohem lepší než před rokem*, 2 - *poněkud lepší než před rokem*, 3 - *přibližně stejné jako před rokem*, 4 - *poněkud horší než před rokem*, 5 - *mnohem horší než před rokem*). Odpovědi jsou stejně jako u ostatních položek konstruovány na principu škálové stupnice.

Tabulka 16 ukazuje výsledky položky 2 pro obě hodnocené skupiny. Hodnocení této položky je třeba brát s rezervou, protože více než ostatní položky budou její výsledky ovlivněny subjektivitou jedince a protože data neumožňují měřit rozdíl u jednoho jedince na začátku léčby a po léčbě, je možné jen srovnání celých skupin, nejsou výsledky této položky významné.

Tabulka 16: Položka 2 – Současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem

	celá skupina	muži	ženy
skup. NA ZAČÁTKU LÉČBY			
<i>průměr</i>	2,49	2,60	2,40
<i>min. skóre</i>	1	1	1
<i>max. skóre</i>	4	4	4
<i>směrodatná odchylka</i>	0,98	0,86	1,06
skup. PO LÉČBĚ			
<i>průměr</i>	2,32	2,12	2,57
<i>min. skóre</i>	1	1	1
<i>max. skóre</i>	5	5	5
<i>směrodatná odchylka</i>	1,27	1,31	1,18

5. SOUHRN VÝSLEDKŮ

Tato kapitola shrnuje výsledky práce vzhledem ke stanoveným hypotézám za použití deskriptivní statistiky (vzhledem k malému počtu respondentů nebylo možné provést statistické testování hypotéz).

Hypotéza 1. Kvalita života mužů a žen – uživatelů NNL s VHC se liší na začátku léčby VHC – hypotéza se potvrdila. Muži ve skupině na začátku léčby mají celkové průměrné skóre všech dimenzí kvality života, které zjišťuje dotazník SF 36 558,24 bodů, ženy v této skupině mají hodnotu celkového průměrného skóre 565,30. Rozdíl mezi skóre mužů a žen je 7,06 bodů.

Hypotéza 2. Kvalita života mužů a žen – uživatelů NNL s VHC se liší po léčbě VHC – hypotéza se potvrdila. Celkové průměrné skóre ve skupině po léčbě nabylo hodnot u mužů 515,96 bodů, u žen 537,07. Rozdíl činí 21,11 bodů.

Hypotéza 3. Kvalita života uživatelů NNL s VHC je nižší oproti dostupným českým normám – hypotéza se částečně potvrdila. Česká norma pro dotazník SF 36 dle Sobotíka (1998) je 551,4 bodů. Náš soubor dosáhl hodnot ve skupině na začátku léčby 562,16 bodů, čili více než norma dle Sobotíka, ve skupině po léčbě 525,39 bodů čili méně než norma dle Sobotíka.

Hypotéza 4. Kvalita života uživatelů NNL s VHC je nižší po léčbě VHC než na začátku léčby VHC. A to jak u mužů, tak u žen – hypotéza se potvrdila. Celkové průměrné skóre na začátku léčby je 558,24 – muži, 565,30 – ženy. Ve skupině po léčbě nabývá celkové průměrné skóre u mužů hodnoty 515,96 bodů, u žen 537,07. Hodnota mužů i žen je ve skupině po léčbě nižší než ve skupině na začátku léčby.

6. DISKUSE

V České republice nebyla kvalita života uživatelů NNL v léčbě VHC nikdy hodnocena. Bohužel tedy není s čím výsledky této práce uspokojujivě srovnávat. Ojedinelé studie kvality života, které byly v Čechách na populaci uživatelů drog provedeny, používaly jiné instrumenty k hodnocení kvality života (většinou dotazník SQUALA), proto není možné naše výsledky této práce přesně srovnávat ani s těmito studiemi. Srovnání může být pouze rámcové a to v tom smyslu, že např. ve studii Dragomirecké (2000) vychází, že kvalita života uživatelů NNL je snížena. I v této bakalářské práci vyšla kvalita života uživatelů drog nižší oproti normě dle Sobotíka (1998). Je ale třeba podotknout, že nižší oproti normě dle Sobotíka (551,4 bodů) vyšla kvalita života v této práci pouze v části souboru, a to ve skupině po léčbě VHC. Je také třeba říci, že norma dle Sobotíka není standardizovaná, protože byla provedena pouze na nedostatečně reprezentativním vzorku, spolehlivá norma pro českou populaci pro dotazník SF 36 neexistuje, což sebou nese značná omezení pro případně interpretace výsledků této práce.

