

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Michal Samson

Kvalita života očima pacientů s duální diagnózou hospitalizovaných
v Psychiatrické nemocnici Bohnice

Quality of life through the eyes of patients with a dual diagnosis
hospitalized in the Bohnice Psychiatric Hospital

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, 19. 5. 2024

Bc. Michal Samson

Podpis:

Identifikační záznam:

SAMSON, Michal. *Kvalita života očima pacientů s duální diagnózou hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice [Quality of life through the eyes of patients with a dual diagnosis hospitalized in the Bohnice Psychiatric Hospital]*. Praha, 2024. 96 s., 4 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Kalina, Kamil.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěl upřímně poděkovat vedoucímu práce doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za vedení a podporu při psaní práce a především za jeho trpělivost. Dále bych chtěl poděkovat za podporu také rodině a přátelům, kolegům z oboru za cenné rady a v neposlední řadě samotným pacientům za ochotnou účast ve výzkumu.

Abstrakt

Východiska: Psychiatrické onemocnění či závislost na návykových látkách negativně ovlivňuje kvalitu života člověka. V případě, že se u téhož člověka vyskytuje psychiatrické onemocnění současně se závislostí, hovoříme o duální diagnóze. Pacienti s duální diagnózou jsou poměrně nově rozpoznávanou a náročnou klientelou, proto zmapování kvality jejich života může přinést zajímavé poznatky, které by se mohly dále využít v praxi.

Cíle: Porovnat kvalitu života pacientů trpících duální diagnózou přijatých k prvnímu pobytu a absolventskému pobytu na oddělení 16 v Psychiatrické nemocnici Bohnice s hodnotami, které byly naměřeny u běžné populace a dále prokázat existenci vztahu délky abstinence, typu adiktologické diagnózy a druhu pohlaví na spokojenost s fyzickým zdravím, hodnocením kvality života a frekvencí prožívání negativních pocitů.

Metody: Pro sběr dat do kvantitativního výzkumu byl použit dotazník WHOQOL-BREF, který hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. Sociodemografické údaje byly zaznamenávány do vlastního vytvořeného dotazníku. Analýza dat proběhla pomocí popisné statistiky a testování hypotéz pomocí Mann-Whitney U testu.

Výsledky: Pacienti na prvním pobytu hodnotí oproti běžné populaci hůře kvalitu svého života, jsou více závislí na lékařské péči, méně je těší život, jsou méně spokojeni se sebou, mají zhoršené fyzické zdraví a psychické prožívání. Absolventi jsou oproti běžné populaci více závislí na lékařské péči a pociťují zhoršené fyzické zdraví. Pacienti s abstinencí delší, než dva měsíce, hodnotí lépe kvalitu svého života a prožívají méně často negativní pocity, než pacienti s kratší abstinencí. Pacienti s poruchou způsobenou alkoholem prožívají méně často negativní pocity, než pacienti s poruchou způsobenou více drogami. Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, nejsou více spokojeni se svým fyzickým zdravím, než pacienti s kratší abstinencí. Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem nehodnotí hůře kvalitu svého života, než pacienti s poruchou způsobenou více drogami. Mezi pohlavími pacientů neexistuje rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů.

Závěr: Hlavním výstupem této práce, který by si zasloužil další pozornost a výzkum, bylo nepotvrzení všeobecně přijímaného stanoviska, že čím je delší abstinence, tím je lepší fyzické zdraví a že mezi pohlavími neexistuje rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů, což je v rozporu s odbornou literaturou. Další výstupy potvrzují teoretická východiska, ze kterých se čerpalo, například o pozitivním vlivu abstinence na kvalitu života a prožívání negativních pocitů, či přináší zajímavé poznatky o hodnocení kvality života a prožívání negativních pocitů v závislosti na typu adiktologické diagnózy.

Klíčová slova: Abstinence, duální diagnóza, duševní onemocnění, kvalita života, léčba závislosti

Abstract

Background: Psychiatric illness or addiction to substances can negatively affect a person's quality of life. When a person has both a psychiatric illness and an addiction simultaneously, it is referred to as a dual diagnosis. Patients with a dual diagnosis are a relatively newly recognized and demanding clientele. Mapping their quality of life can yield interesting findings that could be further applied in practice.

Objectives: To compare the quality of life of patients with a dual diagnosis admitted for their first stay and those admitted for a graduate stay at Ward 16 of the Bohnice Psychiatric Hospital with values measured in the general population. Additionally, to demonstrate the relationship between the length of abstinence, type of addiction diagnosis, and gender on satisfaction with physical health, assessment of quality of life, and frequency of experiencing negative feelings.

Methods: The WHOQOL-BREF questionnaire was used to collect data for quantitative research, assessing overall quality of life and health status. Sociodemographic data were recorded in a self-created questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics and hypothesis testing with the Mann-Whitney U test.

Results: Compared to the general population, patients on their first stay rate their quality of life worse, are more dependent on medical care, enjoy life less, are less satisfied with themselves, and have impaired physical health and psychological experiences. Graduates are more dependent on medical care and experience poorer physical health than the general population. Patients with abstinence longer than two months rate their quality of life better and experience fewer negative feelings than patients with shorter abstinence. Patients with alcohol-induced disorders experience fewer negative feelings than patients with polydrug-induced disorders. However, patients with abstinence longer than two months are not more satisfied with their physical health than those with shorter abstinence. Patients with alcohol-related disorders do not rate their quality of life worse than patients with multiple drug-related disorders. There is no difference between the sexes in the frequency of experiencing negative feelings.

Conclusion: The main output of this work, which deserves further attention and research, is the disconfirmation of the generally accepted position that longer abstinence leads to better physical health. Additionally, the finding that there is no difference between sexes in the frequency of experiencing negative feelings contradicts professional literature. Other findings confirm theoretical starting points, such as the positive effect of abstinence on quality of life and the experience of negative feelings, and provide interesting insights into the evaluation of quality of life and the experience of negative feelings depending on the type of addiction diagnosis.

Key words: Abstinence, dual diagnosis, mental illness, quality of life, addiction treatment

Obsah

Úvod.....	9
1. Kvalita života	11
1.1 Historický vývoj	11
1.2 Vymezení pojmu a definice kvality života	12
1.3 Kvalita života ve zdravotnictví.....	13
1.4 Dimenze a dělení kvality života	16
1.5 Měření kvality života	18
2. Kvalita života s duševním onemocněním	21
2.1 Modely a hodnocení kvality života osob s duševním onemocněním	21
2.2 Strategie reformy psychiatrické péče	22
2.3 Stigmatizace osob trpících duševním onemocněním	23
2.4 Výběr studií zaměřených na QoL s duševní poruchou	23
3. Kvalita života se závislostí	25
3.1 Tělesná poškození z užívání nelegálních drog a alkoholu	26
3.2 Sociální dopady látkové závislosti	27
3.3 Výběr studií zaměřených na kvalitu života se závislostí.....	28
4. Duální diagnózy	30
4.1 Pojem duální diagnóza	30
4.2 Prevalence duálních diagnóz.....	31
4.3 Etiologie duálních diagnóz	32
4.4 Diagnostika duálních diagnóz.....	33
4.5 Léčba duálních diagnóz	34
4.6 Časté kombinace závislostí a duševních poruch	37
5. Oddělení duálních diagnóz v Psychiatrické nemocnici Bohnice	40
5.1 Charakteristika oddělení	40
5.2 Charakteristika léčby	40
6. Cíl práce.....	42
6.1 Výzkumné otázky a hypotézy	42
7. Metoda získávání dat	43
7.1 Nástroje	44
8. Zpracování a analýza dat.....	45
9. Etické aspekty práce	45

10. Výzkumný soubor	45
10.1 Charakteristika výběrového souboru	46
11. Výsledky	47
11.1 Vyhodnocení odpovědí sociodemografického dotazníku.....	47
11.2 Vyhodnocení odpovědí dotazníku WHOQOL-BREF	55
11.3 Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF.....	68
11.4 Vyhodnocení hypotéz.....	69
12. Diskuze	72
12.1 Diskuze výsledků	72
12.2 Limity výzkumu.....	76
13. Závěr	78
Seznam použité literatury	79
Seznam zkratk	84
Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	84
Seznam příloh	87
Příloha č. 1: Sociodemografický dotazník	88
Příloha č. 2: Dotazník WHOQOL-BREF	89
Příloha č. 3: Vyjádření etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice	92
Příloha č. 4: Četnost jednotlivých zachycených diagnóz	93

Úvod

V září roku 2016 jsem nastoupil na pozici zdravotního bratra na nově otevřené oddělení léčby duálních diagnóz v Psychiatrické nemocnici Bohnice a na tomto místě setrávám do dnešních dnů. Výkon povolání na tomto oddělení se pro mě stal natolik zajímavým a naplňujícím, že téma diplomové práce zabývající se problematikou duálních diagnóz bylo pro mě jasnou volbou. Od začátku jsem si totiž v duchu kladl otázku, jak kvalitně se asi žije člověku, kterého netrápí „pouze jen“ závislost na návykové látce, ale současně i duševní onemocnění a jak se tato kvalita jeho života může asi změnit po úspěšně absolvované léčbě a dodržování abstinence? Odpovědi nejen na tyto otázky jsem se pokusil nalézt právě v této práci, která je rozdělena do třinácti kapitol.

První kapitolu této práce jsem věnoval samotné kvalitě života (Quality of Life/QoL) obecně a přináším v ní poznatky o historickém vývoji tohoto pojmu a jeho vymezení včetně přehledu několika definic QoL od různých autorů. Další oddíl této kapitoly se zabývá QoL ve zdravotnictví, konkrétně pak z pohledu medicíny, psychologie, psychoterapie a ošetrovatelství. Poslední dva oddíly této kapitoly jsou zaměřené na dělení QoL do dimenzí a metody či nástroje, kterými se QoL měří.

Druhá kapitola se zabývá QoL člověka s duševním onemocněním, přičemž v první její části se věnuji modelům QoL u duševně nemocných a hodnocení QoL u duševně nemocných. Dále se tu věnuji QoL v rámci Strategie reformy psychiatrické péče a stigmatizaci osob trpících duševním onemocněním. Na závěr této kapitoly pak představuji výsledky vybraných studií, které se zabývají QoL lidí s duševním onemocněním.

Třetí kapitola se zabývá QoL člověka se závislostí na návykové látce, přičemž tu uvádím diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN-10 a popisují tělesná poškození plynoucí z užívání nelegálních drog a alkoholu včetně sociálních dopadů látkové závislosti. Závěr této kapitoly patří opět prezentaci výsledků vybraných studií na téma QoL člověka se závislostí.

Čtvrtá kapitola je věnována problematice duálních diagnóz, konkrétně pak vymezení pojmu duální diagnóza, prevalenci duálních diagnóz, etiologii, diagnostice, léčbě a častým kombinacím závislostí a duševních poruch.

Pátá kapitola představuje oddělení léčby duálních diagnóz v Psychiatrické nemocnici Bohnice, přičemž v první části charakterizují samotné zvyklosti oddělení, typickou klientelu a terapeutický tým. V druhé části této kapitoly popisují nabízené typy léčebných pobytů, fáze léčby včetně postupové zkoušky a závěrem výčet terapeutických aktivit, které pacienti v rámci léčebného pobytu plní.

Praktická část práce začíná kapitolou šest a končí kapitolou třináct, přičemž začíná stanovením cílů práce, jako je porovnání QoL pacientů trpících duální diagnózou hospitalizovaných k prvnímu pobytu a absolventskému pobytu na oddělení duálních diagnóz v Psychiatrické nemocnici Bohnice s hodnotami, které byly naměřeny u běžné populace a dále prokázání existence vztahu délky abstinence, typu adiktologické diagnózy a druhu pohlaví na spokojenost s fyzickým zdravím, hodnocením kvality života a frekvenci prožívání negativních pocitů. Konec praktické části je standardně věnován diskuzi výsledků a závěru.

1 Kvalita života

1.1 Historický vývoj

Ve 20. letech minulého století byl historicky poprvé zmíněn pojem QoL, a to v rámci úvah o úloze státu v oblasti materiálního zabezpečení nižších vrstev společnosti, přičemž hlavním tématem diskuze byl vliv státních dotací na kvalitu života chudých, ve spojitosti s celkovým vývojem státních financí (Hnilicová, 2005). Za tímto prvním uvedením pojmu do podvědomí stál roku 1920 anglický ekonom A. C. Pigou, ale v té době se tato koncepce ještě neseťkala s větším přijetím a znovu se začala objevovat až po druhé světové válce (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Po konci druhé světové války přispívají k rozvoji koncepce QoL dvě zásadní události. V prvním případě je to Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization / WHO) rozšířená definice zdraví na stav fyzické, sociální a duševní pohody, což vedlo k diskuzím o měřitelnosti QoL, v druhém případě šlo o narůstající sociální rozdíly v západní společnosti (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

V 60. letech minulého století, se pojem QoL objevuje v politickém kontextu, kdy tehdejší americký prezident Johnson během jednoho ze svých projevů prohlásil za cíl své domácí politiky zlepšování QoL Američanů. Prostá kvantita spotřebovaného zboží (*how much*) dle Johnsona není ukazatelem společenského blaha, ale je jím naopak to, jak se lidem za určitých podmínek žije (*how good*). Jak se totiž časem ukázalo, soustavný ekonomický růst automaticky nevede k rostoucí spokojenosti lidí se životem, ale naopak k růstu požadavků, které nejsou vždy splnitelné (Hnilicová, 2005).

Za první období evropského zavedení pojmu QoL se považují 70. léta ve Švýcarsku, kde měla nevládní organizace Římský klub za jednu z předních aktivit zvyšování životní úrovně lidí a jejich QoL (Vaďurová & Mühlpachr, 2005). Dále Německý politik Willy Brandt v 70. letech minulého století postavil na dosahování lepší QoL svých spoluobčanů politický program německé sociální demokracie. Za nedlouho na to se pojem QoL uchytil i v sociologii, kde slouží dodnes k odlišení podmínek života typu finanční příjem či počet automobilů na domácnost od vlastního pocitu lidí ze života. V 70. letech byl také poprvé pojem použit pro výzkumné účely, a to v USA formou celonárodního šetření QoL obyvatelstva. Cílem šetření byl vývoj subjektivních indikátorů ukazujících, jak lidé hodnotí svůj život, a současně doplňujících objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou kvalita ovzduší, úroveň bydlení, kriminalita atd. Závěry tohoto šetření uvádí, že zlepšení socioekonomických podmínek má význam jen do té míry, kdy uspokojování relevantních potřeb nedosáhne minimální hranice, která se obvykle definuje jako hranice chudoby. Socioekonomický status či biologické zdraví tak obvykle nebývají v přímé úměře se subjektivním vnímáním kvality života, rozhodující je emoční prožívání života a jeho kognitivní hodnocení (Hnilicová, 2005). Roku 1974 stanovila Evropská komise při Organizaci

spojených národů (OSN) 8 sociálních indikátorů QoL: zdraví, nákup zboží a služeb, kvalita pracovního prostředí, pocit sociální jistoty, možnosti trávení volného času, možnosti rozvoje osobnosti, možnosti účasti na společenském životě, fyzikální kvalita životního prostředí (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

V 80. letech se pojem QoL začíná hojně užívat i v medicíně a objevovat se stále častěji v klinických studiích. Největší rozmach studií QoL však nastává okolo roku 2000, kdy ve světě vznikají na mnoha pracovištích celé výzkumné multidisciplinární týmy vycházející z různých koncepčních rámců a snažící se toto téma uchopit z různých aspektů. Jako důkaz může posloužit například i databáze MEDLINE, kde bylo v roce 2000 k nalezení více než 4000 publikací a článků na téma QoL, přičemž v roce 1990 to bylo pouze jen kolem jednoho tisíce (Hnilicová, 2005).

1.2 Vymezení pojmu a definice kvality života

I přes to, jak je pojem QoL v současné době frekventovaný, nenacházíme dodnes jednotnou názorovou schodu v oblasti jeho metodologických otázek a konceptualizace. Za příčinu neshod se považuje právě to, že se o QoL hovoří v různých vědních oborech a v různých souvislostech. Mezi hlavní vědní obory, v rámci kterých se o QoL hovoří nejvíce, patří psychologie, medicína, sociologie, ekologie či kulturní antropologie. Sociologie se zabývá QoL různých sociálních skupin a srovnává ji například v rámci určité populace či mezikulturálně, přičemž pro tyto skupiny hledá nejvíce determinující faktory. Psychologie se zase zabývá především subjektivní pohodou jednotlivce a pokouší se ji měřit pomocí různých metod. Zdravotnictví všeobecně hodnotí v rámci QoL poskytovanou péči a zdravotnické programy (Hnilicová, 2005). Díky zájmu odborníků ze všech možných vědních oborů, se z QoL stal pojem s multidisciplinárním přesahem. OSN rozeznává ve svém projektu Agenda on Ageing for the 21st Century šest oblastí QoL: fyziologickou, psychologickou, sociální, ekonomickou, duchovní a environmentální (Mühlpachr, 2005).

Co se týče definice QoL, literatura jich uvádí celou řadu, avšak neexistuje ani jedna, která by byla všeobecně akceptována. Komplikaci pro sjednocení definice představuje i výskyt pojmů používaných jako ekvivalenty a analogické termíny. Jedná se o pojmy jako „sociální pohoda“ (*social well-being*), „sociální blahobyt“ (*social welfare*) a „lidský rozvoj“ (*human development*). Na nejobecnější úrovni lze tedy QoL chápat jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, jako jsou například zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky, což má za následek ovlivnění lidského rozvoje na úrovni jednotlivce i celých společností (Hnilicová, 2005).

Gurková (2011) uvádí, že právě z důvodu výskytu pojmu QoL v mnoha vědních disciplínách, pojetích, metodách hodnocení či indikátorech, není možná všeobecně závazná definice. Jedná se dle ní o skrytou proměnnou, naplnitelnou pouze individuálním obsahem. Co však možné je, tak vymezení následujících definujících znaků QoL na základě analýzy dostupných definic:

- Má více dimenzí, je hodnotově orientovaná a kulturně podmíněná.
- Vyznačuje se jak dynamičností, tak i jistou stabilitou v čase.
- Je subjektivně hodnocena na základě vnitřních standardů.
- Je to proces hodnotící individuální podmínky k životu či jejich subjektivní vnímání.
- Zaměřuje se na pozitivní a negativní aspekty dopadů onemocnění.
- Je do jisté míry nezávislá na zdravotním stavu, přičemž ale samotné zdraví představuje její významnější prediktor, který by se však měl měřit samostatně.

Dle Křivohlavého (2002, s. 40) mají všechny definice QoL společné to, že do nich spadají oblasti fyzického, psychického a sociálního stavu. Na základě tohoto tedy uvádí, že *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života“*

Kebza (2005, s. 57) uvádí, že první pracovní definici QoL přinesla roku 1993 WHO, která ji prezentovala jako *„vnímání lidí a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám“*.

Jako aktuální definici QoL dle WHO uvádí Dragomirecká a Prajsová (2009, s. 9) to *„jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“*.

K. C. Calman, kterého cituje Kebza (2005, s. 59), popisuje osobní QoL jako *„rozpor mezi sny, nadějemi a ambicemi každého člověka a jeho současnými reálnými zkušenostmi, přičemž lidé jsou obecně motivováni, aby tento rozpor byl eliminován, resp. odstraňován“*.

Salajka (2006, s. 11) uvádí definici Campbella, který popisuje QoL jako *„Rozdíl mezi chtěnými a uskutečněnými cíli – čím větší tento rozdíl je, tím nižší kvalita života.“*

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu uvádí tuto definici: *„Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.“* (Hnilicová, 2005, s. 208).