Srovnáme-li celkové průměrné výsledky této studie se standardizovanou normou Velké Británie (Garrat et al., 1993) jsou naše výsledky oproti těmto normám nižší. Norma Velké Británie je 589,8 bodů. Naše výsledky celkově nabývají hodnot 562,16 bodů ve skupině na začátku léčby a 525,39 ve skupině po léčbě. Rozdíl pro skupinu na začátku léčby činí 27,64 bodů, pro skupinu po léčbě 64,41. Pokud srovnáme celkové výsledky této práce s normou USA (Meyer, 1994), která nabývá hodnoty 618,5, naše výsledky oproti této normě vykazují opravdu značné snížení. Rozdíl činí pro skupinu na začátku

léčby 56,34 bodů, pro skupinu po léčbě VHC 93,11 bodů. Je třeba podotknout, že výše popsaná srovnání jsou opravdu pouze orientační, protože ve všech třech případech se skupina, na které byla norma vytvořena, značně početně liší. Navíc ve všech třech případech jde o normu čili vzorek zdravé populace. Soubor v této práci není zdravou populací. Dále je třeba říci, že uspokojujivě srovnávat českou populaci s populací anglickou a americkou, není dost dobře možné, protože populace česká se samozřejmě značně liší svou charakteristikou od populace anglické i americké.

Jedním ze základních předpokladů, kvůli kterému byla tato práce vytvořena, je potvrzení domněnky, že kvalita života uživatelů NNL v léčbě VHC bude nižší bezprostředně po léčbě VHC než na začátku léčby. Důvod tohoto předpokladu je jednoduchý, léčba VHC je velmi náročná a pro organizmus jedince značně zatěžující. Tato léčba jedince vyčerpává a nějakou dobu po léčbě trvá, než si jedinec odpočine. V důsledku vyčerpání po léčbě VHC se následně na nějakou dobu snižuje i kvalita života. Velký smysl by jistě mělo delší katamnestické sledování kvality života po léčbě VHC, aby bylo možno popsat vývoj hodnot kvality života po léčbě VHC.

Zvláštním aspektem výsledků této práce je jistě fakt, že ačkoliv Jenkinson et. al. (1993) uvádí, že ženy mají zpravidla nižší výsledky kvality života měřené dotazníkem SF 36. V této práci tomu tak není v obou skupinách, na začátku léčby a po léčbě vychází celkové průměrné výsledky pro ženy vyšší. Vysvětlením k tomuto zjištění by mohla být jednak skutečnost, že počet mužů a žen v obou skupinách se liší, avšak tento rozdíl je pouze nevýrazný, jednak může být vysvětlením domněnka, že ženy snášejí léčbu VHC lépe než muži.

Omezení této práce jsou jistě v nedostatečně velkém výzkumném souboru, který bohužel nedovoluje hodnotit statistické významnosti dat. Další omezení je jistě v tom, že data pocházejí pouze z jednoho zařízení (REMEDIS Praha). Dobré by jistě bylo, pokud bychom měli možnost srovnat kvalitu života v léčbě VHC ve více zařízeních, zabývajících se léčbou hepatitidy C. To, že data použitá v této práci, kvůli nedostatečnému počtu jedinců se dvěma dotazníky na začátku léčby a po léčbě nedovolují srovnat hodnotu kvality života na začátku léčby a po léčbě u jednoho téhož jedince je jistě také nezanedbatelné omezení.

ZÁVĚR

Práce popsala kvalitu života uživatelů NNL v léčbě VHC, byl tedy splněn ústřední cíl práce. Pomocí dotazníku SF 36 byla v zařízení REMEDIS, které se zabývá léčbou hepatitidy C, změřena kvalita života u klientů, kteří již dokončili léčbu VHC v tomto zařízení. Kvalita života byla měřena ve dvou skupinách ve skupině na začátku léčby a ve skupině po léčbě. Dosažené výsledky byly následně diskutovány vzhledem k dostupné české normě a k normám anglickým a americkým.