1.3 Kvalita života ve zdravotnictví

Medicína

Pro dnešek je charakteristické prodlužování délky života, což má za následek převahu výskytu dlouhotrvajících, chronických onemocnění nad onemocněními infekčními. Pojem QoL tedy prezentuje názor, že zdravotnická péče je smysluplná do té doby, po jakou má pozitivní přínos pro pacientův život, jinými slovy, za hlavní cíle dnešní medicíny se

nepovažuje prodlužování života jako takové, ale zlepšení jeho kvality či alespoň její zachování (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

Medicína a zdravotnictví všeobecně se v oblasti QoL opírá o pojetí zdraví dle WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci či vady, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Lékaře musí zajímat, jaký dopad na kvalitu života má zvolená terapie a jakou kvalitu života mají lidé s různými onemocněními. Z toho vyplývá, že v medicíně a zdravotnictví se výzkum QoL zaměřuje na psychosomatiku a fyzické zdraví. Na základě toho se nejčastěji užívá pojem „*health related quality of life*“, neboli QoL ovlivněná zdravím, která je specifikována jako subjektivní pocit životní pohody, asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. V praxi to znamená, že krom klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu poskytované terapie (např. vymizení příznaků choroby) se sledují i subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou například bolest, emoce či zvládání chůze do schodů (Hnilicová, 2005).

Aktuální je tento přístup v oblasti péče o onkologické a psychiatrické pacienty, kdy v případě nevyléčitelného onemocnění nelze dosáhnout úplného uzdravení, a proto se cílem terapie stává udržení stávající QoL či její zvýšení. O QoL se uvažuje především u onkologicky nemocných při rozhodování, zda je vůbec účelné aplikovat život prodlužující terapii, která pro svoji agresivitu často zhoršuje pacientovi QoL více, než samotné onemocnění (Hnilicová, 2005).

Psychologie

Pojetí QoL v psychologii se vztahuje k subjektivně prožívané životní pohodě (*subjective well-being*), spokojenosti se životem jako takovým a pocitu štěstí (*happiness*). Nejvíce se pracuje s termínem subjektivní pohoda, který má kognitivní a emocionální dimenzi. Kognitivní dimenze obsahuje to, jak celkově a racionálně hodnotíme vlastní život, jak jsme s ním spokojeni nebo nespokojeni. Do emocionální dimenze spadá citové prožívání a sledování převažujících emocí, v rámci kterého se zjišťuje u dané osoby celkové emoční naladění a zda převažují negativní či pozitivní citové reakce (Hnilicová, 2005). Životní či osobní pohoda spadá z psychologického hlediska někde na pomezí osobnostních rysů, afektů a nálad a hovořit se o ní dá v momentě, kdy trvá řádově alespoň týdny. Pokud trvá jen dny či okamžiky, jedná se spíše jen o náladu (Šolcová, Kebza, 2004). Kebza (2005) dále uvádí termíny, kterými je tato prožívaná pohoda nejčastěji popisována: „*life satisfaction*“ (životní spokojenost), „*welfare*“ (blaho), „*pleasure*“ (radost), „*prosperity*“ (úspěšnost) a „*happiness*“ (štěstí).

Dle Vymětala (2003) se dostavuje spokojenost společně s pocitem štěstí v případě, že jedinec včetně svých nejbližších nalezne uplatnění, přičemž prožívá a získává pozitivní citovou odezvu od svého nejbližšího okolí. Jsou-li naplněna jedincova očekávání o kvalitním životě, pak svůj život vnímá jako kvalitní. Podstatná je z hlediska psychologického pojetí QoL jedincova:

- **Kompetentnost:** schopnost dokázat porozumět svému okolí a ovlivňovat jej.
- **Autonomie:** schopnost samostatného rozhodování a sebeřízení.
- **Autenticita:** schopnost být sám sebou a ve shodě s vlastní hodnotovou orientací.

Šolcová s Kebzou (2004) uvádí šest základních dimenzí struktury osobní pohody dle Ryffové a Keyesové z roku 1995:

1. **Sebepřijetí:** jedinec má k sobě pozitivní postoj, je srozuměn s vlastní minulostí, dobrými i špatnými aspekty sebe a akceptuje to.
2. **Pozitivní vztahy s druhými:** jedinec je schopen empatie, má zájem o blaho druhých a má s nimi vřelé uspokojující vztahy.
3. **Autonomie:** jedinec je schopen zachovat si vlastní názor a jednání i přes vystavení se sociálním tlakům, není závislý na očekávání a hodnocení druhých.
4. **Zvládání životního prostředí:** jedinec zvládá každodenní nároky, má přehled o tom, co se děje v jeho okolí a je schopen toho využít pro naplnění vlastních cílů a potřeb.
5. **Smysl života:** jedinec směřuje svůj život k dosahování vlastních cílů a má pocit, že život minulý i přítomný má smysl.
6. **Osobní rozvoj:** jedinec je otevřen novému, schopen vidět pozitivní změny na vlastním já a chování, nepřipouští si pocit nudy a stagnace, naopak má pocit trvalého vývoje.

Psychoterapie

Psychoterapie se v souvislosti s QoL uplatňuje především v rámci psychologické rehabilitace osob s cílem dosažení co možná nejvyšší kvality života. Psychoterapie vede jedince k pravdivému sebepoznání, rozvoji osobnosti či naplnění jeho pozitivních možností, které mohou být výrazně omezeny na základě prodělané, nebo právě probíhající nemoci či vady. Dále dochází k postupnému terapeutickému zpracovávání, přijímání a odstraňování různých vnitřních překážek, obav a omezení na individuální i rodinné úrovni, které zasahují do různých životních oblastí a stojí v cestě ke kvalitnímu životu. Dalo by se tedy říci, že psychoterapie preventivně i léčebně působí na psychopatologické fenomény a tím zvyšuje QoL (Vymětal, 2003).

Ošetrovatelství

QoL spadá pod dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče. Nezaměřuje se pouze jen na fyzické aspekty, ale v rámci zmíněných dlouhodobých cílů především na podporu zvládání denních aktivit, využívání zdrojů sociálních opor a především na pacientův návrat do běžného života. Zkoumáním toho, jak pacienti vnímají vliv onemocnění na svůj život, je možné plánovat adekvátní intervence, které zlepší terapeutický vztah s pacientem i jeho QoL (Gurková, 2011).

1.4 Dimenze a dělení kvality života

V rámci všech přístupů a s notnou dávkou zjednodušení má koncept QoL dvě dimenze, a sice subjektivní a objektivní. Emocionalita a všeobecná spokojenost se životem spadá do dimenze subjektivní. Fyzické zdraví, sociální status, splnění materiálních a sociálních požadavků spadá do dimenze objektivní. Otázkou nadále zůstává jak spolu subjektivní a objektivní dimenze souvisí a jak by měla dle toho být QoL nejlépe měřena (Hnilicová, 2005).

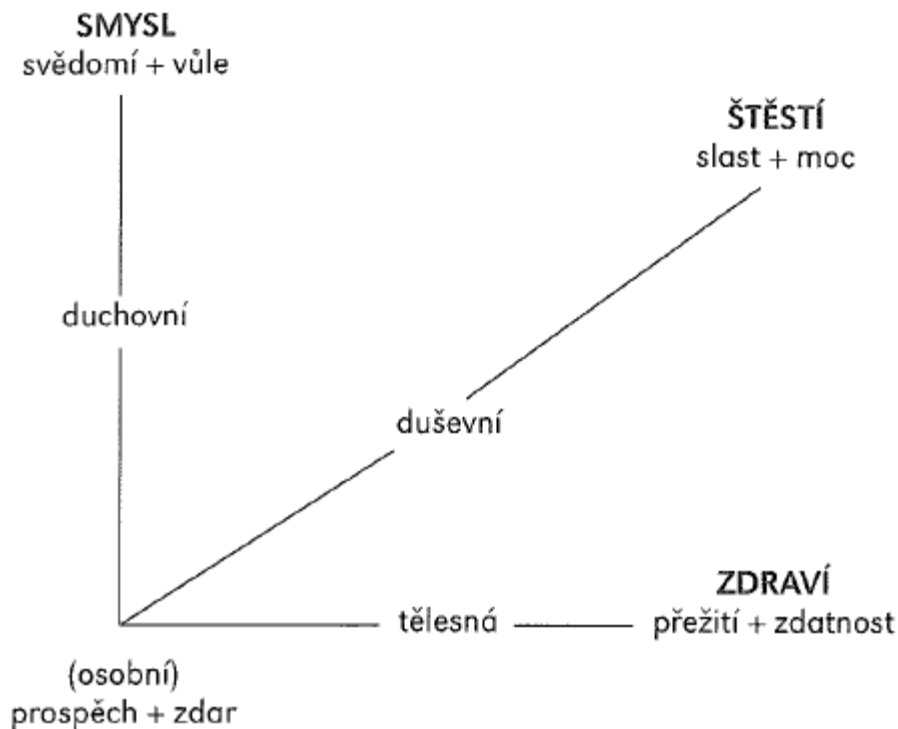
Křivohlavý (2002) uvádí hierarchické rozdělení QoL do třech odlišných sfér dle Engela a Bergsmy z roku 1988:

1. **Makro-rovina:** patří sem velké společenské celky dané země či celého kontinentu. Stran QoL tu spatřuje Engel a Bergsma nejhlubší zamyšlení o absolutním smyslu života. Život je tu chápán jako absolutní morální hodnota, kterou musí definice QoL plně respektovat. Problematika je v tomto pojetí součástí politických úvah.
2. **Mezo-rovina:** patří sem malé sociální skupiny, jako je například škola, nemocnice či závod. V této rovině se řeší především otázky sdílených hodnot, sociálního klimatu, mezilidských vztahů, uspokojování základních potřeb každého člena skupiny či existence sociální podpory.
3. **Personální rovina:** nejjednoznačněji definována jako život jednotlivce. Týká se každého z nás jednotlivě a řeší otázky subjektivního hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti či nadějí. Jelikož v této rovině hodnotí jedinec sám vlastní QoL, tak do hry vstupují jeho osobní hodnoty, představy, pojetí, očekávání atd.

Hnilicová (2005) uvádí dělení QoL do tří dimenzí dle Balcara (Obrázek č. 1):

1. **Tělesná či fyzická:** znázorňuje tradiční pojetí zdraví člověka, fyzickou harmonii a zdatnost tělesných funkcí jako ideální normu.
2. **Duševní či prožitková:** znázorňuje tradiční pojetí štěstí v podobě prožívání slasti a uplatňování moci.
3. **Duchovní či noická:** znázorňuje prožitek smysluplnosti vlastního života.

Obrázek č. 1: Životní kvality a kvalitní život



Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádí čtyři dimenze QoL dle WHO rozdělené za účelem měření:

1. **Fyzické zdraví, úroveň samostatnosti:** bolest, energie, odpočinek, únava, mobilita, schopnost pracovat, každodenní život, závislost na lékařské pomoci atd.
2. **Psychické zdraví, duchovní stránka:** pozitivní a negativní pocity, sebepojetí, sebehodnocení, vyznání, spiritualita, víra, koncentrace, myšlení, učení, paměť atd.
3. **Sociální vztahy:** sociální podpora, osobní vztahy, sexuální aktivita atd.
4. **Prostředí:** svoboda, finanční zdroje, dostupnost zdravotnické a sociální péče, bezpečí, domácí prostředí, fyzikální prostředí (klíma, znečištění, hluk atd.), příležitosti pro získávání nových dovedností a vědomostí atd.

Dragomirecká a Bartoňová (2006) zmiňují Veenhovenovou (Tabulka č. 1), která v zásadě přispěla svojí teorií „čtyř kvalit života“ ke kategorizaci konceptů QoL, přičemž za zmiňované čtyři kvality považuje:

1. Vnější kvality: charakteristiky společnosti a prostředí.
2. Vnitřní kvality: charakteristiky individua.
3. Životní předpoklady.
4. Životní výsledky.

Tabulka č. 1: Čtyři kvality života podle Veenhovenové

	Vnější kvality	Vnitřní kvality
Předpoklady	A. vhodnost prostředí životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. životaschopnost jedince psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
Výsledky	C. užitečnost života vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	D. vlastní hodnocení života subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

Toto rozdělení životních kvalit následně umožňuje posuzovat koncepty dobrého života dle toho, kterými aspekty se zabývají. V kvadrantu A nalezneme sociální, ekonomické, ekologické a kulturní podmínky, na které se zaměřuje ekologie, architektura a sociologie včetně sociálně-politických věd. Kvadrant B skrývá fyzické i duševní zdraví, schopnosti, znalosti či umění života a zkoumá jej lékařství, psychologie a pedagogika. Kvadrant C patří člověku a jeho vnější užitečnosti pro blízké okolí, společnost a lidstvo, ale také jeho vnitřní ceně v termínech morálního vývoje a dokonalosti, což z kvadrantu C činí předmět zájmu filozofie. Závěrem kvadrant D zahrnuje vlastní hodnocení spokojenosti v různých životních oblastech, celkové spokojenosti se životem či převažující nálady. Je předmětem zájmu většiny dotazníků týkajících se QoL (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

1.5 Měření kvality života

Vaňurová a Mühlpachr (2005) dělí nástroje pro měření QoL na:

- **Obecné:** multidimenzionální, použitelné na jedince s rozdílnou nemocí a zdravotním stavem, užitečné při zjišťování obecného zdravotního stavu či pro porovnávání nemocí. Nevýhodou je nízká citlivost na některé měřené oblasti, včetně hodnocení specifických změn.
- **Specifické:** zaměřeny na klíčové aspekty pro danou oblast měření, které jsou charakteristické např. pro danou populaci, schopnost či konkrétní onemocnění. Výhodou je pro svoji úzkou specifikaci přesnost a citlivost měření.

Křivohlavý (2002) rozeznává tři metody měření QoL:

1. **Objektivní metoda:** kvalitu hodnotí druhá osoba.
2. **Subjektivní metoda:** kvalitu hodnotí zkoumaná osoba.
3. **Smišená metoda:** kombinace objektivní a subjektivní metody.

Objektivní metody měření QOL

- **APACHE II** (*Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System*): Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu, měří vážnost nemoci, pomocí fyziologických a patofyziologických kritérií se snaží vystihnout celkový pacientův stav dle toho, jak se odchyluje od normálu.
- **The Karnofsky Performance Scale**: Karfonskyho index, stanovuje lékař na procentuální škále k danému datu, kdy 0% reprezentuje smrt pacienta a 100% normální stav pacienta bez obtíží.
- **VAS** (*Visual Analogue Scale*): Vizuální analogová škála, úsečka nesoucí dva extrémy na každém konci, např. od mimořádně špatného stavu pacienta po velice dobrý stav, do které se zaznačí pacientova aktuální pozice.
- **ILF**: *Index kvality života*, obsahuje slovně formulovaná kritéria, např. soběstačnost pacienta, sociální opora, bolest, emoce atd. Hodnotící kritéria tu krom hodnotitele stanovuje i celý terapeutický tým.
- **Spitzer Quality of Life Index**: *Kritéria kvality pacientova života podle W. O. Spitzera*, zabývá se oblastmi života jako: pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých, bolest, nepohodlí, nálada atd. Je určeno pouze pro nemocné jedince. Nevýhodou býval často velký rozdíl mezi hodnocením samotného pacienta a hodnotitele (Křivohlavý, 2002).

Subjektivní metody měření QOL

- **DDRS** (*Distress and Disability Rating Scale*): *Posuzovací škála stresu a neschopnosti*, škála je sestavena na systému hodnot zdravých i nemocných lidí po celém světě. Považuje se nedostatečnou v tom, protože v závislosti na mnoha proměnných je pro každého podstatné něco jiného.
- **SWLS** (*The Satisfaction with Life Scale*): *Stupnice spokojenosti se životem*, dotazník o pěti otázkách, kde hodnotitel určuje míru, do které souhlasí s uvedenými tvrzeními.
- **SEIQoL** (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*): *Systém individuálního hodnocení kvality života*, neobsahuje předem stanovená kritéria pro to, co je správné či žádoucí, ale vychází z osobní představy hodnotitele, co je důležité. Probíhá formou rozhovoru (Křivohlavý, 2002).
- **SEIQoL – DW** (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting*): vychází z výše uvedené verze, hodnotící označí důležitou životní oblast na barevném disku a v rámci označené oblasti ještě uvede, jak si tu vede na stupnici od 0 do 100.
- **LQoLP** (*Lancashire Quality of Life Profile*): probíhá formou sebeposuzujícího strukturovaného rozhovoru o 105 položkách, rozdělených do devíti oblastí, kdy hodnocení probíhá na sedmistupňové stupnici. Jedná se o variaci MANSa, v jejímž rámci je rozpracována metodika LSS – *Life Satisfaction Scale*.

- **SQUALA:** sebesposuzovací dotazník vycházející z Maslowovy stupnice potřeb (Vaďurová & Mühlpachr, 2005).

Smíšené metody měření QOL

- **MANSA** (*Manchester Short Assessment of Quality of Life*): Krátký způsob hodnocení QoL vypracovaný univerzitou v Manchesteru, cílem je vystihnout v daném momentu celkový obraz QoL daného člověka. Právě díky míře QoL v daném momentu lze účelně zaměřit efektivní léčbu.
- **LSS** (*Life Satisfaction Scale*): Škála životního uspokojení, jde o vodorovnou sedmistupňovou vizuální stupnici, kdy nalevo je minimum znázorňující, že to nemůže být horší a napravo maximum, kdy to nemůže být lepší (Křivohlavý, 2002).

Za zlatý standard měření QoL ovlivněné zdravím je pokládán dotazník SF-36 (*36 – Item Health Survey*). Tento dotazník má obecné zaměření, ale doporučuje se především k odhalení následků užívané farmakoterapie na QoL pacienta (Hnilicová, 2005).

2 Kvalita života s duševním onemocněním

Z počátku se v psychiatrii hodnocení QoL soustředilo pouze na symptomy, poruchy a postižení osob trpících těžkými, dlouhodobými a invalidizujícími onemocněními typu schizofrenie, chronické deprese či těžké poruchy osobnosti. Zlom nastal na počátku 80. let 20. století, tedy v éře, kdy se v západních zemích v rámci deinstitucionalizace začaly zavírat psychiatrické léčebny (v té době též nazývané „azyly“) a pacienti byli propuštěni zpět do společnosti, čímž tak vznikla pochopitelná obava o QoL těchto duševně nemocných v komunitě. Na základě toho došlo k přechodu na modely a opatření zaměřující se na perspektivu celkové QoL a zdraví duševně nemocných (Gigantesco & Giuliani, 2011).

Cílem dnešní psychiatrické rehabilitace duševně nemocných jedinců by dle Gigantesca a Giulianiho (2011) neměla být pouze pomoc v rozvoji dovedností potřebných k dosažení optimálních objektivních podmínek pro život, jako jsou např. vlastní bydlení, vzdělání či smysluplné zaměstnání, ale i schopnost přístupu k ceněným sociálním rolím a lepší sociální integrace díky odstraňování diskriminačních bariér.

2.1 Modely a hodnocení kvality života osob s duševním onemocněním

Gigantesco a Giuliani (2011) uvádí 3 modely QoL u duševně nemocných dle Angermeyera a Kiliana, kteří je stanovili po přezkumu konceptů QoL v odborné literatuře:

1. **Model subjektivní spokojenosti:** úroveň prožívané QoL jedince přímo souvisí s tím, zda jeho životní podmínky uspokojují či neuspokojují jeho potřeby a přání.
2. **Kombinovaný model subjektivní spokojenosti a důležitosti:** k výše zmiňovanému modelu přidává navíc zhodnocení důležitosti jednotlivých životních oblastí.
3. **Model fungování v rolích:** úroveň prožívané QoL jedince závisí na tom, jak dobře zvládá své životní role.

Dle Katschinga (2006) není však dosahování životních cílů závislé jen na subjektivních faktorech, ale přímo souvisí i s reálnými možnostmi daného prostředí, ve kterém jedinec žije. Bylo dokázáno, že jedinec trpící dlouhodobým duševním onemocněním často uvádí, že je spokojen se svými životními podmínkami, které jsou však dle vnějších standardů považovány za nedostatečné. Na základě toho se zdá, že dlouhodobě duševně nemocní postupně snižují své standardy, díky čemuž se více nerozšiřuje propast mezi očekáváním a naplněním. Vzniká tak fenomén, který by se mohl nazvat „standardní driftový klam“, což znamená, že pokud člověk dlouhodobě nedosahuje svých cílů, tak tyto cíle změní. Na základě toho je nezbytné zahrnout do QoL i environmentální faktory a při hodnocení posuzovat minimálně tyto tři složky: psychická pohoda a spokojenost, fungování v sociálních rolích, kontextové faktory (sociální a materiální).