V úvodních teoretických kapitolách se práce snažila stručně představit pojem kvality života. Dále práce v teoretické části stručně popsala infekci virem HCV, její diagnostiku, léčbu, komplikace atd. Třetí kapitola pak představuje české i zahraniční výzkumy na poli kvality života. Zahraniční výzkumy se týkají již kvality života s diagnózou hepatitidy C. Všechny zahraniční studie uvedené v této práci mluví o snížení kvality života u nemocných s VHC. Tato práce mluví o stejném výsledku, ale jen při srovnání s anglickou a americkou normou. Pokud výsledky práce srovnáváme s dostupnou českou normou dle Sobotíka (1998), můžeme mluvit o snížení kvality života nemocných s VHC pouze po léčbě, nikoliv na začátku léčby.

Vzhledem k tomu, že práce na téma kvality života v léčbě VHC ještě v České republice publikována nebyla a prací na téma kvality života u uživatelů NNL je v Čechách zatím velmi málo. Můžeme tuto práci hodnotit jako celkově přínosnou. Do budoucna by bylo jistě vhodné se tímto tématem dále zabývat v rámci větší studie provedené na dostatečně velkém souboru ve více zařízeních zabývajících se léčbou VHC po celé ČR.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Model A. Lehmana (in Dragomirecká & Škoda, 1997).....	13
Obrázek 2 Model D. Bigelowa (in Dragomirecká & Škoda, 1997).....	13
Obrázek 3 Model K.Kolcaby (1994).....	14
Obrázek 4 Model M. Testy (Dragomirecká & Škoda, 1997).....	14
Obrázek 5: Abusus anamnesticky – celý soubor.....	39
Obrázek 6: Abusus aktuálně – celý soubor	39
Obrázek 7: Abusus anamnesticky – skupina na začátku léčby.....	40
Obrázek 8: Abusus aktuálně – skupina na začátku léčby	40
Obrázek 9: Abusus anamnesticky – skupina po léčbě	41
Obrázek 10: Abusus aktuálně – skupina po léčbě	41
Obrázek 11: Srovnání muži - ženy pro skupinu dotazníků vyplněných na začátku léčby	45
Obrázek 12: Srovnání muži - ženy pro skupinu dotazníků vyplněných po léčbě	48
Obrázek 13: Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě.....	49
Obrázek 14: Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě – MUŽI	50
Obrázek 15: Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě – ŽENY	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Typický klinický obraz virové hepatitidy (Krekulová & Řehák, 2002, s. 21)	21
Tabulka 2: Nežádoucí účinky léčby interferonem (Krekulová & Řehák, 2002, s. 47)...	24
Tabulka 3: Nežádoucí účinky ribavirinu (Krekulová & Řehák, 2002, s. 103).....	25
Tabulka 4: Popis dimenzí (Ware, 1993)	33
Tabulka 5: Počty dotazníků a klientů.....	35
Tabulka 6: Anamnestické údaje – vzdělání.....	36
Tabulka 7: Anamnestické údaje – ekonomická aktivita.....	37
Tabulka 8: Anamnestické údaje – rodinný stav, počet dětí	37
Tabulka 9: Anamnestické údaje – další diagnózy	38
Tabulka 10: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skup. na začátku léčby – CELÁ SKUPINA	44
Tabulka 11: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu na začátku léčby – MUŽI.....	44
Tabulka 12: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu na začátku léčby - ŽENY.....	45
Tabulka 13: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě – CELÁ SKUPINA..	46
Tabulka 14: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě – MUŽI	47
Tabulka 15: Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě - ŽENY	47
Tabulka 16: Položka 2 – Současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem.....	51