Katsching (2006) dále poukazuje na to, že není vhodné ani dostačující, zaměřovat se při hodnocení QoL duševně nemocných, pouze na jejich subjektivní výpovědi, protože bývají většinou zásadním způsobem zkresleny příznaky základního onemocnění či nedostatečným náhledem. Řešení vidí v doplnění subjektivních výpovědí nemocných o vnější postřehy terapeutického týmu, rodiny a přátel. Pro externí hodnocení jsou pak typické neshody mezi pacientem a rodinou či odborníky v tom, zda se psychiatrická porucha u dotyčného opravdu vyskytuje či nikoli a zda je s tím potřeba něco dělat či nikoli.

2.2 Strategie reformy psychiatrické péče

QoL psychiatrických pacientů se v České Republice mimo jiné zabývá Strategie reformy psychiatrické péče, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v říjnu 2013. Strategie vnímá duševní zdraví jako neodmyslitelnou součást plné integrity člověka, která významně ovlivňuje a determinuje jeho kvalitu života ve všech jeho oblastech.

Vizí strategie je zdravější společnost, ve které je vysoká QoL dostupná i pro zdravotně omezené skupiny a nejen pro většinovou zdravou populaci. Snahou je tedy naplnit základní lidské právo na humánnější, lepší a kvalitnější život pro všechny. Základní referenční rámec strategie tvoří koncept QoL, z jehož pohledu se posuzují všechna opatření a aktivity, které směřují k naplnění globálního cíle, tedy ke zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Globální cíl je dále rozpracován do sedmi strategických cílů:

1. **Zvýšení kvality psychiatrické péče pomocí systémové změny organizace jejího poskytování:** opatřením je vznik nových Center duševního zdraví, rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče, restrukturalizace lůžkové péče atd.
2. **Omezení stigmatizace duševně nemocných včetně oboru psychiatrie:** opatřením je edukace odborné i laické veřejnosti, transformace k větší otevřenosti atd.
3. **Zvýšená spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou péčí:** opatřením je edukace odborné veřejnosti, zvýšení provázanosti zdravotních a sociálních služeb atd.
4. **Zvýšení efektivity péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti:** opatřením je edukace zdravotníků, uplatnění konsiliární psychiatrie ve všeobecných nemocnicích atd.
5. **Zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začlenění duševně nemocných do společnosti:** opatřením je zvýšení provázanosti zdravotní a sociální oblasti, rozšíření sítě poskytovatelů péče atd.
6. **Zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a jiných navazujících služeb:** opatřením je zvýšení efektivity spolupráce mezi územní samosprávou a složkami státní správy atd.
7. **Humanizování psychiatrické péče:** opatřením je přiblížení péče k nemocným a odklon od institucionálního modelu péče atd. (Reforma péče o duševní zdraví, 2013).

2.3 Stigmatizace osob trpících duševním onemocněním

Doubek (2010) zmiňuje velké mezery ve vzdělání a informovanosti běžné laické veřejnosti v oblasti duševních onemocnění celkově, nejvíce však v oblasti týkající se onemocnění schizofrenie. Vzniklé stigma může být následně příčinou komplikující postiženému jedinci život a snižující jeho šance na léčení. Praško (2007) udává, že takto vzniklá stigmatizace je založena na odlišnosti psychiatrických pacientů od většinové běžné populace bez závislosti na tom, jak závažným onemocněním pacienti trpí, protože pro automatické nálepkování může stačit již samotná léčba. Negativním vlivem je pak automatické očekávání společnosti, že jsou pacienti s duševní chorobou nebezpeční, nekontrolovatelní, chovají se nezvykle či agresivně, což záporně ovlivňuje chování veřejnosti k duševně nemocným.

Dle Wenigové (2005) mohou být následkem stigmatizace jedinců s duševním onemocněním potíže se získáním či udržením zaměstnání, potíže s bydlením, izolace nemocného, nespolupráce s lékaři a neochota se léčit, což může vést k přechodu onemocnění do chronické fáze. Někdy jsou dopady stigmatizace na nemocného tak zásadní, že se o stigmatizaci může hovořit jako o „sekundární nemoci“.

Naštěstí vznikla řada destigmatizačních aktivit, přičemž do podvědomí se dle mého názoru nejvíce dostal festival „Mezi ploty“, který pravidelně pořádá Psychiatrická nemocnice Bohnice či „Týdny pro duševní zdraví“, které pořádá Fokus Praha.

2.4 Výběr studií zaměřených na QoL s duševní poruchou

Z oblasti QoL u duševně nemocných vzniklo a vzniká mnoho studií, na následujících řádcích tedy uvedu několik z nich:

Výzkum Valáškové a Machů (2000) probíhal roku 1997 v Psychiatrické léčebně v Brně a cílem bylo zjistit úroveň QoL pacientů pomocí dotazníku SQUALA. Porovnával se 50 náhodně vybraných pacientů se srovnávací skupinou 173 duševně zdravých osob. Výsledky výzkumu jsou následující:

- Psychiatrickí pacienti jsou v porovnání se zdravou populací výrazně nespokojenější se svým zdravím, sexuálním životem, fyzickou soběstačností a psychickou pohodou. Neuspokojivě dále pacienti vnímají oblasti spojené s dětmi, láskou, politikou, rodinou a zaměstnáním.
- Oproti zdravé populaci přisuzují pacienti vyšší hodnotu víře a odpočinku.
- Schizofrenní pacienti jsou jednoznačně spokojenější v oblastech souvisejících se zdravím, odpočinkem, psychickou pohodou, zálibami, uměním, jídlem a krásou než pacienti s afektivní poruchou.

Výzkum Prot-Klingerové a Pawłovské (2009) začal probíhat ve Varšavě roku 2004 založením komunitního mobilního týmu při Centru duševního zdraví Psychiatrického a neurologického ústavu a cílem bylo odhadnout účinnost nového komunitního modelu léčby pacientů se schizofrenií. Studie byla provedena na 37 pacientech a 25 pečovateli, přičemž hodnocení probíhalo při zahájení péče a po jednom roce. Výsledky výzkumu jsou následující:

- Bylo dosaženo zlepšení v oblastech: psychického stavu, kontaktu s rodinou, spokojeností se životem, odvykání, přijímání sociálních rolí
- Došlo ke snížení v oblasti: destruktivního chování, počtu hospitalizací, nákladů na léčbu v důsledku výrazného snížení délky nutnosti léčby.
- Komunitní péče umožňuje sociální začlenění, zlepšení sociálního fungování, subjektivní QoL a pocitu svobody.

Výzkum Vrbové et al. (2015) proběhl v roce 2015 za účasti 74 pacientů Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc a jeho cílem bylo zjistit míru sebestigmatizace a adherence u stabilizovaných ambulantních pacientů s diagnózou schizofrenního okruhu, jejich vzájemný vztah včetně vztahu ke svévolnému vysazování medikace v minulosti. Výsledky výzkumu jsou následující:

- V rámci sebestigmatizace nehraje statisticky významnější roli hereditární zátěž, pohlaví, partnerský vztah, vzdělání a objektivní či subjektivní hodnocení aktuální závažnosti poruchy.
- Míra sebestigmatizace nesouvisí s přiznaným vysazováním medikace v minulosti.
- Závažnost sebestigmatizace statisticky významně souvisí s dávkou antidepresiv a mírou adherence k léčbě.
- Pacienti s vysokou mírou sebestigmatizace, oproti pacientům s nízkou mírou, užívali vyšší dávky antidepresiv a byli méně adherentní k léčbě.
- Nedošlo k prokázání vztahu mezi závažností poruchy a mírou sebestigmatizace.
- Nejvýznamnější nález byl vzájemný vztah mezi sebestigmatizací a adherencí. Čím více pacient podléhá sebestigmatizaci, tím méně je k léčbě adherentní.

3 Kvalita života se závislostí

Prakticky všechny příznaky a negativní dopady psychického onemocnění (od stigmatizace až po schizofrenii) můžeme za daných okolností pozorovat i u jedinců závislých na užívání návykových látek. S jistou dávkou zjednodušení by se však dalo konstatovat, že QoL závislých zásadním a nežádoucím způsobem nejvíce ovlivňují psychiatrické komorbidity, negativní sociální dopady a somatická poškození způsobená užíváním návykových látek. V této kapitole se budu věnovat převážně somatologickým potížím a negativním sociálním dopadům. Psychiatrickou komorbiditou se budu zabývat ve čtvrté kapitole věnované duálním diagnózám.

Péče o závislé pacienty představuje výzvu pro interaktivní a terapeutickou kompetenci zdravotníků, což může být zároveň i důvodem, proč závislí pacienti nepatří zrovna mezi nejoblíbenější klientelu ve zdravotnictví a mnoho terapeutů dokonce léčbu závislosti explicitně vyjímá ze své nabídky služeb a výkonů. To samé by se dalo říct i o spoustě zařízení komplementární a ambulantní psychoterapeutické péče. Závislost jedince s velkou pravděpodobností dostane až do tělesné, psychické či sociální bídy a vystaví ho vysokému riziku předčasného úmrtí. Závislost má také schopnost dokonale zničit důstojnost člověka narušením jeho sebeúcty a rozvrácením akceptování závislého jeho sociální „bublinou“. V neposlední řadě závislosti trpí i okolí postiženého, typicky jde o členy rodiny a partnery. To vše dostatečně vypovídá o tom, že se v rámci závislosti nevymkne kontrole jen užívání látek, ale také určité způsoby chování, postoje a záliby. Zjednodušeně by se dalo říct, že průběh závislosti jako takové zastaví jen abstinence, protože bezpečné kontrolované užívání se zpravidla nepodaří ani s psychoterapeutickou pomocí (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Jeřábek (2015) udává diagnostická kritéria syndromu závislosti dle MKN-10:

- Závislí pociťuje silnou touhu a nutkání užít návykovou látku.
- Závislí obtížně kontroluje své užívání stran jejího množství a začátku či konce užívání.
- Přítomnost odvykacího stavu, jehož příznaky závislí mírní dalším užitím návykové látky.
- Závislí zvyšuje stran tolerance dávky návykové látky, aby dosáhl stejného účinku, který se dostavoval již při nižších dávkách.
- Užívání návykové látky, její obstarávání a zotavování se z jejího účinku na úkor zanedbávání jiných potěšení a zájmů.
- Závislí pokračuje v užívání i přes přítomnost jasných negativních dopadů, ať už fyzických, tak psychických.

3.1 Tělesná poškození z užívání nelegálních drog a alkoholu

Na následujících řádcích představím nejčastější **somatické komplikace způsobené užíváním nelegálních drog** dle Minaříka a Řeháka (2015), kteří dělí uživatele dle předpokládaných komplikací na *neinjekční uživatele s krátkou drogovou historií a experimentátory*, jejichž běžné komplikace jsou spojeny se specifickým účinkem návykové látky či s nevhodnou aplikací, *injekční uživatele dosud bez zdravotních potíží s vyšším rizikem infekční nákazy či vzniku lokální komplikace z aplikace a dlouhodobé injekční uživatele se závažnými zdravotními potížemi*, trpících nevratným poškozením organismu včetně jednotlivých orgánů a dostupného cévního systému, chronickými infekcemi (např. hepatitidou), podvýživou atd.

Hnisavé komplikace spojené s injekčním užíváním drog jsou nejčastěji *abscesy*, což jsou ohraničené dutiny naplněné hnisem. *Flegmony*, které na rozdíl od abscesu prosakují do okolí a hrozí amputace poškozené končetiny či dokonce smrt. *Impetigo*, povrchový zánět kůže se sekrecí tvorbou krust a v nejhorším případě *sepse*, což je život ohrožující stav zasahující celý organismus, kterému hrozí selhání, je to indikace k okamžité hospitalizaci.

Poškození cévního systému zastupuje např. *Tromboflebitida*, což je bolestivé zatvrdnutí v průběhu postižené žíly způsobené aplikací nesterilních a fyzikálně-chemicky agresivních roztoků. Pokud se opakuje často, může způsobit *bércové vředy*. *Bakteriální endokarditidu* způsobí mechanické poškození srdečních chlopní pevnými částicemi přítomnými v aplikovaném roztoku, na postiženém místě vznikne trombus, který následně kolonizují bakterie. Užívání stimulantů může způsobit srdeční *arytmii*.

Dýchací systém může postihnout vdechnutím žaludečního obsahu *aspirační pneumonie*, která může provázet předávkování opiáty, ale intoxikaci alkoholem. Obecně jsou uživatelé opiátů náchylnější k *pneumoniím*, kvůli nedostatečné ventilaci plicních okrsků.

U injekčních uživatelů je vysoké riziko krevního přenosu infekční nákazy, což je zároveň nejzávažnější komplikace tohoto způsobu aplikace. K přenosu dochází nejčastěji sdílením injekčních stříkaček a dalších pomůcek určených k aplikaci, jako jsou vatičky, filtry, lžičky atd. V České republice je nejvýznamnější z hlediska výskytu nákaza virem *hepatitidy typu C*, poté následuje *hepatitida typu B*, jejíž výskyt je významný spíše ve starší skupině uživatelů, protože v roce 2013 došlo k plošnému proočkování populace do přibližně 25 let věku. Nákaza virem *HIV* se v uživatelské komunitě objevuje pouze sporadicky.

Somatické komplikace způsobené alkoholem dle Minaříka a Řeháka (2015).

Alkohol se vyznačuje krom neurotoxicity také toxicitou orgánovou. Díky užívání formou per os přímo zasahuje gastrointestinální trakt, kde způsobuje alkoholové *gastritidy* spojené s pitím destilátů, dále pak *pankreatitidy* či *kolorektální karcinom*, který je spojován

s pitím piva. Dlouhodobý příjem alkoholu je přímo spojován s onemocněním jater, kdy v první fázi dochází k *jaterní steatóze*, následuje zánět jater nazývaný se *alkoholická hepatitida* a v poslední fázi jsou játra postižena nevratnou *jaterní cirhózou*, která se u pravidelných konzumentů alkoholu vyskytuje asi v 12–31 % případů. Dalších 30–60 % pacientů s jaterní cirhózou postihne *krvácení z jícnových varixů*. Velice vážné následky pro plod může mít užívání alkoholu v graviditě vznikem *fetálního alkoholového syndromu*.

3.2 Sociální dopady látkové závislosti

Rahn a Mahnkopfová (2000) uvádí, že sociální dopady látkové závislosti bývají zpravidla velmi vážné, protože mohou závislého vést ke kriminalitě, prostituci a vůbec roli sociálního outsidera, který je ostatními odmítán a sociálně vyobcován. Závislým tak často nezbyde nic jiného, než se stýkat jen se stejnými lidmi z okraje společnosti. Dle Fishera a Škody (2009) lze také ve společnosti s naší kulturní tradicí pozorovat odlišnosti sociálních dopadů u alkoholismu a u užívání nealkoholových návykových látek. Požívání alkoholu je v našich končinách všeobecně tolerováno, kdežto uživatelé nelegálních drog jsou většinou stigmatizováni a vyloučeni ze společnosti.

Závislost ovlivňuje schopnost postiženého vykonávat bez problému své zaměstnání, protože jsou běžně přítomné časté absence, pracovní úrazy či nejrůznější excesy na pracovišti pod vlivem návykové látky. Závislí může být také na základě páchaní drobné či těžké kriminální činnosti ze zaměstnání propuštěni, nebo být ze stejných důvodů již dlouhodobě nezaměstnaní. Jsou ale i známé případy, kdy zaměstnavatel závislost dotyčného kryje, protože je jako zaměstnanec např. nepostradatelný. Na druhou stranu může být riziko ztráty zaměstnání pro postiženého silnou motivací pro nástup do léčby (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Sám jsem se osobně ve svém zaměstnání setkal s řadou pacientů, kteří měli se svým nadřízeným dohodu, že když se půjdou léčit, tak se budou moci na svoji pracovní pozici vrátit. Asi by se dalo polemizovat nad tím, nakolik může být efektivní léčba započatá pod nátlakem okolí či v tomto případě pod záminkou ukončení pracovního poměru, oproti léčbě poháněné vnitřní motivací, ale dle mého názoru platí, že vždy bude lepší alespoň nějaké léčení, než žádné.

Co se týče dopadů závislosti na rodiny, jsou známé případy, kdy rodiče okrádá vlastní závislý potomek, kdy násilní partneři pod vlivem návykových látek, typicky pod vlivem alkoholu, bijí své ženy a týrají či dokonce zneužívají své děti. Toto časem vede k destrukci rodinných vazeb a jediným vysvobozením pro trpící členy bývá často až úplné přerušování kontaktu se závislým. V takto postižené rodině bývá nezřídka kdy pozorovaný jev, při kterém dochází k přerozdělení rodinných rolí. Rahn a Mahnkopfová (2000) dále zmiňují sedm fází závislosti v rodině dle Villeze z roku 1986:

1. Rodina začne onemocnění závislostí popírat, aby ho odstranila.
2. Rodina se sociálně izoluje, zatímco co se snaží kontrolou zvládnout závislost.
3. Postupně vzdává pokusy situaci závislého kontrolou uhlídat.
4. Dochází k posunutí rolí tím, že se ostatní členové rodiny snaží kompenzovat sociální roli závislého člena.
5. Postupem času dochází k odloučení rodiny od závislého.
6. Následovat může reorganizace rodiny, ale i změna závislého, pokud je odloučení dostatečně silná motivace pro zahájení abstinence.
7. Poslední fáze přinese buď nový začátek a přijetí závislého zpět do rodiny, nebo rodina už dále pokračuje bez něj.

3.3 Výběr studií zaměřených na kvalitu života se závislostí

Výzkum Hudákové a Magurové (2011) probíhal v letech 2009 a 2010 na prvním a druhém Psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice s poliklinikou J. A. Reimana v Prešově. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem zasahuje alkoholismus do vybraných oblastí života žen ve věku od 18 do 60 let. Výsledky výzkumu jsou následující:

- 39 % žen z celkového počtu dotázaných žen uvedlo velmi zhoršenou QoL.
- U 70 % dotázaných žen uvedlo prožívání negativních pocitů, jako jsou úzkosti a deprese.
- Jen 36 % dotázaných žen bylo spokojeno se svou rodinnou situací.
- 64 % dotázaných žen uvedlo, že alkoholismus má negativní vliv na jejich finanční situaci.

Výzkum Marinković et al. (2023) probíhal v roce 2020 v Univerzitním klinickém centru Niš v Srbsku na náhodném vzorku 70 závislých na opiátech, z čehož 35 z nich bylo v metadonovém udržovacím programu a 35 bylo léčených Buprenorfinem. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda mají určité charakteristiky závislých, závislosti a druhu léčby vliv na QoL. Výsledky výzkumu jsou následující:

- Účastníci metadonového programu měli celkově mnohem horší pohled na kvalitu svého života než účastníci léčení jinými metodami.
- Hodnoty QoL v oblastech fyzického zdraví a životního prostředí byly hodnoceny lépe účastníky metadonového programu.
- Hodnoty QoL v oblastech psychologického zdraví a sociálních vazeb byly hodnoceny lépe účastníky, kteří nebyli v metadonovém programu.

Výzkum Benkoviče a Garaje (2009) probíhal na Slovensku v Odborném léčebném ústavu psychiatrickém Predná Hora a v Psychiatrické nemocnici Hronovce za účasti 50 pacientů léčených s alkoholismem a kontrolní skupinou 50 zdravých jedinců. Cílem výzkumu bylo zjistit statistické významné rozdíly v oblasti QoL u obou skupin, přičemž skupina alkoholiků se hodnotila na začátku i na konci léčby. Výsledky jsou následující:

- Skupina alkoholiků je se svojí QoL výrazně nespokojenější oproti kontrolní skupině a to před i po skončení léčby.
- Alkoholici pociťují oproti kontrolní skupině ve větší míře psychické problémy.
- Alkoholici mají horší sebehodnocení než kontrolní skupina.
- Alkoholici vykazují ve všech oblastech výrazně nižší prožívání subjektivní pohody, než kontrolní skupina a jsou výrazně nespokojenější se svojí osobou.
- Alkoholici na konci léčby vykazují zlepšení ve fyzické a psychické doméně QoL oproti začátku léčby.
- Závěrem výsledky ukazují, že tříměsíční ústavní léčba vedla k zlepšení QoL a zvýšení subjektivní spokojenosti na podkladě zlepšení zdravotního stavu a poklesu prožívání psychických potíží.

4 Duální diagnózy

Značná pozornost je v posledních desetiletích věnována prevalenci duálních diagnóz, čímž se tak ze souvislosti mezi škodlivým užíváním návykových látek a vážnými problémy v oblasti veřejného zdraví stává klíčové téma pro národní a mezinárodní protidrogovou politiku. Vysoká prevalence je klinicky i společensky závažná z toho důvodu, že se potíže takto postihnutých osob těžko řeší a situace se pro ně často nevyvíjí příznivě, což má většinou za následek vyšší počet urgentních příjmů, hospitalizací s psychickými problémy či dokonce sebevražd. Osoby trpící duální diagnózou se často chovají rizikově, více je ohrožuje nezaměstnanost a bezdomovectví, můžou se chovat násilně či páchat jinou trestnou činnost. Celkově tak platí, že má duální diagnóza negativní dopad na jedincův klinický stav, psychosociální fungování a v konečném důsledku na jeho kvalitu života (Torrens et al., 2017).

4.1 Pojem duální diagnóza

Williams s Cohenem (2000) uvádí, že se pojem „duální diagnóza“ uplatňuje k identifikaci vztahu mezi dvěma duševními onemocněními s určitou etiologickou souvislostí. V odborné literatuře však často nedochází v rámci terminologie ke shodě a dochází tak k zaměňování s pojmem „psychiatrická komorbidita“, což je označení pro výskyt dvou a více duševních poruch u jednoho jedince, přičemž se toto označení často používá pro poruchy vzniklé v souvislosti s užíváním návykových látek.

EMCDAA (2016) popisuje komorbiditu jako současný výskyt poruchy z užívání návykových látek a další duševní poruchy u jednoho jedince, přičemž mezi další používané termíny patří „současně se vyskytující porucha“ či „duální diagnóza“.

Miovská et al. (2008) ve své práci zmiňují dělení osob s duální diagnózou na šest typů dle modelu Jennera et al. z roku 1998:

1. Klienti trpící onemocněním psychotického spektra splňující kritéria drogové závislosti.
2. Klienti netrpící onemocněním psychotického spektra splňující kritéria drogové závislosti.
3. Klienti trpící onemocněním psychotického spektra splňující kritéria pro zneužívání drog.
4. Klienti netrpící onemocněním psychotického spektra splňující kritéria pro zneužívání drog.
5. Klienti trpící onemocněním psychotického spektra užívající drogy rizikovým způsobem, ohrožujícím jejich psychické a fyzické zdraví.
6. Klienti netrpící onemocněním psychotického spektra užívající drogy rizikovým způsobem, ohrožujícím jejich psychické a fyzické zdraví.

4.2 Prevalence duálních diagnóz

Míra prevalence duálních diagnóz závisí dle Miovské et al. (2008) na několika faktorech: jaký typ populace byl zkoumán (bezdomovci, klienti, zdravá populace atd.), v jakém časovém rozmezí výzkum probíhal (prevalenci celoživotní či v posledním roce atd.), jaká se zvolila přesná kritéria pro posuzování symptomů a jakých diagnostických metod bylo využito. Je tedy nutné sledovat, co která studie jakým termínem označuje, na jakém vzorku byla provedena a co z toho plyne za omezení. Torrens et al. (2017) k tomuto ještě dodávají, že je nutné zohlednit typ psychiatrického onemocnění, druh užívané drogy a prostředí, v němž diagnostika probíhá (zařízení primární péče, zařízení pro léčbu závislostí, psychiatrická zařízení atd.). Díky množství hodnotících faktorů jsou data o výskytu komorbidit nesourodá, ale obecně lze konstatovat, že u uživatelů návykových látek je oproti neužívající populaci výskyt komorbidit vysoký.

Leshner (1999) uvádí četný, 30 až 60 % výskyt souběžných diagnóz u uživatelů návykových látek, včetně poruch osobností, těžkých depresí, schizofrenií, bipolárních poruch atd. Regier et al. (1990) zmiňuje zhruba 29 % výskyt závislostní poruchy u osob trpících duševním onemocněním. U osob trpících závislostí na alkoholu uvádí 37 % výskyt duševní poruchy a nejvyšší zastoupení přidružených duševních poruch uvádí u závislých na nealkoholové látce a to v 53 %. Deykin a Buka (1997) zase hovoří o 5x vyšším výskytu posttraumatické stresové poruchy u dospívajících závislých v porovnání se zdravými vrstevníky. Řada studií v přehledu EMCDDA (2004) zabývajících se klienty v léčbě uvádí také 30 – 50 % výskyt duálních diagnóz, přičemž před rokem 2004 se údaje pohybují u spodní hranice tohoto rozmezí a po roce 2004 stoupají k horní hranici tohoto rozmezí. Z tohoto výčtu pak zhruba 50 – 90 % závislých trpí poruchou osobnosti, 20 – 60 % afektivní poruchou a 20 % psychotickou poruchou.

Podobné výsledky přinesla i první česká studie, kterou provedl v letech 2001 – 2002 Kalina na vzorku 200 pacientů léčených v zařízeních SANANIM ze závislosti na metamfetaminu a opiátech, kdy tato studie prokázala 35 % výskyt psychiatrických komorbidit (Mravčík et al., 2003). Ve shodě se zahraničními zdroji je i studie Kaliny a Váchy (2013), která probíhala roku 2012 na klientele terapeutických komunit v České republice a zjistila až 47 % výskyt komorbidit. V rozporu s většinou zahraničních i tuzemských zdrojů byla však studie Miovské et al. (2006), která proběhla prostřednictvím sekundární analýzy dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) za rok 2003, kdy se zjistilo, že celkového počtu 15 118 hospitalizovaných uživatelů drog v lůžkových psychiatrických zařízeních trpělo dalším duševním onemocněním jen 6,1 %. Autoři usuzují, že za tímto výsledkem, který krom ostatních studií neodpovídá ani jejich vlastním klinickým zkušenostem, stojí malý zájem a pozornost, kterou lékaři této problematice v té době věnovali.

4.3 Etiologie duálních diagnóz

Duševní porucha je přítomna dříve, než závislost

Oproti běžné populaci je výskyt závislostí u lidí trpících duševní poruchou vyšší. U žen bývá např. před vznikem závislosti častější výskyt poruch příjmu potravy, sociálních fobií či posttraumatických stresových poruch. U mužů to bývají zase častěji depresivní poruchy a poruchy osobnosti (Nešpor, 2003). Tuto etiologickou skupiny tedy tvoří lidé s psychiatrickým onemocněním mimo diagnózy F.10 až F.19, kteří začali užívat návykové látky často jako automedikaci tlumící příznaky jejich základního duševního onemocnění. Typicky jde např. o užívání tlumících léků, alkoholu, či kombinace obojího na úzkosti a depresivní poruchy (Miovská et al., 2008).

Závislost je přítomna dříve, než duševní porucha

Závislý člověk je například svědkem úmrtí svého kamaráda na předávkování a na základě toho se u něj rozvine posttraumatická stresová porucha. Dalším případem může být alkoholik, který si přivodí pod vlivem úraz mozku, následkem čehož pak trpí postkomočními syndromy (Nešpor, 2003). Typické pro dlouhodobé užívání konopí je pak rozvoj schizofrenií a depresí (Allebeck, 1993). Miovská et al. (2008) k tomuto zmiňují případ, kdy má masivní užívání metamfetaminu za následek organické poškození mozku doprovázené kognitivními deficity.

Závislost a duševní porucha jako následek jedné jiné základní příčiny

Miovsá et al. (2008) rozeznávají ještě tuto třetí skupinu, kam patří lidé, u kterých například traumatizace v dětství zapříčinila rozvoj jak psychické poruchy, tak závislosti.

Torrens et al. (2017) jako etiologické faktory uvádí:

- Duální diagnóza je důsledek náchylnosti ke dvěma či více samostatným duševním onemocněním.
- Psychiatrická porucha je rizikový faktor z hlediska zneužívání návykových látek, který může vést k rozvoji komorbidní adiktologické poruchy.
- Užívání návykových látek může být spouštěčem pro vznik duševního onemocnění, které může mít dále zcela nezávislý průběh.
- Rozvoj přechodné duševní poruchy v důsledku intoxikace konkrétní látkou či při jejím odnětí.

Kalina a Minařík (2015) popisují společné etiologické faktory dle NIDA z roku 2010:

- **Genetická vulnerabilita se překrývá:** dispozice k duševní poruše i závislosti na základě společné genetické výbavy. Zároveň je tu zvýšené riziko pro rozvoj druhé poruchy, pokud se již jedna objevila.
- **Spouštěče se překrývají:** u lidí s genetickou zranitelností mohou častěji vést k užívání a závislosti faktory jako stres, všemožná traumata, například sexuální či fyzické zneužívání, nebo expozice návykovým látkám v časném věku.
- **Zapojení oblastí mozku, které jsou si podobné:** oblasti mozku, které jsou například spojeny s odpovědí na stres či procesem odměny, jsou ovlivněny duševní poruchou i zneužíváním drog.
- **Společná stádia vývoje, která jsou riziková:** v dětství a adolescenci prodělává mozek dramatické vývojové změny, proto jsou tato období více náchylná ke vzniku duševní poruchy i závislosti. Mozek může změnit časné vystavování návykovým látkám tak, že se zvýší riziko vzniku duševního onemocnění. To platí i naopak, kdy časné projevy duševního onemocnění zvyšují citlivost vůči zneužívání návykových látek.

4.4 Diagnostika duálních diagnóz

Závislost a její symptomy mohou napodobit v podstatě kterékoliv duševní onemocnění, proto je prakticky nemožné stanovit správnou diagnózu na základě jednoho vyšetření. Např. deprese může být vyvolána odvykacím stavem, závislostí způsobenou tělesnou komplikací či psychosociálním stresem, proto je ideální stanovit diagnózu až po měsíci abstinence. Stejně tak platí i obráceně, že závislost může některé duševní problémy překrývat a znesnadňovat tak jejich identifikaci (Nešpor, 2003). V současnosti je proto snaha diagnosticky rozlišovat mezi primární poruchou, poruchou vyvolanou užíváním návykových látek a předpokládanými účinky návykových látek (příznaky intoxikace či odnětí), které by neměly být diagnostikovány jako duševní poruchy (Torrens et al., 2017). Diagnostiku proto může usnadnit možnost opakovaného vyšetření spolupracujícího pacienta po prokázané abstinenci, do čehož spadá vyšetření psychologické, toxikologické, biochemické a celkové vyšetření pacientova tělesného stavu. Dále je vhodné sbírat informace i z pacientova blízkého okolí a mít dostupnou pacientovu předešlou zdravotnickou dokumentaci (Nešpor, 2003).

Zanedbání diagnostiky poruchy nasedající na závislost může značně snížit léčebný efekt. Při chybném nastavení terapeutického plánu, kdy se např. v rámci etiologie správně neodhalí, že závislost na alkoholu nasedla na neléčenou depresivní poruchu a ne naopak, může dojít ke ztrátě motivace pacienta k léčbě a v konečném důsledku i k jeho poškození (Miovská et al., 2008).

Nešpor (2003) dále uvádí, že správnou diagnostiku komplikuje často i fakt, že např. ženy se za svoji závislost stydí více než muži, a proto ji často zapírají a uvádí jen psychické potíže. Na základě zatajování závislosti mohou pak být tyto ženy opakovaně a neúspěšně léčeny např. pro deprese. Dalším důvodem pro zatajování závislosti může být například záměr dostat se k psychiatrické medikaci, která by se dala následně např. prodat či jinak zneužít.

4.5 Léčba duálních diagnóz

Poznatky z klinické praxe ukazují, že duální diagnózy mají cyklickou povahu, jsou ve vzájemné interakci a mají tendenci přecházet do chronicity, z čehož vyplývá, že pokud se léčba nezaměřuje na obě poruchy současně, tak bude prognóza nejspíše nepříznivá. Například ve Spojených státech je poskytovaná léčba obou poruch současně jen 7 % pacientů s duální diagnózou. 44 % pacientům s duální diagnózou je pak poskytována léčba jen jedné z poruch. Léčba duálních diagnóz je obtížná, nákladná pro celou společnost, výzvou pro klinické pracovníky i činitele ve veřejné zprávě, přičemž naděje na uzdravu jsou nižší, než u pacientů bez komorbidit. (Torrens et al., 2017).

Kalina et al. (2008) zmiňuje následující faktory, které léčbu osob trpících duální diagnózou komplikují:

- Pacient s duální diagnózou má sníženou schopnost do léčby nastoupit, vydržet v ní a mít z toho prospěch.
- Pacienti s duální diagnózou jsou častým zdrojem interpersonálních konfliktů, motivačních krizí a rizikových situací, což může vést k předčasným odchodům z léčby a relapsům.
- Komplikace duální diagnózy zatěžují nejen samotného pacienta, ale často i ostatní pacienty v léčebném programu.
- Léčba duálních diagnóz je spojena se zvýšenými nároky a zátěží na zdravotnický personál, který musí zvládat péči o všechny typy psychických poruch a závislostí, včetně jejich komplikací.

Léčbu pacientů s duální diagnózou je nutné ještě více přizpůsobit jejich individuálním potřebám, než je tomu běžné u léčby pacientů trpících pouze závislostí. Pacienti s duální diagnózou mají mnohem nižší frustrační toleranci, proto není vhodné volit konfrontační psychoterapeutické techniky vyvolávající úzkost, protože by to mohlo jejich současný stav ještě zhoršit. Doporučuje se naopak citlivý a opatrný přístup, posilování motivace v rámci podpůrné psychoterapie či některé kognitivně-behaviorální techniky. I když je patrná větší tolerance v léčbě pacientů s duální diagnózou, je současně nutné jasně vymezit pravidla a hranice spolupráce, což je důležité nejen pro práci s manipulativními pacienty s poruchou osobnosti. Dále je nutné brát v potaz to, že pacient s duální diagnózou představuje nemalou zátěž i pro svoji rodinu, partnery atd., je proto vhodné léčbu doplnit

ještě o rodinnou terapii. V konečném důsledku se počítá s tím, že léčba bude dlouhodobá, pacientův stav bude kolísat a bude docházet k recidivám, čemuž by se měla léčba pružně přizpůsobovat (Nešpor, 2003).

Již z povahy samotné duální diagnózy je zřejmé, že se léčba musí zaměřit jak na duševní poruchu, tak na návykovou poruchu, přitom je ale třeba rozlišovat tři modely, dle kterých léčba probíhá (Kalina & Minařík, 2015):

1. **Sukcesivní léčba:** léčba probíhá postupně ve smyslu, že se nejdříve léčí závislost, poté až duševní onemocnění či naopak. V případě, že pacient stále užívá návykové látky, není jej možné léčit ve standardních psychiatricko-psychotherapeutických službách, protože je spolupráce s drogově závislým značně problematická a současně je užíváním zkreslen klinický obraz a dynamika duševní poruchy. Z těchto důvodů je tedy naléhavější léčit závislost, protože je to nezbytná podmínka pro další spolupráci a léčbu.
2. **Paralelní léčba:** současná léčba obou diagnóz a ohnisek, přičemž se každá z diagnóz léčí v jiném zařízení. Takovéto rozdělení léčby mezi různá zařízení často naráží na mezioborové a mezisektorové bariéry a problémy z toho plynoucí, protože většinou chybí společné pojetí a struktura léčby.
3. **Integrované léčba:** léčbu obou diagnóz provádí jeden terapeutický tým v jednom léčebném zařízení, čímž se tak s integrované léčby stává v odborné veřejnosti většinou preferovaný léčebný model. Výhody tohoto modelu spočívají v tom, že je ekonomičtější, má větší přínos pro pacienta a zvyšuje pravděpodobnost pacientova udržení se v léčbě. Už jen pro možnost navázání jasného vztahu mezi pacientem a terapeutem je integrovaný model léčby u pacientů oblíbenější.

Dle Kalinu et al. (2008) tvoří model terapeutické komunity ideální prostředí pro léčbu komplikovaných závislostních poruch. Pro léčbu duševních onemocnění a stejně tak integrovanou léčbu duálních poruch má vysoký a široký potenciál řád, struktura, komunitní a skupinové procesy, se kterými komunitní model léčby pracuje. Není ani nezbytně nutné kvůli léčbě pacientů s duální diagnózou v terapeutické komunitě zmírňování pravidel, kterými se klienti komunity musí řídit, stejně jako není nutná aplikace specifických přístupů pro každý diagnostický okruh, protože již výše zmíněnými procesy, které se v komunitě odehrávají, jsou za podpory zkušeného terapeutického týmu zvládnutelné psychické komplikace drogově závislých.

Integrovaná léčba pacientů trpících duální poruchou, která probíhá na principech terapeutické komunity, přináší řadu výzev a problémů, nehledě na to, že klade na celý tým nemalé nároky. Z toho všeho plynou pro terapeutický tým důsledky, které formulují Kalina a Vácha (2013) následovně:

- Řešení složitých případů zvyšuje tenzi a nejistotu v týmu, což může pramenit například z pocitu nedostatečné kompetentnosti, jelikož se tým skládá z vícero profesí – „nejsem psychiatr, tohle nemůžu řešit“. Samotný multidisciplinární charakter týmu se může projevovat různými názory jednotlivých členů na to, jak by se mělo u daného pacienta postupovat.
- Hledání pacientů s „normální“ anamnézou a tendence k odmítání těch s „komplikovanou“. Nevůle přijmout dalšího komplikovaného pacienta vzniká při zatížení komunity vícero pacienty s duální diagnózou, což může v terapeutickém týmu spustit obranný mechanismus odmítání.
- Komplikace pacientů s duální diagnózou znesnadňují individuální práci s jejich garantem, například v oblasti stanovování a dosahování krátkodobých a střednědobých cílů, což se následně projevuje větším zatížením týmových porad.
- Aby byla léčba duálních diagnóz v komunitě vůbec možná, je nezbytná spolupráce s psychiatrem, který včasné zajistí vstupní psychiatrické vyšetření, sepíše základní psychiatrickou anamnézu, je-li to nutné, nastaví pacientovi medikaci a navrhne další doporučení.
- Terapeutický tým musí být komplexně a odborně vzdělán v problematice duálních diagnóz. Velmi vítané jsou psychoterapeutické kompetence pokud možno co nejvíce členů v týmu. České terapeutické komunity pro závislé proto jasně podporují psychoterapeutické vzdělávání svých členů týmu formou psychoterapeutických výcviků.
- Změna zafixovaného dělení pacientů na úspěšné a neúspěšné. Pohledem terapeutického týmu je jako úspěšný pacient vnímán ten, který dokončí celý léčebný pobyt v komunitě i se závěrečným rituálem. Toto dělení však může komplikovat vztah a přístup některých členů týmu k pacientům s duální diagnózou, kteří z důvodu komplikací souvisejících s jejich poruchou léčbu často náročnou léčbu v komunitě nedokončí.