Literatura a internetové zdroje

- Costenbader, E. C., Zule, W. A. & Coomes, C. M. (2007). The impact of illicit drug use and harmful drinking of on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C injection. *Drug an Alkohol dependence*, 89, 251-258.
- Devilly, G. (n.d.). Retrieved 6.12.2007, from Wictims web health sf36 Web site: www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/health/sf36.html
- Diasteixeira M. Ch., Gomes de Sá Ribeiro M. de F., Costa Gayaotto L. C., Fischer Chamone D. de A. & Strauss E. (2006). Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C. *Transfusion*, 46, 278-283.
- Dickens, P. (1991). „Aiming for excellence“. The evaluation of quality of life and quality of service for with mental handicap, *National Perspectives on Quality Assurance in Mental Health*, Geneva: WHO.
- Doležalová, P. (2003). Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit. Rigorózní práce. Brno: MU-Pedagogická fakulta katedra speciální pedagogiky.
- Dragomirecká, E. (2000). Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění. Závěrečná zpráva, Grant IGA MZ ČR č. IZ/4012-3, Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, E. & Škoda, C. (1997). Kvalita života - vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Č.S. Psychiatrie*, 93(2), 102–108
- Dragomirecká, E. & Škoda, C. (1997). Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Č.S. Psychiatrie*, 93(8), 423-432.
- Garratt, A. M. et al. (1993). The SF 36 health survey question naire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *MBJ*, 306, 1440–1444.
- Jenkinson, C., Stewart-Brown, S., Petersen, S. & Paice, C. (1993). Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 46-50.
- Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář. Praha: Filia Nova, s. 118.
- Kalina, K. et al. (2001, květen). Jaká péče je kvalitní? Zajišťování a hodnocení kvality ve službách a programech pro drogově závislé. *Adiktologie*, 1, 53–68.
- Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.
- Kirby, P. C., Brooks, C. & Oescher, J. (1994, June). Using Quality of life studies to improve local mental health services. *National Conference on Mental Health Statistics*, Washington D.C.

- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kováč, D. (2000). *Kvalita života-naiehavá výzva pre vedu nového storočia*. Bratislava: Ústav experimentalnej psychologie SAV.
- Kramer, L., Bauer, E., Funk, G., Hober, H., Jessner, W., Steindl-Munda, P. et al. (2002). Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection. *Journal of Hepatology*, 37, 349-354.
- Krekulová, L. & Řehák V. (2002). *Virové hepatitidy. Prevence diagnostika a léčba*. 2. vydání, Praha: Triton.
- Krekulová, L. & Řehák, V. (2002). Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek. *Adiktologie*, 2, 41-47.
- Libingerová, E. & Millerová, H. (2001). Posuzování kvality života v medicíně. *Č.S. Psychiatrie*, 97, č. 4, 183-186.
- Machů, V., Dokoupilová, H. & Zbořilová, L. (1999). Kvalita života jako kritérium efektu léčby u závislých na alkoholu. *Protialkoholický obzor*, 34, 161–170.
- Meyer, K. B. et. al. (1994). Monitoring Dialysis Patients Health Status. *Am. J. of Kidney Diseases* 24, 2, 267–279.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (1999). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN 10*. Praha: Grada.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O. et al. (2007). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nagpal, R. & Sell, H. (1985). *Subjective Well-being*. SEARO Regional Health Papers No.7.WHO Region Office for South-East Asia, New Delhi.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2007). *Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2006*. Nepublikováno.
- Payne, J. et al. (2002). *Zdraví: Hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton. s.124.
- Petr, P. (2000). Dotazník SF 36 o kvalitě života podmíněné zdravím, *Kontakt*, 2(1), 26-30.
- Petr, P., Kalová H., Kratochvílová, B., Verner, M., Dvořák, D., Pavelka, V. et al. (2007). *Závěrečná zpráva o projektu - Škola bez drog*. České Budějovice:

Jihočeská univerzita fakulta sociálních studií.