Farmakoterapie

Kalina a Minařík (2015) se dále zmiňují o tom, jak citlivým bodem je zapojení psychiatra do integrované léčby. Např. v případě, že léčba kombinuje farmakoterapii + psychoterapii a další psychosociální metody, je vždy v zájmu klienta nutné, aby tyto přístupy byly společně kompatibilní a snížila se tak rizika, která z léčby mohou vyplývat. V praxi to například znamená, že by i navzdory současným celosvětovým trendům, neměla být klientům se závislostní poruchou předepisována psychofarmaka vyvolávající závislost, což je typické pro benzodiazepinové anxiolytika a hypnotika. Dalším příkladem jsou antidepresiva a antipsychotika, která by v ideálním případě neměla být předepisována tak, aby nezpůsobila úplnou emoční blokádu či silný útlum. Dle Nešpora (2003) je také nutné myslet na rizikové interakce návykových látek s psychiatrickou medikací. Např. heroin v kombinaci s hypnotiky ohrožuje pacienta zástavou dechu s následnou smrtí. Nebezpečné jsou také kombinace alkoholu a metadonu, některých antidepresiv či benzodiazepinů.

4.6 Časté kombinace závislostí a duševních poruch

Depresivní a úzkostné stavy

Nejčastěji se zjišťují deprese, jejichž prevalence se pohybuje v rozmezí od 12 do 80 %. Jejich výskyt u závislých jedinců se obecně pojí s nižší úspěšností léčby jak adiktologické, tak depresivní poruchy, vyšší mírou sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd v porovnání s jedinci, kteří trpí jen jednou ze zmíněných poruch. Tato komorbidita je častější u žen, přičemž závislé ženy trpí depresemi 2x častěji než ženy bez závislosti (Torrens et al., 2017). Kalina a Minařík (2015) k tomu uvádí, že to možná bude tím, že se ženy častěji svěřují. K postupnému zlepšení dle nich dochází v léčbě tím, jak pacienti začínají řešit své problémy. Příznaky deprese v léčbě často signalizují, že se natrefilo na dosud potlačovaná témata či vztahové, osobnostní nebo motivační krize. Aby klient snáze překonal své zábrany, je možné šetrně podávat antidepresiva

Úzkostné poruchy, zejména pak panické ataky a posttraumatické stresové poruchy jsou přítomné až v 35 %. Není však snadné je správně diagnostikovat, protože úzkostné symptomy běžně provází jak intoxikaci návykovou látkou, tak i její odejmutí (Torrens et al., 2017). Zpracovávání vnitřních traumatických zážitků z minulosti vyžaduje čas, bezpečné prostředí, stabilitu a prostředky pro zvládnání vnějších a vnitřních konfliktů. Nejčastěji k tomu v léčbě dochází při individuální psychoterapii či genderových skupinách, ale nemusí k tomu dojít i vůbec. Při léčbě psychofarmaky je nutné se vyhýbat lékům s návykovým potenciálem, jako jsou benzodiazepiny a místo toho volit antidepresiva či mírná trankvilizující antipsychotika typu Chlorprothixen (Kalina & Minařík, 2015).

Psychotické stavy

Komorbidity z užívání návykových látek jsou častější u psychózami trpících osob, než u běžné populace. U psychotiků užívající návykové látky je vyšší riziko relapsu, hospitalizace či úmrtí. V 30 až 66 % se vyskytuje komorbidita schizofrenie a užívání návykových látek, což má za následek zhoršování psychotických příznaků, nedodržování léčebných doporučení a celkové zhoršení výsledků léčby. Ve 40 až 60 % se dále vyskytuje komorbidita mezi bipolární poruchou a užíváním návykových látek. Během manické fáze je typické intenzivní užívání všech možných návykových látek. Během depresivní fáze může dojít k navýšení užívání, přičemž alkohol deprese ještě prohloubí a stimulanty urychlí nástup manické či smíšené epizody (Torrens et al., 2017).

Jednou z mnoha komplikací užívání amfetaminů a kokainu může být paranoidní či paranoidně-halucinatorní syndrom. V České republice převažuje především klientela uživatelů pervitinu, u kterých je „toxická psychóza“ pravidelně zaznamenávána. Samotná toxická psychóza pak bývá často důvodem, proč klient vůbec léčbu vyhledá. Problémem toxické psychózy je její schopnost přetrvávat i po tom, co klient nastoupí do léčby. Zlepšení stavu by dle MKN-10 mělo nastat po jednom měsíci abstinence a k úplné úpravě stavu by

mělo dojít do půl roku. Pokud se ani po půl roce klientovy psychotické prožitky neupraví, nemělo by se v tomto případě jednat o toxickou psychózu, ale jinou psychotickou poruchu, která na předešlém užívání návykových látek nebyla závislá. Jak ale ukazují klinické zkušenosti, tak jsou známy i případy, kdy nestačí ani půl roku na to, aby některé příznaky, například senzitivní vztahovačnost, zcela odezněly. Úpravu stavu klienta urychlí jeho aktivní účast na skupinové terapii, kdy se svěří ostatním klientům, kteří tyto stavy většinou znají a mohou mu tak prostřednictvím interpersonálního učení zprostředkovat náhled. Nestačí-li pro zlepšení stavu samotná psychoterapie, je možné ji kombinovat s podáváním netlumivých antipsychotik, jako je například Risperidon (Kalina & Minařík 2015).

Kanabisové psychózy se od psychóz pervitinových se odlišují tím, že mají charakter spíše simplexní formy schizofrenní poruchy s negativními příznaky, zatímco pervitinové psychózy jsou podobné paranoidním formám schizofrenní poruchy. Obě formy mají však společné to, že mohou mít vleklý průběh. Zatím nejsou zjištěné souvislosti mezi užíváním kanabisu a vznikem schizofrenie, avšak kanabis může být spouštěčem či dispozičním faktorem vzniku funkční psychózy schizofrenního okruhu. Začátek užívání kanabisu v nízkém věku riziko vzniku onemocnění zvyšuje. Často se také setkáváme u schizofrenních klientů s tím, že užívají kanabis jako sebededikaci i přes to, že to může zhoršovat některé potíže (Miovský et al., 2008).

Popov (2003) uvádí také výskyt alkoholových psychóz, jejichž příčinou vzniku je dlouhá léta trvající chronické užívání alkoholu, kdy jako následek vzniká alkoholická paranoidní psychóza typická pro žárlivecké (emulační) bludy či alkoholická halucinóza se sluchovými a vizuálními halucinacemi, která se objevuje u osob závislých deset a více let po snížení konzumovaného množství alkoholu. Alkoholové psychózy postihují čtyřikrát více mužů než ženy a přechází do chronické formy připomínající schizofrenii jen vzácně.

Poruchy osobnosti

Z poruch osobností jsou nejčastěji zaznamenány disociální a hraniční poruchy osobnosti, přičemž je u těchto jedinců zvýšený výskyt rizikového chování, větší nebezpečí přenosu krví přenosných virových onemocnění a výskytu jiných zdravotních či sociálních komplikací (Torrens et al., 2017). V cílených studiích se poruchy osobnosti vyskytují až u 90 % závislých, jinak se běžně uvádí 40 – 50 % výskyt. Vznik závislosti se dá z psychodynamického hlediska jen těžko představit bez předchozí poruchy osobnosti či jejího nepříznivého vývoje. Spousta autorů poukazuje na to, že závislí mají spíše osobnost hraničního či narcistního typu, která může být mnohdy maskována disociálními rysy a obranami. Takovýto klient potřebuje mít v léčbě pocit bezpečí a ochrany, aby byla vůbec možná socializace a budování vztahové blízkosti (Kalina & Minařík, 2015).

Hyperaktivní poruchy s deficitem pozornosti

V obecné dětské populaci je výskyt ADHD 3 až 5 % a v obecné dospělé populaci 1 až 5 %. U závislých dospělých je to však až 35 %, což může komplikovat léčebnou odezvu. Takto vysoká míra prevalence ADHD u dospělých uživatelů návykových látek byla v minulých letech předmětem zájmu výzkumu a významným adiktologickým tématem (Miovský et al., 2013). Torrens et al. (2017) uvádí, že se dle studie provedené v šesti evropských zemích vyskytuje u uživatelů návykových látek v 5 až 33 % případech.

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy uvádí více než 35 % jedinců trpících adiktologickou poruchou, přičemž výskyt poruch příjmu potravy je v běžné populaci mezi 1 až 3 % (Torrens et al., 2017). Kalina s Minaříkem (2015) k tomu dále uvádí, že poruchy příjmu potravy se vyskytují častěji u žen. Klientky často mluví o tom, že během dospívání trpěly poruchou bulimického či anorektického typu, která se však intenzivním užíváním návykových látek zmírnila či dočasně úplně ustoupila s tím, že se zase po týdnech až měsících abstinence navrátila. Díky tomu může nastat situace, kdy klientky cyklicky přechází sem a tam z programu pro léčbu závislostí do programu pro léčbu poruch příjmu potravy a naopak. Kmitání mezi těmito dvěma syndromy tak může poukazovat na společné kořeny duševní a závislostní poruchy.

Fenomén pozdní abstinenční psychopatologie

Klientela vykazující fenomén pozdní abstinenční psychopatologie (PAP) je charakteristická tím, že na začátku hospitalizace nemá žádné příznaky a psychiatrickou anamnézu, avšak u ní dojde cca po pěti měsících abstinence k takovému zhoršení duševního stavu, že je to nutné řešit psychiatrickou intervencí a farmakoterapií. Nejčastějšími projevy pak bývají úzkostné a depresivní stavy, příznaky bulimie či anorexie, depersonalizace a derealizace, paranoia a sebepoškozování. Tato klientela také často udává, že již v minulosti snášeli obtížně i kratší abstinenci a asi u poloviny z nich je anamnesticky přítomna nějaká traumatizace. Za tímto fenoménem pravděpodobně stojí hlouběji položená porucha duševního zdraví, která byla maskována a „medikována“ návykovými látkami (Kalina & Vácha, 2013).

5 Oddělení duálních diagnóz v Psychiatrické nemocnici Bohnice

Na oddělení léčby duálních diagnóz (oddělení 16) v PNB (Psychiatrická nemocnice Bohnice) jsem nastoupil hned po jeho otevření, tedy v září roku 2016, na pozici všeobecné zdravotní sestry, což hrálo zásadní roli při výběru tématu pro moji diplomovou práci. Během působení na tomto oddělení, kde jsem zaměstnán dodnes, jsem započal studium adiktologie, absolvoval psychoterapeutický výcvik SUR (sebezkušenostní a teoretickou část) a vzdělávací program „Motivační rozhovory“, což mi umožnilo větší zapojení do terapeutického programu. Konkrétně tedy krom práce zdravotní sestry ještě vedu různé edukace a přednášky, motivační skupiny a poskytuji pacientům podpůrné rozhovory s jistým přesahem, vyplívajícím z výše uvedených vzdělávacích programů.

5.1 Charakteristika oddělení

Oddělení je zaměřeno na integrovanou léčbu duálních diagnóz u pacientů, kteří neprofitovali z léčby na stávajících psychiatrických a závislostních odděleních. Za úkol si toto pracoviště vzalo vyplnit mezeru v současném léčebném systému a uvolnit kapacity na psychiatrických a závislostních odděleních odčerpáváním pacientů s duální diagnózou. Základním předpokladem pro přijetí, je krom přítomnosti duální diagnózy souhlas pacienta, stabilizovaný stav umožňující účast na programu a motivace k léčbě. Oddělení je polootevřené v režimu následné péče, kdy je volnost pacientů limitována programem, kontrolou dodržování abstinence a kontrolou přinášených věcí. Pacienti na oddělení jsou ve věkovém rozmezí od 18 do zhruba 65 let a z psychiatrických diagnóz se u nich nejčastěji vyskytují úzkostně depresivní poruchy, poruchy nálady či osobnosti až po psychotické poruchy s různou mírou kognitivního deficitu. Z oblasti závislostí se vyskytuje celé spektrum, nejčastěji se však jedná o poruchy způsobené alkoholem a poruchy způsobené polymorfním abusem návykových látek. Nejčastější se pacienti na oddělení dostávají překladem z detoxikačních jednotek a akutních psychiatrických oddělení v PNB, ale i z celého Česka. Oddělení je koedukované a má kapacitu 30 lůžek (od roku 2024 se snížila kapacita na 25 lůžek). Terapeutický tým se skládá z psychiatrů, psychologů, adiktologa, sociální pracovníce, dokumentaristky, zdravotních sester a ošetřovatelek (Málek, 2023).

5.2 Charakteristika léčby

Léčba cílí na závislostní a psychickou stabilizaci, přičemž další etapy probíhají již v zařízeních následné péče typu stacionář, terapeutická komunita atd. Dělí se na:

- **Základní:** první pobyt trvá osm týdnů s možností prodloužení za určitých okolností (např. navazující nástup do komunity) o maximálně čtyři týdny.
- **Opakovací:** trvá pět týdnů a je určená pro léčbu recidivy.

- **Stabilizační:** trvá dva až tři týdny a je určena pro pacienty se zhoršením psychického stavu nebo po zvládnutém relapsu.
- **Absolventská:** trvá pět dní a je určena pro pacienty, kteří řádně dokončili základní léčbu. Je možné ji absolvovat za předpokladu udržování abstinence, nejdříve dva měsíce po propuštění a maximálně třikrát ročně. Slouží pro udržování psychické stability a abstinence (Málek, 2023).

Fáze léčby

1. **Fáze:** trvá první dva týdny pobytu a jsou sem zařazeni všichni nově příchozí pacienti. První fáze slouží k zaléčení akutních potíží, dokončení detoxifikace a adaptaci na režim oddělení. Dále se v první fázi stanoví zakázka pacienta a cíle léčby. Specifikem pro první fázi z oblasti terapeutických aktivit je povinná účast na motivační skupině a skupině věnované prevenci relapsu.
2. **Fáze:** do druhé fáze se pacient dostane po sepsání životopisu či recidivy a úspěšném složení přestupové složky, při které si tahá jednu otázku týkající se domácího řádu a druhou z oblasti závislostí. Dále musí během zkoušky zodpovědět, co si odnáší z první fáze a na co se zaměří v této druhé fázi. Po úspěšném přestupu do této fáze je pacient zařazen do jedné z programových skupin (oranžová, modrá a bílá) dle motivace ke změně, afinitě k psychoterapii a dosavadní aktivitě na skupinách a individuálních pohovorech, přičemž oranžové skupiny jsou s největší zátěží a nároky a bílé s nejmenší, např. pro pacienty s psychózou či nižší kognitivní kapacitou. Specifikem této fáze je také větší svoboda pacientů díky možnosti volného pohybu po areálu nemocnice či propustek mimo areál (Málek, 2023).

Terapeutické aktivity

Pro obě fáze platí, že pacient musí splnit jednu aktivitu dopoledne a dvě odpoledne. Některé aktivity jsou dány povinně fází a ostatní si pacient může vybrat libovolně sám. Pro celou léčbu však platí povinná účast na večerních a ranních komunitách, edukacích či lékařských a celo-komunitních skupinách. Ve druhé fázi cílí aktivity formou specializovaných skupin na oblasti, jako jsou vlastní psychotické prožitky, emoční nestabilita, zvládání úzkostí a depresí, závislostní problematiku či významná osobní témata. Aktivity ve druhé fázi využívají širokou škálu psychoterapeutických přístupů, jako jsou kognitivně-behaviorální terapie, dialekticko-behaviorální terapie, gestalt terapie, Sandtray, hagioterapie, arteterapie až po činnostní či pohybové aktivity (Málek, 2023).

6 Cíl práce

Cílem diplomové práce je porovnat kvalitu života pacientů trpících duální diagnózou přijatých k prvnímu pobytu a absolventskému pobytu na oddělení 16 s hodnotami, které byly naměřeny u běžné populace a dále prokázat existenci vztahu délky abstinence, typu adiktologické diagnózy a druhu pohlaví na spokojenost s fyzickým zdravím, hodnocením kvality života a frekvencí prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese.

6.1 Výzkumné otázky a hypotézy

- Jaké jsou rozdíly kvality života pacientů s duální diagnózou, kteří se na oddělení 16 v PNB léčili poprvé a pacientů, kteří nastoupili na absolventský pobyt v porovnání s populační normou?
- Existuje vztah mezi délkou abstinence a úrovní hodnocení kvality svého života?
- Existuje vztah mezi délkou abstinence a úrovní spokojenosti s vlastním fyzickým zdravím?
- Existuje vztah mezi délkou abstinence a frekvencí prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese?
- Existuje vztah mezi typem adiktologické diagnózy a úrovní hodnocení kvality svého života?
- Existuje vztah mezi typem adiktologické diagnózy a frekvencí prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese?
- Existuje vztah mezi druhem pohlaví a frekvencí prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese?

H1: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, hodnotí lépe kvalitu svého života, než pacienti s kratší dobou abstinence

H2: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, jsou více spokojeni se svým fyzickým zdravím, než pacienti s kratší dobou abstinence.

H3: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, prožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti s kratší dobou abstinence.

H4: Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem hodnotí hůře kvalitu svého života, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami.

H5: Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem prožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami.

H6: Mezi pohlavími pacientů existuje rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese.

7 Metoda získávání dat

Pro sběr dat jsem zvolil metodu kvantitativního dotazníkového šetření, které probíhalo na oddělení pro léčbu duálních diagnóz v PNB v období od listopadu 2020 do ledna 2024. Tato metoda mi přišla jako vhodně zvolená z toho důvodu, že jsem na oddělení jako zaměstnanec stále přítomen a měl jsem tak dostatek času k tomu, abych mohl pacienty osobně oslovovat a nabízet jim účast ve výzkumu, v případě potřeby jim vysvětlovat nejasnosti či je požádat o doplnění chybějících odpovědí, což v konečném důsledku mohlo přispět k jistému zlepšení validity sebraných dat.

Na úvod jsem s pacienty osobně vyplnil sociodemografický dotazník (Příloha č. 1) označený kódem, pod kterým pacient vystupoval dále. Tento dotazník obsahoval položky dotazující se na typ léčebného pobytu (první či absolventský), délku abstinence v měsících, věk, pohlaví, dosažené vzdělání, ekonomickou aktivitu a rodinný stav. Přesnou závislostní a psychiatrickou diagnózu, pro kterou byl pacient léčen, jsem vyplnil sám výpisem ze zdravotnické dokumentace. Po vyplnění sociodemografického dotazníku jsem pacientům předal k vyplnění dotazník kvality života WHOQOL-BREF (Příloha č. 2) opatřený stejným kódem, jako jejich sociodemografický dotazník a podrobně je seznámil s instrukcemi pro vyplnění, které se nacházely na titulní straně dotazníku. Vyplňování dotazníků probíhalo v době volna pacientů tak, aby nezasahovalo do povinných terapeutických aktivit. Obvykle jsem pacientům dotazníky rozdával na začátku mé dvanáctihodinové denní směny a požádal je, aby mi je vrátili vyplněné ideálně do doby, než mi směna skončí. Pacienty přijaté k prvnímu pobytu jsem oslovoval nejpozději do desátého dne od přijetí na oddělení a absolventy jsem oslovoval kdykoliv během jejich pětidenního pobytu.

Po odevzdání jsem dotazníky zkontroloval, zda jsou vyplněny všechny odpovědi a ke každému dotazníku WHOQOL-BREF připnul odpovídající sociodemografický dotazník se stejným kódem.

Dohromady jsem oslovil s žádostí o účast ve výzkumu 110 pacientů, přičemž jich všech 110 souhlasilo a vyplnilo mi dotazník. Pouze ve dvou případech se mi vrátil dotazník s chybějící odpovědí na některou z otázek. Pokaždé se však jednalo o přehlédnutí otázky, nikoliv o situaci, kdy by nevyplněná otázka byla pacientovi nějak nepříjemná, nebo jí neporozuměl. V těchto případech jsem tedy pacienty požádal o doplnění chybějících odpovědí, čemuž rádi vyhověli. Obecně byl o účast ve výzkumu ze strany pacientů velkým zájem. Vždy když se na oddělení „rozkřiklo“, že rozdávám dotazník, tak mě část pacientů sama aktivně oslovila, že by mi také rádi něco vyplnili, bohužel však vždycky šlo o pacienty, kteří nesplňovali má kritéria výběru, a proto jsem je neoslovil sám.

Sběr dat probíhal zhruba 38 měsíců z toho důvodu, že absolvent je typ pacienta, který se na oddělení vyskytuje spíše výjimečně. Jsou měsíce, kdy je na oddělení alespoň jeden absolvent, ale častěji se stává, že se třeba za celého čtvrt roku na oddělení nepřijme ani jeden. Dalším faktorem, který prodloužil sběr dat, bylo propuknutí pandemie Covid-19, kdy jsme na oddělení 16 zhruba od listopadu 2020 do června 2021 nepřijímali absolventy vůbec, aby se snížilo riziko zavlečení nákazy na oddělení.

7.1 Nástroje

Pro posouzení QoL pacientů s duální diagnózou jsem použil českou verzi dotazníku WHOQOL-BREF, tedy dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace, který byl testován ve 23 zemích a používán v dlouhodobé mezinárodní studii průběhu deprese LIDO (Longitudinal Investigation in Depression Outcomes), do které byli zapojeni pacienti z USA, Ruska, Brazílie, Austrálie, Izraele a Španělska. Jedná se o zkrácenou verzi WHOQOL-100 s 26 položkami, kdy z každé facety WHOQOL-100 byla vybrána jedna položka, která má nejlepší psychometrické vlastnosti. Dotazník je vhodný jak pro běžnou populaci, tak pro pacienty s různými potížemi. Otázky jsou soustředěny do čtyř domén: fyzické, psychické, sociální a prostředí a do dvou samostatných položek týkajících se celkového hodnocení zdravotního stavu a QoL. Soubory použité pro validizaci české verze dotazníku tvořilo dohromady 968 respondentů lišících se v proměnných, u nichž se předpokládalo, že mohou mít vztah ke kvalitě života. Jednalo se především o tyto proměnné: věk, pohlaví a závažnost zdravotních potíží. Jako základ pro výpočet populačních norem posloužily 2 soubory reprezentativní pro pražskou populaci. První soubor byl složen z respondentů ve věku 18-59 let a druhý z respondentů starých 60 a více let. Oba tyto soubory pro výpočet populační normy tvořilo dohromady 635 respondentů. Výsledky dotazníku se zpracovávají deskriptivní statistikou dle příručky a prezentují formou čtyř doménových skóre a průměrných hrubých skóre položky Q1 hodnotící celkovou QoL a položky Q2 hodnotící zdravotní stav. Výsledné skóre všech 26 položek a čtyř domén se následně porovnávají s českou populační normou, která je také součástí příručky pro uživatele dotazníku. Rozpětí doménových skóre se pohybuje od 4 do maximálních 20, přičemž vyšší hodnota značí lepší QoL (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

8 Zpracování a analýza dat

Sebraná data ze sociodemografických dotazníků a dotazníků WHOQOL-BREF jsem zanesl do MS EXCEL a pomocí deskriptivní statistiky je zpracoval do tabulek a grafů, přičemž při zpracování dat z dotazníků WHOQOL-BREF jsem postupoval dle příručky. Pro analýzu hypotéz byl použit statistický program Jamovi. Pro testování hypotéz H1 – H6 byl z důvodů porušení podmínky normality anebo přítomnosti ordinální závislé proměnné použit neparametrický Mann-Whitney U test pro dva nezávislé výběry. Hladina významnosti byla pro všechny hypotézy stanovena na hodnotu $p < 0,05$.

9 Etické aspekty práce

Výzkum probíhal s vědomím a písemným souhlasem etické komise PNB (Příloha č. 3) a bylo s ním seznámeno vedení oddělení včetně celého terapeutického týmu. Pacienti do výzkumu vstupovali dobrovolně po ústním vyjádření informovaného souhlasu, byli seznámeni s tématem diplomové práce, dále že budou ve výzkumu vystupovat pod přiděleným číselným kódem, aby byla zajištěna jejich anonymita a konečně s možností, kdykoliv z výzkumu odstoupit. Zároveň jsem si uvědomoval problém dvojí role, kdy ve výzkumu vystupuji jako člen terapeutického týmu a výzkumník současně, což jsem ošetřil tak, že jsem pacienty před vyplněním dotazníku neinstruoval o nic více, než je uvedeno na první straně dotazníku, na kterou jsem je ještě před vyplněním otazníku dodatečně odkázal. Závěrem byl pacientům vyjádřen za účast ve výzkumu upřímný vděk a dík.

10 Výzkumný soubor

Základní soubor

Základní soubor tvoří plnoletí pacienti s duální diagnózou, muži i ženy, kteří byli hospitalizováni na oddělení 16 v PNB.

Výběrový soubor

Výběrový soubor jsem zvolil na základě prostého záměrného výběru, protože výsledný výběrový soubor se bude týkat pacientů, ke kterým jsem měl snadný přístup. Půjde tedy o cílené vyhledávání pacientů, dle určitých vlastností, kdy daným kritériem je právě daná vlastnost (Miovský, 2006).

Kritéria výběru pacienta:

Pacienti s duální diagnózou, kteří byli hospitalizováni k prvnímu či absolventskému pobytu na oddělení 16 v PNB.

- Pro ověření daného kritéria výskytu duální diagnózy, jsem využil zdravotnickou dokumentaci, kde bylo přehledně uvedeno, že daný pacient byl hospitalizován na oddělení 16 pro duální diagnózu.
- Samotný výskyt duální diagnózy je základním kritériem pro příjem pacienta na oddělení 16, z toho lze usuzovat, že všichni hospitalizovaní pacienti na tomto oddělení trpí duální diagnózou.
- Pro ověření kritéria absolventské léčby a první léčby jsem využil rovněž zdravotnickou dokumentaci, kde bylo přehledně uvedeno, k jakému typu pobytu byl pacient přijat.

10.1 Charakteristika výběrového souboru

Výběrový soubor tvoří 110 pacientů s duální diagnózou hospitalizovaných v PNB na oddělení 16, přičemž 55 z nich bylo přijato k prvnímu pobytu a 55 k absolventskému pobytu. Pacienti na prvním pobytu jsou ve věkovém rozmezí od 18 do 63 let s věkovým průměrem 33,1 let. Absolventi se pohybují ve věkovém rozmezí od 18 do 60 let a jejich průměrný věk je 39,8 let. U prvoléčeb dominuje v 56 % případů mužské pohlaví a u absolventů v 51 % případů ženské. Nejvyšší dosažené vzdělání udávali nejčastěji obě skupiny shodně středoškolské a to se 44 % četností u prvoléčeb a 49 % četností u absolventů. V obou skupinách také respondenti shodně nejvíce uváděli, že mají stále zaměstnání a to se 40 % četností u prvoléčeb a 42 % četností u absolventů. Co se týče rodinného stavu a partnerských vztahů, tak byli členové obou skupin nejčastěji svobodní, a to prvoléčby v 58 % případů a absolventi v 38 % případů. U prvoléčeb se s 35 % četností nejčastěji vyskytovala psychiatrická diagnóza poruchy osobnosti a chování. U absolventů se vyskytovala také nejčastěji porucha osobnosti a chování, ale společně s neurotickými poruchami a to v obou případech s 29 % četností. Co se týče adiktologické diagnózy, tak u prvoléčeb je nejvíce zastoupena porucha způsobená užíváním více drog a to se 44 % četností. U absolventů se objevovala nejčastěji se 45 % četností porucha způsobená užíváním alkoholu. 100 % pacientů na prvním pobytu abstinovalo před vyplněním dotazníku kratší dobu, než dva měsíce. Průměrná doba abstinence absolventů před vyplněním dotazníku je 15 měsíců, přičemž nejdelší zaznamenaná doba abstinence je 54 měsíců. Průměrný počet absolvovaných absolventských pobytů ve skupině absolventů je 2,5 pobytu.

11 Výsledky

V této kapitole budou interpretovány výsledky ze sociodemografických dotazníků, dále dotazníků WHOQOL-BREF a na konci kapitoly budou vyhodnoceny hypotézy. Pro výzkumné účely jsem sloučil jednotlivé diagnózy ze sociodemografických dotazníků do celků dle klasifikační struktury MKN-10. Výčet všech konkrétních zachycených diagnóz včetně jejich četností je součástí příloh (Příloha č. 4).

11.1 Vyhodnocení odpovědí sociodemografického dotazníku

Tabulka č. 2 ukazuje, že výzkumný soubor tvořilo 110 pacientů, z toho bylo 55 z nich přijato k prvnímu pobytu a 55 k absolventskému pobytu.

Tabulka č. 2: Složení souboru dle typu léčebného pobytu

Typ léčebného pobytu	Četnost	%
První pobyt	55	50%
Absolventský pobyt	55	50%
Celkem	110	100%

Tabulka č. 3 ukazuje, že nejčastěji absolventi udávali, že jsou na prvním absolventském pobytu a to se 42 % četností. Nejvyšší počet absolvovaných absolventských pobytů bylo 7, a to ve třech případech.

Tabulka č. 3: Složení souboru dle počtu absolventských pobytů

Počet absolventských pobytů	Četnost	%
První pobyt	23	42%
Druhý pobyt	13	24%
Třetí pobyt	3	5%
Čtvrtý pobyt	6	11%
Pátý pobyt	4	7%
Šestý pobyt	3	5%
Sedmý pobyt	3	5%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 4 ukazuje, že celých 100 % pacientů přijatých k první léčbě neabstinovalo před vyplněním dotazníku déle, než 2 měsíce.

Tabulka č. 4: Složení souboru dle délky abstinence (prvoléčby)

Délka abstinence - prvoléčby	Četnost	%
Méně než 2 měsíce	55	100%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 5 ukazuje, že absolventi nejčastěji udávali délku abstinence před vyplněním dotazníku 6 měsíců, a to se 16 % četností. Nejkratší doba abstinence u absolventů byla ve dvou případech uvedena jako 4 měsíce. Rovněž nejdelší doba abstinence byla uvedena ve dvou případech a jednalo se shodně o 54 měsíců. Průměrná doba abstinence absolventů je 15 měsíců.

Tabulka č. 5: Složení souboru dle délky abstinence (absolventi)

Délka abstinence - absolventi	Četnost	%
4 měsíce	2	4%
5 měsíců	8	15%
6 měsíců	9	16%
7 měsíců	6	11%
8 měsíců	2	4%
9 měsíců	1	2%
10 měsíců	4	7%
12 měsíců	1	2%
14 měsíců	2	4%
15 měsíců	2	4%
16 měsíců	2	4%
17 měsíců	1	2%
18 měsíců	2	4%
24 měsíců	2	4%
25 měsíců	1	2%
27 měsíců	1	2%
28 měsíců	1	2%
30 měsíců	2	4%
36 měsíců	1	2%
40 měsíců	1	2%
44 měsíců	1	2%
48 měsíců	1	2%
54 měsíců	2	4%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 6 ukazuje, že nejčastěji 35 % pacientů na prvním pobytu trpělo poruchami osobnosti a chování, 25 % neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami a 24 % poruchami schizofrenního okruhu

Tabulka č. 6: Složení souboru dle psychiatrické diagnózy (prvoléčby)

Psychiatrická diagnóza - prvoléčby	Četnost	%
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	13	24%
Afektivní poruchy (poruchy nálady)	5	9%
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	14	25%
Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	2	4%
Poruchy osobnosti a chování u dospělých	19	35%
Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání	2	4%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 7 ukazuje, že nejčastěji 29 % absolventů trpělo poruchami osobnosti a chování, stejně tak 29 % absolventů neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami a 16 % afektivními poruchami.

Tabulka č. 7: Složení souboru dle psychiatrické diagnózy (absolventi)

Psychiatrická diagnóza - absolventi	Četnost	%
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	8	15%
Afektivní poruchy (poruchy nálady)	9	16%
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	16	29%
Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	4	7%
Poruchy osobnosti a chování u dospělých	16	29%
Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání	2	4%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 8 ukazuje, že nejčastěji 44% % pacientů na prvním pobytu trpělo poruchami způsobenými užíváním více návykových látek, 38 % poruchami způsobenými užíváním alkoholu a 9 % poruchami způsobenými užíváním stimulantů. Jen jeden pacient trpěl patologickým hráčstvím.

Tabulka č. 8: Složení souboru dle adiktologické diagnózy (prvoléčby)

Adiktologická diagnóza - prvoléčby	Četnost	%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	21	38%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů	2	4%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů	0	0%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik	2	4%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu	5	9%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek	24	44%
Nutkavé a impulzivní poruchy - Patologické hráčství	1	2%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 9 ukazuje, že nejčastěji 45 % absolventů trpělo poruchami způsobenými užíváním alkoholu, 35 % poruchami způsobenými užíváním více návykových látek a 9 % poruchami způsobenými stimulantů. Žádný z absolventů netrpěl patologickým hráčstvím.

Tabulka č. 9: Složení souboru dle adiktologické diagnózy (absolventi)

Adiktologická diagnóza - absolventi	Četnost	%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	25	45%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů	4	7%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů	1	2%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik	1	2%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu	5	9%
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek	19	35%
Nutkavé a impulzivní poruchy - Patologické hráčství	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 10 ukazuje, že pacienti přijati k prvnímu pobytu byli z 56 % muži a 44 % ženy. Žádný z dotázaných pacientů na prvním pobytu se neidentifikoval jako jiné pohlaví, než mužské či ženské.

Tabulka č. 10: Složení souboru dle pohlaví (prvoléčby)

Pohlaví - prvoléčby	Četnost	%
Muž	31	56%
Žena	24	44%
Jiné	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 11 ukazuje, že pacienti přijati k absolventskému pobytu byli z 51 % muži a ze 49 % ženy. Žádný z dotázaných pacientů na absolventském pobytu se neidentifikoval jako jiné pohlaví, než mužské či ženské.

Tabulka č. 11: Složení souboru dle pohlaví (absolventi)

Pohlaví - absolventi	Četnost	%
Muž	27	49%
Žena	28	51%
Jiné	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 12 ukazuje, že nejvíce pacientů přijatých k prvnímu pobytu bylo ve věkovém rozmezí od 26 do 35 let a to ve 33 % případů. Druhou nejpočetnější skupinou byli pacienti ve věkovém rozmezí od 36 do 45 let a to v 31 % případů. Průměrný věk pacientů přijatých k prvnímu pobytu je 33,1 let.

Tabulka č. 12: Složení souboru dle věku (prvoléčby)

Věk - prvoléčby	Četnost	%
18 – 25 let	16	29%
26 – 35 let	18	33%
36 – 45 let	17	31%
46 – 60 let	3	5%
61 a více let	1	2%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 13 ukazuje, že nejvíce pacientů přijatých k absolventskému pobytu bylo ve věkovém rozmezí od 46 do 60 let a to ve 44 % případů. Druhou nejpočetnější skupinou byli pacienti ve věkovém rozmezí od 36 do 45 let a to ve 27 % případů. Průměrný věk absolventů je 39,8 let.

Tabulka č. 13: Složení souboru dle věku (absolventi)

Věk - absolventi	Četnost	%
18 – 25 let	13	24%
26 – 35 let	3	5%
36 – 45 let	15	27%
46 – 60 let	24	44%
61 a více let	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 14 ukazuje, že nejvíce pacientů přijatých k prvnímu pobytu mělo středoškolské vzdělání a to ve 44 % případů. Dále se shodně po 20 % případů vyskytovalo základní vzdělání s učebním oborem bez maturity. 9 % pacientů na prvním pobytu mělo vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 14: Složení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání (prvoléčby)

Nejvyšší dosažené vzdělání - prvoléčby	Četnost	%
Základní	11	20%
Středoškolské	24	44%
Učební obor bez maturity	11	20%
Učební obor s maturitou	3	5%
Vyšší odborné	1	2%
Vysokoškolské	5	9%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 15 ukazuje, že nejčastěji 49 % absolventů mělo středoškolské vzdělání, 27 % mělo učební obor bez maturity a 7 % vzdělání vysokoškolské.

Tabulka č. 15: Složení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání (absolventi)

Nejvyšší dosažené vzdělání - absolventi	Četnost	%
Základní	8	15%
Středoškolské	27	49%
Učební obor bez maturity	15	27%
Učební obor s maturitou	1	2%
Vyšší odborné	0	0%
Vysokoškolské	4	7%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 16 ukazuje, že nejčastěji 40 % pacientů přijatých k prvnímu pobytu mělo stálé zaměstnání, 29 % jich bylo nezaměstnaných a 18 % v invalidním důchodě. Žádný z pacientů nebyl ve starobním důchodu.

Tabulka č. 16: Složení souboru dle ekonomické aktivity (prvoléčby)

Ekonomická aktivita - prvoléčby	Četnost	%
Studující	3	5%
Stálé zaměstnání	22	40%
Příležitostné zaměstnání	4	7%
Nezaměstnaný(á)	16	29%
Invalidní důchod	10	18%
Starobní důchod	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 17 ukazuje, že nejčastěji 42 % absolventů mělo stálé zaměstnání, 20 % jich bylo nezaměstnaných a 20 % v invalidním důchodu. Žádný z absolventů nebyl ve starobním důchodu.

Tabulka č. 17: Složení souboru dle ekonomické aktivity (absolventi)

Ekonomická aktivita - absolventi	Četnost	%
Studující	4	7%
Stálé zaměstnání	23	42%
Příležitostné zaměstnání	6	11%
Nezaměstnaný(á)	11	20%
Invalidní důchod	11	20%
Starobní důchod	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 18 ukazuje, že nejčastěji 58 % pacientů přijatých k prvnímu pobytu bylo svobodných, 18 % v partnerském vztahu a 13 % pacientů z této skupiny bylo v manželském svazku. 11 % pacientů udalo, že jsou po rozvodu.

Tabulka č. 18: Složení souboru dle rodinného stavu (prvoléčby)

Rodinný stav - prvoléčby	Četnost	%
Svobodný(á)	32	58%
V partnerském vztahu	10	18%
Ženatý / vdaná	7	13%
Rozvedený(á)	6	11%
Ovdovělý(á)	0	0%
Celkem	55	100%

Tabulka č. 19 ukazuje, že nejčastěji 38 % absolventů bylo svobodných, 24 % v partnerském vztahu a 20 % v manželském svazku. 18 % absolventů uvedlo, že jsou po rozvodu.