- Petr, P., Kalová, H. & Soukupová, A. (2006). Závěrečná zpráva o projektu - Analýza kvality života podmíněné zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji, Vysoká škola evropských a regionálních studií o.p.s.
- Pinkey, A. A., Gerber, G. J., Lafave, H. G. et al. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scand*, 83, 86-91.
- Polanecký, V., Studiničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J. & Zemanová, R. (2007). Výroční zpráva – ČR 2006. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Rotger, A. J., Jolley, D., Thompson, S., Lanigan, A. & Grofts, N. (1999). The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology*, 30(5), 1299-1301.
- Řehák, V. (2007). Program komplexní léčby somatických komplikací syndromu závislosti. Příspěvek na konferenci Substituční léčba, Středočeský kraj, 2.5.2007.
- Řehák, V. (2008). Charakteristika pracoviště komplexní léčby somatických komplikací syndromu závislosti REMEDIS. Nепublikovaná zpráva. Praha: NZZ REMEDIS.
- SF-36.org (n.d.). Retrieved 24.7.2008, from A community for measuring health outcomes using SF tools Web site: www.sf-36.org.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R. A. & Corrigan, P. (1992, December). Comparison of quality of with standard of living in schizophrenic out-patient. *British Journal of Psychiatry*, 797-801.
- Slováček, L., Slováčková, B., Jebavý, L., Blažek, M. & Kačerovský, J. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, LXXIII(1), 6-9.
- Sobotík, Z. (1998). Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF 36), *Zdravotnictví v České republice*1(1)-2, 50-54.
- Štefflová, M. (2001). Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transversální míšní lézí v kontextu speciální andragogiky. Brno. s. 150.
- Urbánek, P. (2004). *Infekce virem hepatitidy C*. Praha: Galén.
- Urbánek, P., Husa, P., Galský, J. & Šperl, J. (2008). Standardní diagnostický a terapeutický postup chronické infekce virem hepatitidy C (HCV). Česká lékařská společnost J. Evangelisty Purkyně, *Časopis lékařů českých*, 146(5) 1-12.

- ÚZIS ČR (2007). Infekční nemoci 2006. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Vokurka, M. & Hugo, J. (1995). Praktický slovník medicíny. Olomouc: Maxdorf , s. 487.
- Ware et al. (1993). How to Score the SF-36 Health Survey. Medical Outcomes Trust.
- Zábranský, T., Mravčík, V., Korčíšová, B. & Řehák, V. (2006). Hepatitis C virus Infection among Injection Drug Users in the Czech Republic – Prevalence and Associated Factors. *Addiction Research*, 12, 151-160.
- Zannotti, M., Prinquey, D., Thauby, S., Lambotin, M. & Darcourt, G. (1994, April). Construction and first with psychotic patients of a quality of life profile: The SQUALA Subjective Quality of Life Analysis. In *Quality of Life and Disabilities in mental Disorders*, 7th European Symposium Vienna, Austria.
- zloutenka-c.cz (n.d.). Retrieved 24,7.2008, from hepatitida C [zloutenka typu C] Web site: <http://www.zloutenka-c.cz/cz/statistika/>.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha 1: Dotazník SF 36 v české verzi (Petr, 2000).....	61
Příloha 2: Informovaný souhlas.....	65

Příloha 1: Dotazník SF 36 v české verzi (Petr, 2000)

P. Petr.: Dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím

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

Česká verze 1/1999:
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská Universita v Č. Budějovicích
CROCODILE o.s.

DOTAZNÍK SF-36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Petr Petr

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích
Katedra klinických a preklinických oborů,
vedoucí katedry: prof. MUDr. M. Velemínský, CSc.,

Oddělení vědy a výzkumu
vedoucí oddělení: prof. MUDr. M. Velemínský, CSc.

Návod:

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi nám pomohou zhodnotit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat běžné činnosti. Odpovězte na každou otázku tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak přesně odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

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

	(zakroužkujte jedno číslo)
Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dostí dobré	4
Špatné	5

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

	(zakroužkujte jedno číslo)
Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. *Následující otázky se týkají činností, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?*

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).
Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

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

Datum:

Příloha 2: Informovaný souhlas

Informace pro pacienta

Název klinické studie: **Virová hepatitida C ve Střední Evropě.**

Řešitelé: MUDr. Laura Krekulová, MUDr. Vratislav Řehák, Prof. L. W. Riley, M.D

Vážená paní, vážený pane.

na základě vyhodnocení Vašich zdravotních záznamů Vám byla lékařem nabídnuta možnost účasti v klinické studii zabývající se epidemiologií virové hepatitidy C v České republice a ve Střední Evropě.

Pro provádění jakékoliv klinické studie existují zákonné předpisy, které musí být přísně dodržovány. Absolutním předpokladem je, že Vy, jako pacient(ka) splňující podmínky pro zařazení do této studie, dáte písemně souhlas s Vaší účastí. Účelem této informace je poskytnout Vám základní informace o způsobu provádění studie a podmínkách účasti ve studii. Prosíme, přečtete si následující informaci pozorně. Jestliže nebudete rozumět kterékoliv její části, neváhejte požádat svého lékaře, aby Vám případně nejasnosti vysvětlil.