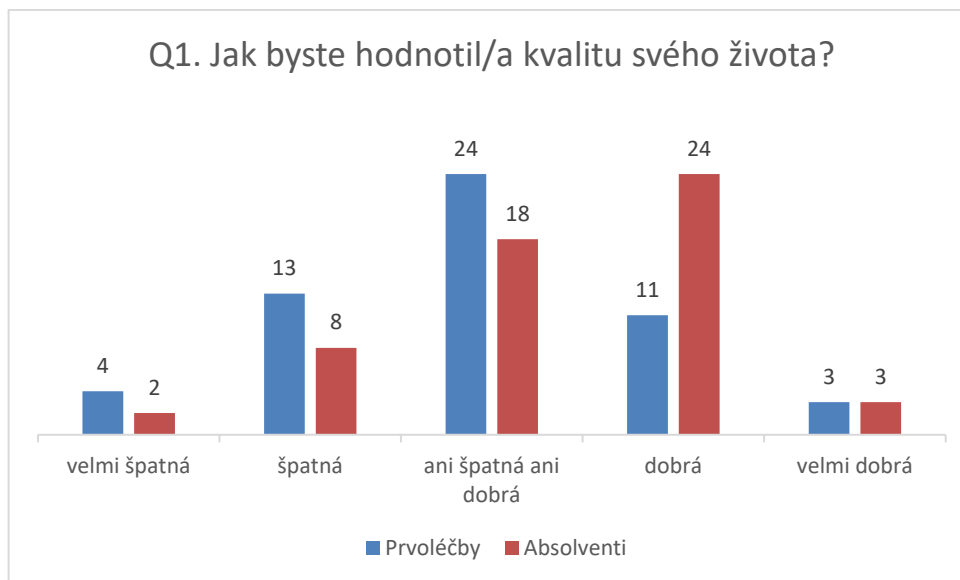
Tabulka č. 19: Složení souboru dle rodinného stavu (absolventi)

Rodinný stav - absolventi	Četnost	%
Svobodný(á)	21	38%
V partnerském vztahu	13	24%
Ženatý / vdaná	11	20%
Rozvedený(á)	10	18%
Ovdovělý(á)	0	0%
Celkem	55	100%

11.2 Vyhodnocení odpovědí dotazníku WHOQOL-BREF

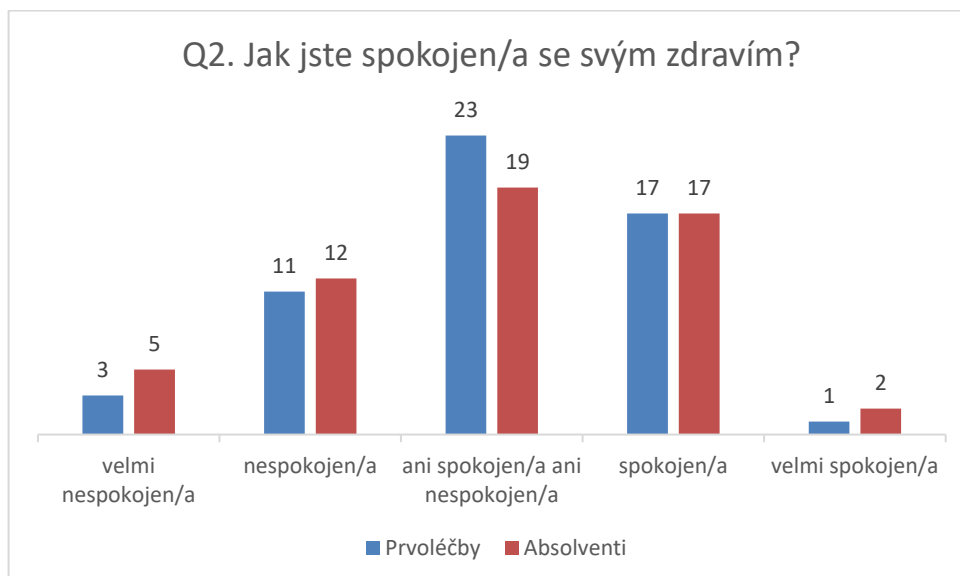
Graf č. 1 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 24 případech hodnotili kvalitu svého života jako ani špatnou a ani dobrou. Absolventi nejčastěji hodnotili kvalitu svého života jako dobrou a to také ve 24 případech.

Graf č. 1: Kvalita života



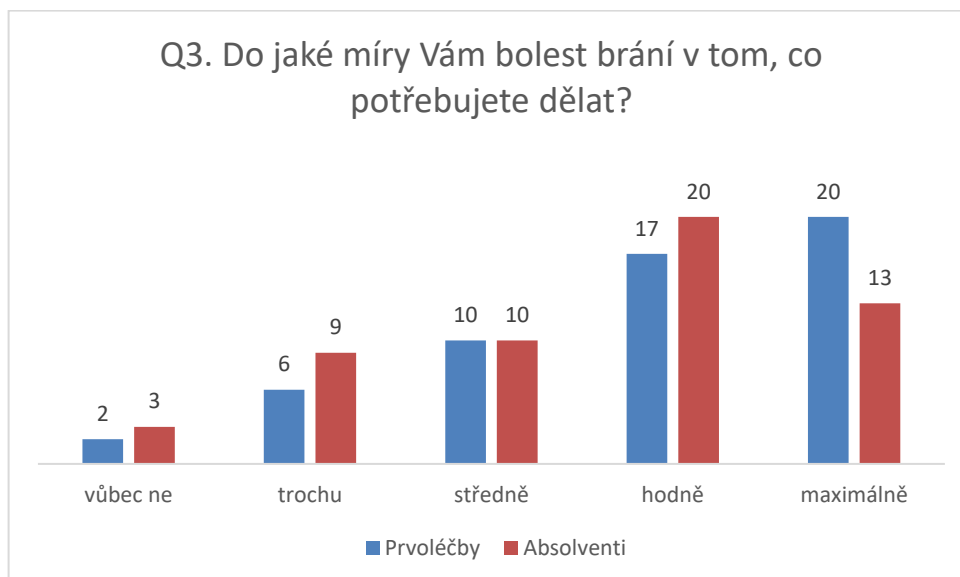
Graf č. 2 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji byli ani spokojeni a ani nespokojeni se svým zdravím a to v 23 případech. Absolventi udávali také nejčastěji stejnou odpověď, a to v 19 případech.

Graf č. 2: Spokojenost se zdravím



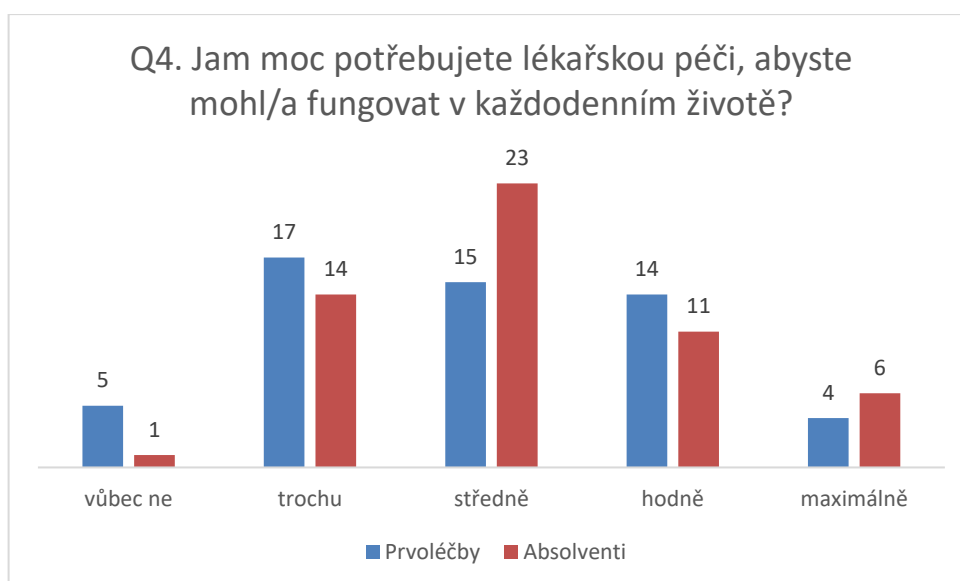
Graf č. 3 ukazuje, že nejčastěji pacienti na prvním pobytu udávali, že jim bolest do maximální míry brání dělat to, co potřebují, a to ve 20 případech. Absolventi nejčastěji uváděli, že jim bolest hodně brání v tom, dělat co potřebují, a to také ve 20 případech.

Graf č. 3: Bolest a nepříjemné pocity



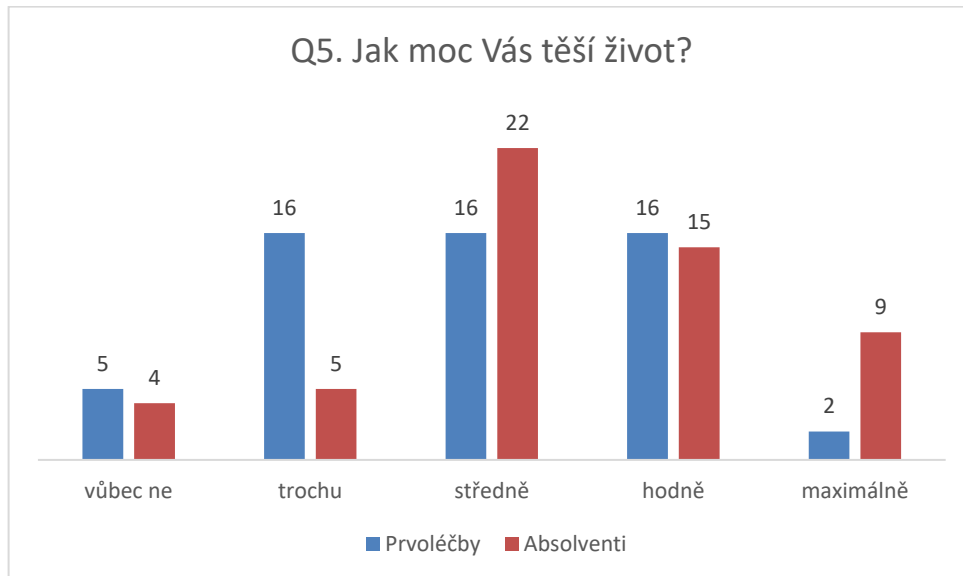
Graf č. 4 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji uváděli, že pro své každodenní fungování potřebují jen trochu lékařské péče, a to v 17 případech. Absolventi nejčastěji ve 23 případech uvedli, že pro každodenní fungování potřebují lékařskou péči středně.

Graf č. 4: Závislost na lékařské péči



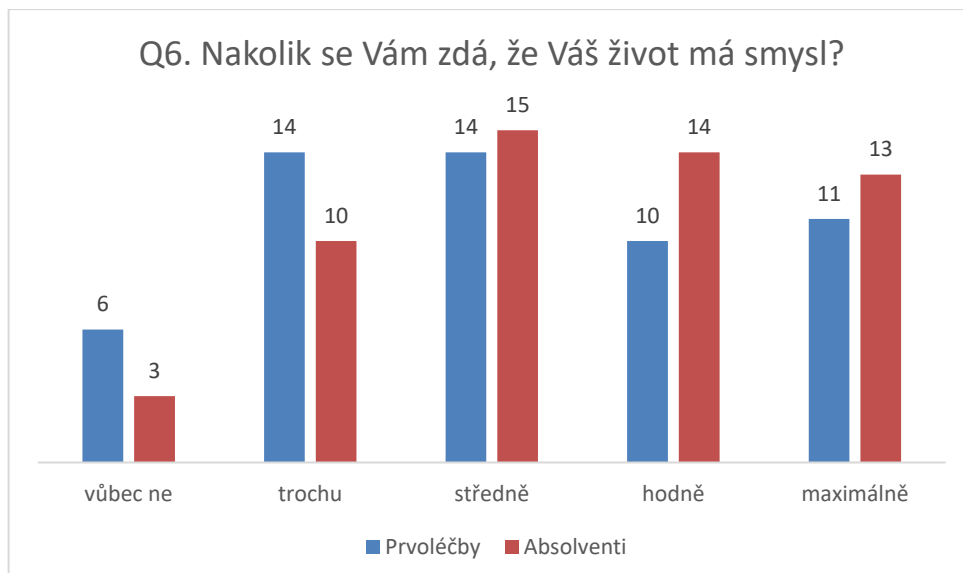
Graf č. 5 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu uvedli shodně nejčastěji v 16 případech, že je život těší jen trochu, v 16 případech středně a v 16 případech hodně. Absolventi odpovídali nejčastěji ve 22 případech, že je život těší středně.

Graf č. 5: Potěšení ze života



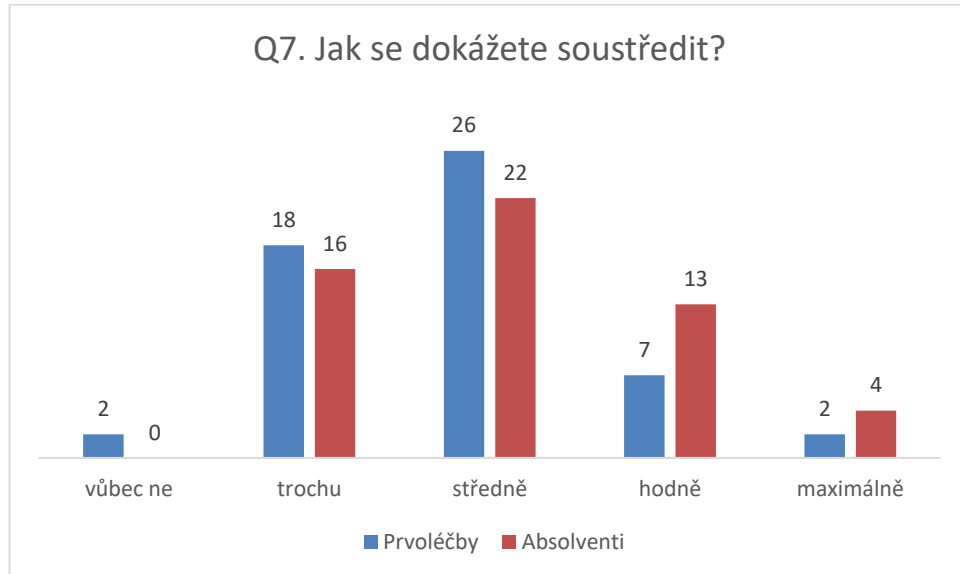
Graf č. 6 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu uváděli nejčastěji shodně ve 14 případech, že se jim zdá, že má jejich život smysl jen trochu a ve 14 případech, že středně. Absolventi nejčastěji v 15 případech uvedli, že se jim zdá, že má jejich život smysl středně.

Graf č. 6: Smysl života



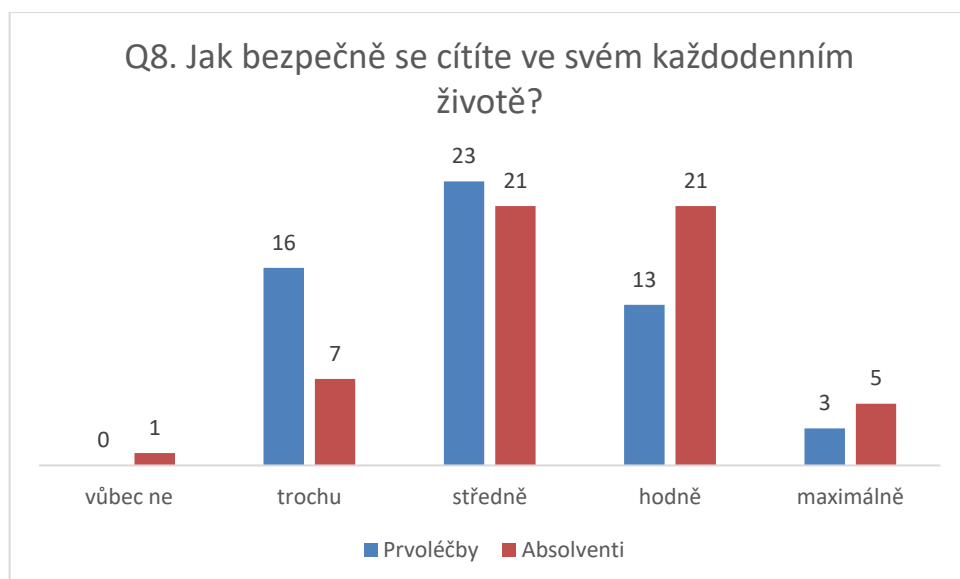
Graf č. 7 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 26 případech uvedli, že se dokáží středně soustředit. Absolventi také nejčastěji uváděli tuto možnost, a to ve 22 případech. Žádný z absolventů nevedl, že se nedokáže soustředit vůbec.

Graf č. 7: Schopnost soustředění



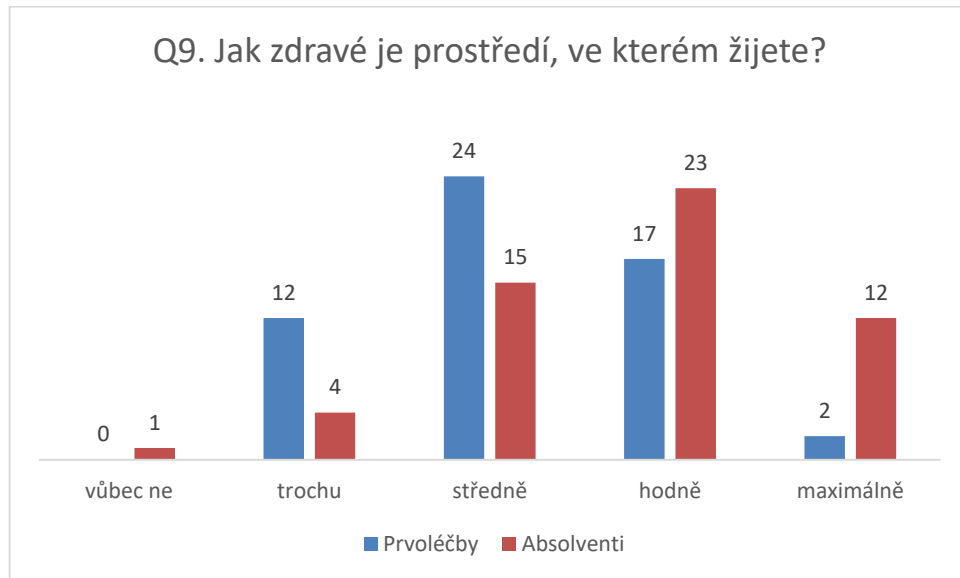
Graf č. 8 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 23 případech uvedli, že se v každodenním životě cítí středně bezpečně. Žádný z pacientů na první léčbě nevedl, že se vůbec necítí bezpečně. Absolventi shodně ve 21 případech nejčastěji uváděli, že se cítí středně a hodně bezpečně v každodenním životě.

Graf č. 8: Osobní bezpečí



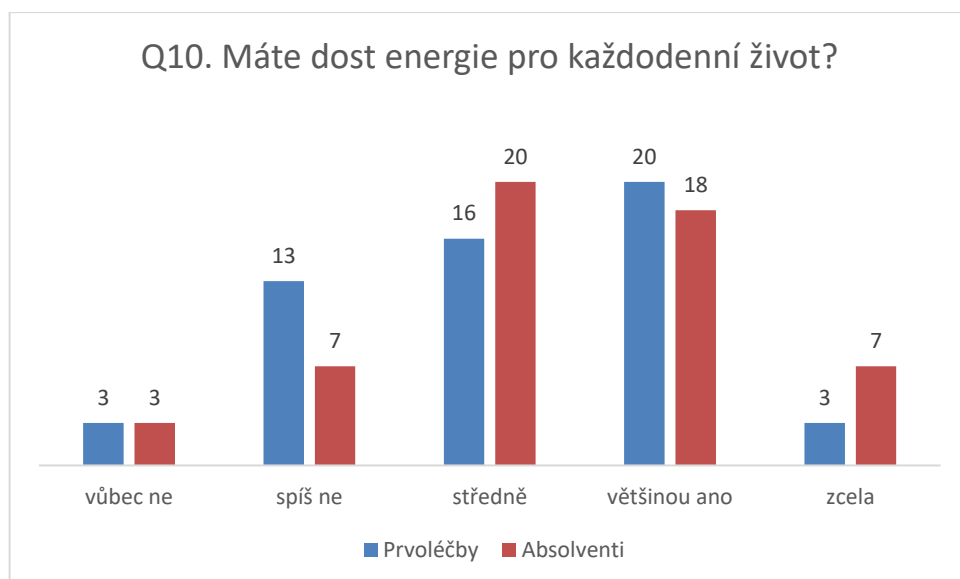
Graf č. 9 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 24 případech uvedli, že žijí ve středně zdravém prostředí. Žádný z pacientů na prvním pobytu neuvedl, že žije ve vůbec ne zdravém prostředí. Absolventi nejčastěji ve 23 případech uvedli, že žijí v hodně zdravém prostředí.