Cílem této klinické studie je sledování epidemiologických souvislostí a příčin vedoucích k narůstajícímu počtu infekcí virem hepatitidy C. Je zaměřena zejména způsoby šíření, průběh a následky virové hepatitidy C v naší populaci. Předpokládáme, že informace získané v rámci této studie, pomohou v blízké budoucnosti při přípravě efektivních preventivních programů.

Za účelem výzkumu v rámci této studie bude použita malá část Vašeho krevního séra, získaná při běžných odběrech krve v rámci diagnostických nebo kontrolních testů ordinovaných Vaším ošetřujícím lékařem. Odběr krve obnáší mírnou bolest v místě vpichu jehly do žíly. Za účelem běžného vyšetření anti-HCV protilátky k diagnostice infekce virem hepatitidy C a k testu polymerázovou řetězovou reakcí (PCR), který diagnózu potvrzuje je potřeba odebrat 10 ml krve. Ke speciálním testům, prováděným pro účely této studie bude použito zbývající krevní sérum.

- V rámci studie vás rovněž požádáme o vyplnění dotazníku. Otázky jsou zaměřeny hlavně na rizikové faktory pro šíření virové hepatitidy typu C. Část otázek je zaměřena na osobu pacienta, zahrnuje informace o Vašem věku, dosaženém vzdělání apod. Další otázky se budou týkat Vašeho zdravotního stavu, chování, zvyklostí a možného způsobu nákazy virem hepatitidy C (otázky týkající se operací, krevních převodů, sexuálních praktik, zneužívání návykových látek a dalších rizikových faktorů). Vyplnění dotazníku s asistencí vyškolené zdravotní sestry Vám nezabere více než 15 minut.
- Pokud se rozhodnete zúčastnit se této studie, budete požádáni o souhlas písemnou formou. Chceme zdůraznit, že jakékoliv údaje o Vaší osobě budou považovány za přísně důvěrné. Ve studii budete identifikován(a) pouze podle počátečních písmen Vašeho jména a přiděleného čísla. Nicméně, za určitých okolností může být nezbytné získat další informace z Vašich lékařských záznamů - opět veškeré údaje budou přísně důvěrné. Výsledky získané v této klinické studii budou dále zpracovávány v anonymní formě pro odborné vyhodnocení. Ke zveřejnění nebo dalšímu přenosu Vašich zdravotních údajů nedojde.

Prosíme vezměte na vědomí, že se můžete naprosto svobodně rozhodnout, zda se studie zúčastníte nebo ji odmítnete. Jestliže se rozhodnete studii zúčastnit a pak své rozhodnutí změníte, informujte Vašeho lékaře co nejdříve. Lékař nebude žádným způsobem Vaše rozhodnutí kritizovat. Jestliže se rozhodnete ze studie odstoupit nebo se jí nezúčastnit, přístup lékaře a jeho péče o Vás nebudou tímto rozhodnutím nijak ovlivněny.

Záznam významných otázek a odpovědí z informativního rozhovoru:

Informovaný souhlas

Já, souhlasím s účastí v klinické studii:
Jméno pacienta (tiskacím písmem)

„Virová hepatitida C ve Střední Evropě“.

MUDr. mě podrobně a srozumitelným způsobem informoval(a) o průběhu, důležitosti a rozsahu klinické studie. Přečetl(a) jsem si a pochopil(a) text informace pro pacienta a informovaného souhlasu. Mé dotazy byly ošetřujícím lékařem zodpovězeny srozumitelným způsobem a dostatečně podrobně.

Svým podpisem tohoto prohlášení také dávám svůj souhlas k tomu, že oprávněné osoby, odpovědné za provedení klinické studie, mohou kontrolovat mé lékařské záznamy.

Údaje o mé osobě budou uchovány s absolutní důvěrností a nebudou poskytnuty třetím stranám.

Datum: ___ / ___ / ___
dd mm rrrr

.....
Jméno pacienta tiskacím písmem

.....
Podpis pacienta

Datum: ___ / ___ / ___
dd mm rrrr

.....
Jméno informujícího lékaře tiskacím písmem

.....
Podpis lékaře

(pozn: Tento formulář se vyplní 2x, jedna kopie je určena pro pacienta a druhá zůstává v dokumentaci)