Graf č. 9: Zdravé prostředí



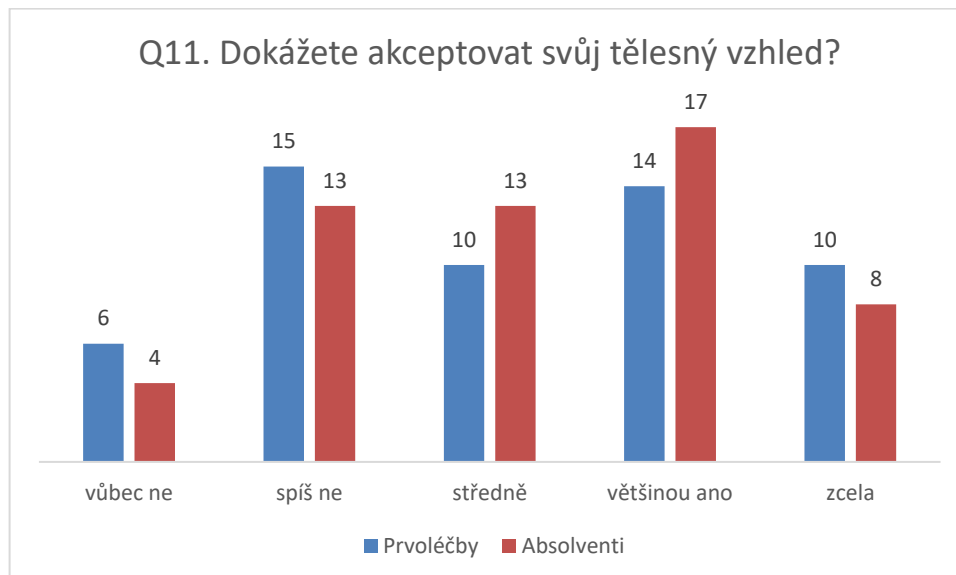
Graf č. 10 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 20 případech uvedli, že mají většinou dostatek energie pro každodenní život. Absolventi nejčastěji ve 20 případech uvedli, že pociťují středně dostatek energie pro každodenní život.

Graf č. 10: Energie a únava



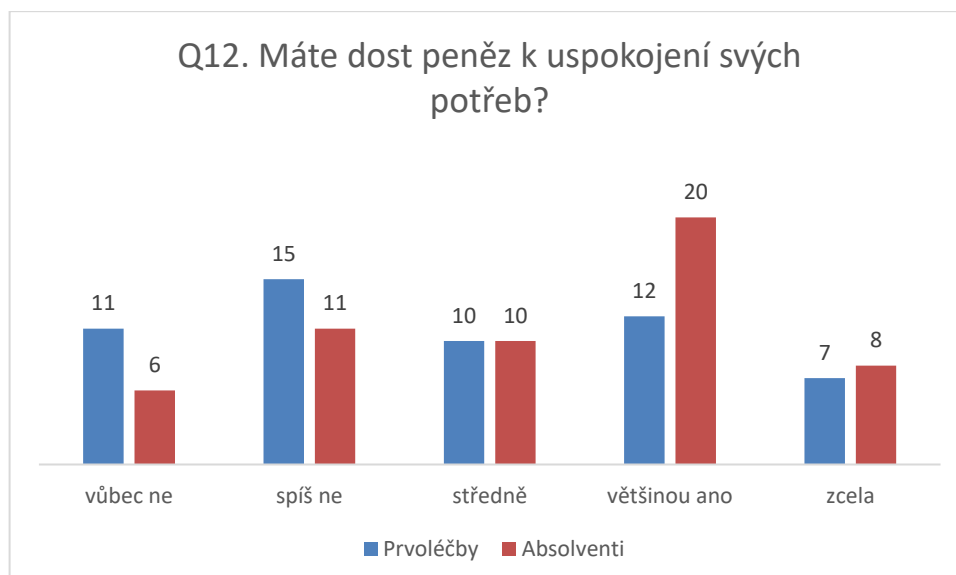
Graf č. 11 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji v 15 případech uvedli, že spíše neakceptují svůj tělesný vzhled. Absolventi nejčastěji v 17 případech uvedli, že svůj tělesný vzhled většinou akceptují.

Graf č. 11: Přijetí tělesného vzhledu



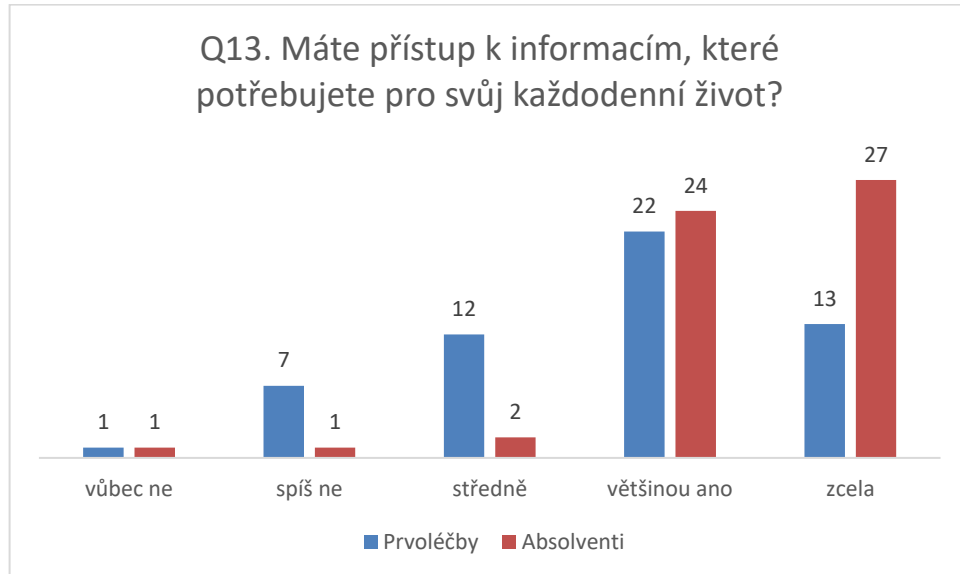
Graf č. 12 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji v 15 případech uvedli, že spíše nemají dostatek peněz pro uspokojení vlastních potřeb. Absolventi nejčastěji ve 20 případech uváděli, že většinou mají dostatek financí.

Graf č. 12: Finanční situace



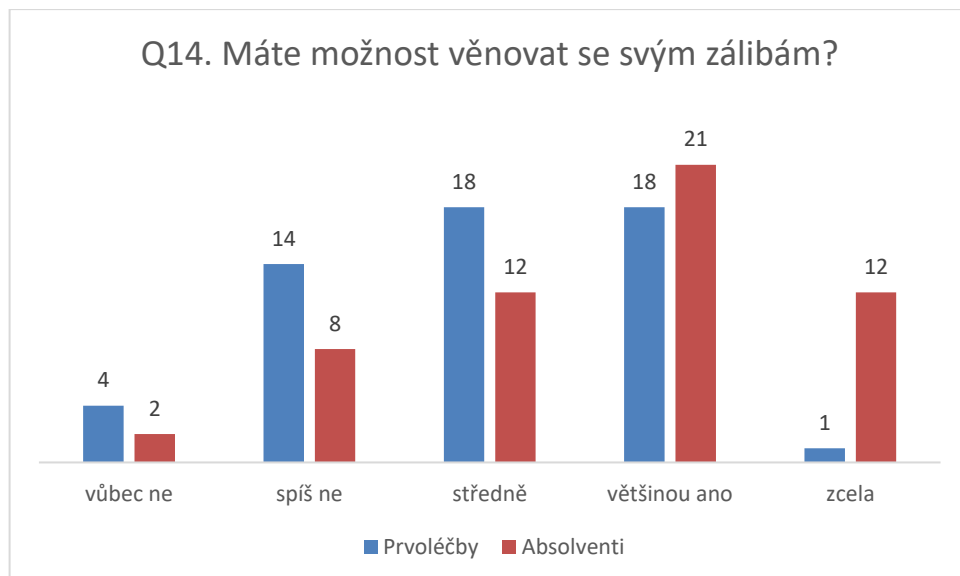
Graf č. 13 ukazuje, že pacienti na první pobytu nejčastěji ve 22 případech uvedli, že většinou mají přístup k informacím, které potřebují pro život. Absolventi nejčastěji ve 27 případech uvedli, že přístup k potřebným informacím mají zcela.

Graf č. 13: Přístup k informacím



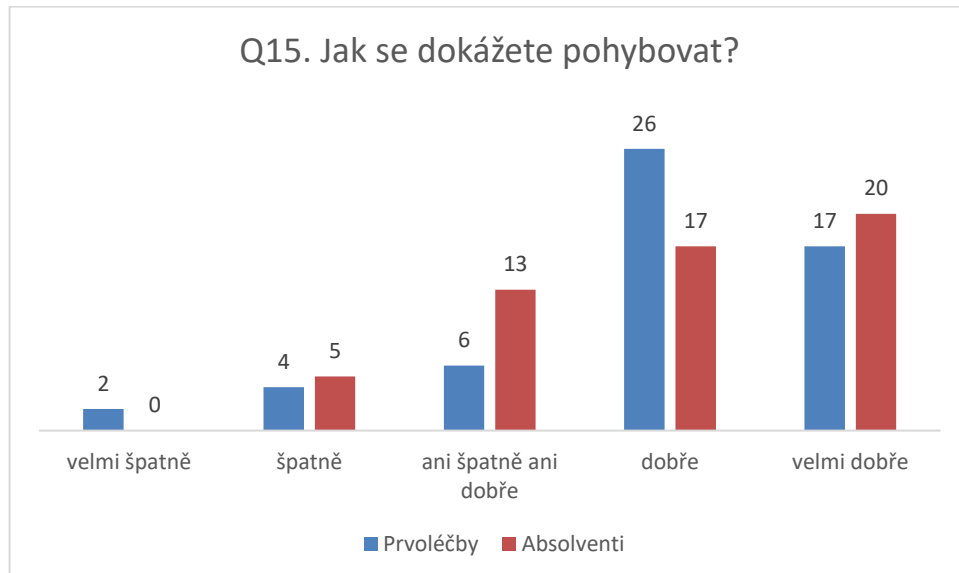
Graf č. 14 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji shodně v 18 případech uvedli, že většinou mají možnost věnovat se zálibám a v 18 případech, že možnost mají střední. Absolventi nejčastěji v 21 případech uváděli, že většinou mají možnost věnovat se zálibám.

Graf č. 14: Záliby



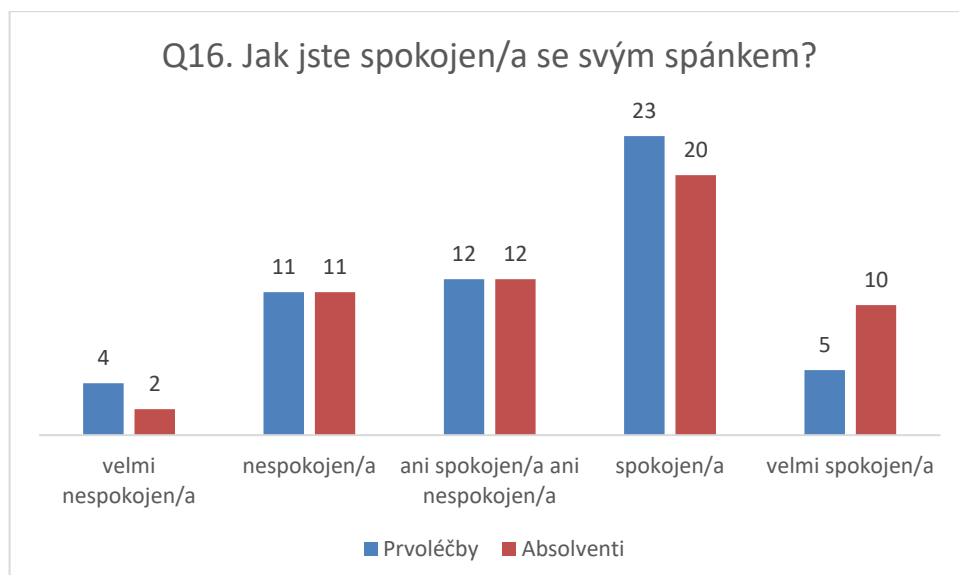
Graf č. 15 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 26 případech uváděli, že se dokáží dobře pohybovat. Absolventi nejčastěji ve 20 případech uvedli, že se pohybují velmi dobře. Žádný z absolventů nevedl, že se pohybuje velmi špatně.

Graf č. 15: Pohyblivost



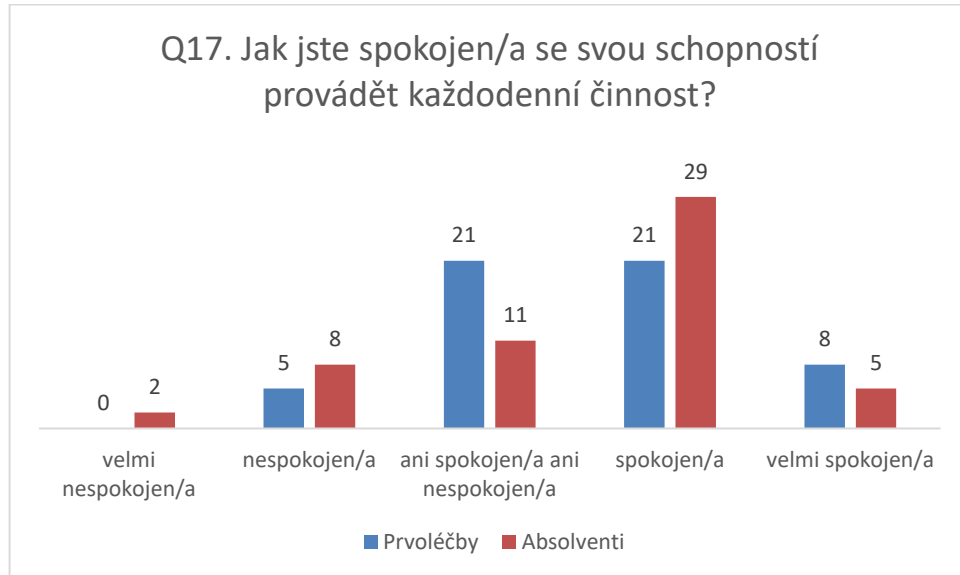
Graf č. 16 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji ve 23 případech uvedli, že jsou spokojeni se spánkem. Absolventi nejčastěji také uvedli, že jsou spokojeni se svým spánkem, a to ve 20 případech.

Graf č. 16: Spánek



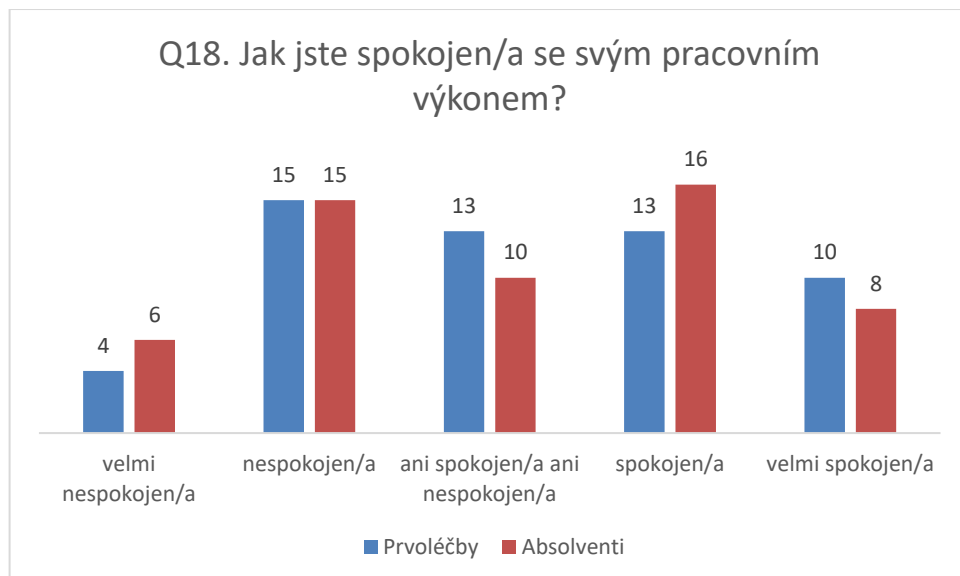
Graf č. 17 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu nejčastěji shodně ve 21 případech uvedli, že nejsou ani spokojeni a ani nespokojeni se svou schopností provádět každodenní činnosti a ve 21 případech, že jsou s touto schopností spokojeni. Žádný z pacientů na prvním pobytu neuvedl, že je s touto schopností velmi nespokojen. Absolventi nejčastěji ve 29 případech uvedli, že jsou spokojeni se svou schopností provádět denní činnosti.

Graf č. 17: Každodenní činnosti



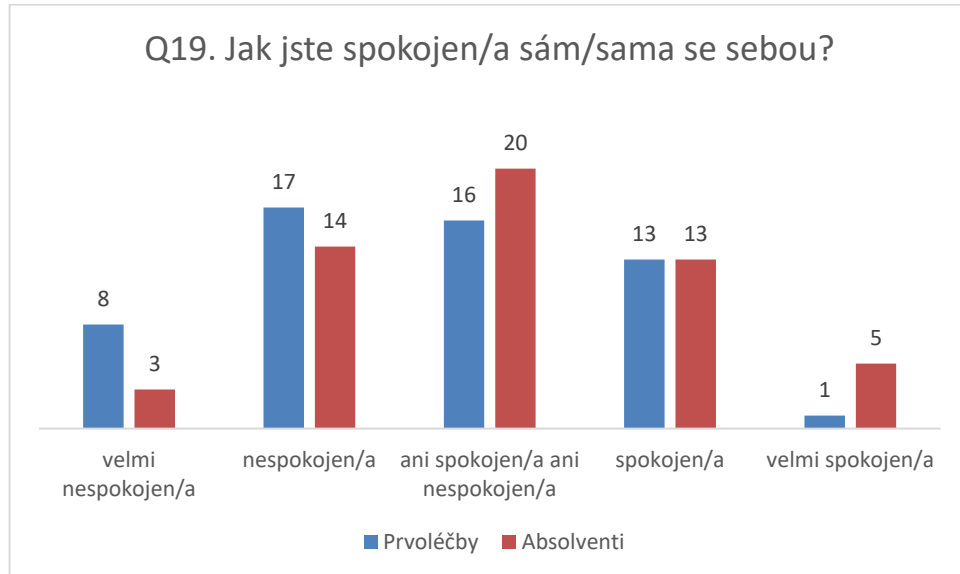
Graf č. 18 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji v 15 případech nespokojeni se svým pracovním výkonem. Absolventi nejčastěji uváděli, že jsou spokojeni se svým pracovním výkonem a to v 16 případech.

Graf č. 18: Pracovní výkonnost



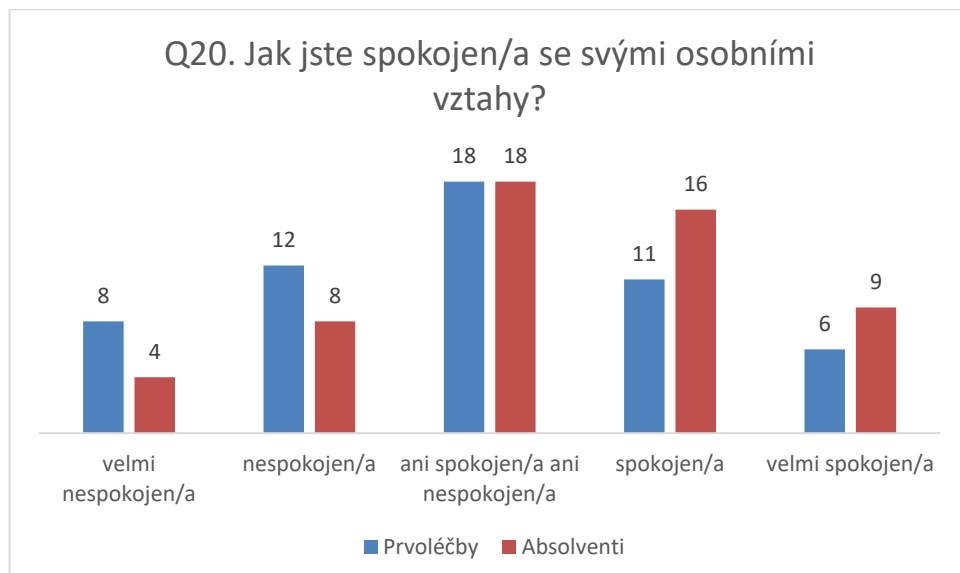
Graf č. 19 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji v 17 případech nespokojeni sami se sebou. Absolventi nejčastěji ve 20 případech uvedli, že jsou se sebou ani spokojeni a ani nespokojeni.

Graf č. 19: Spokojenost se sebou



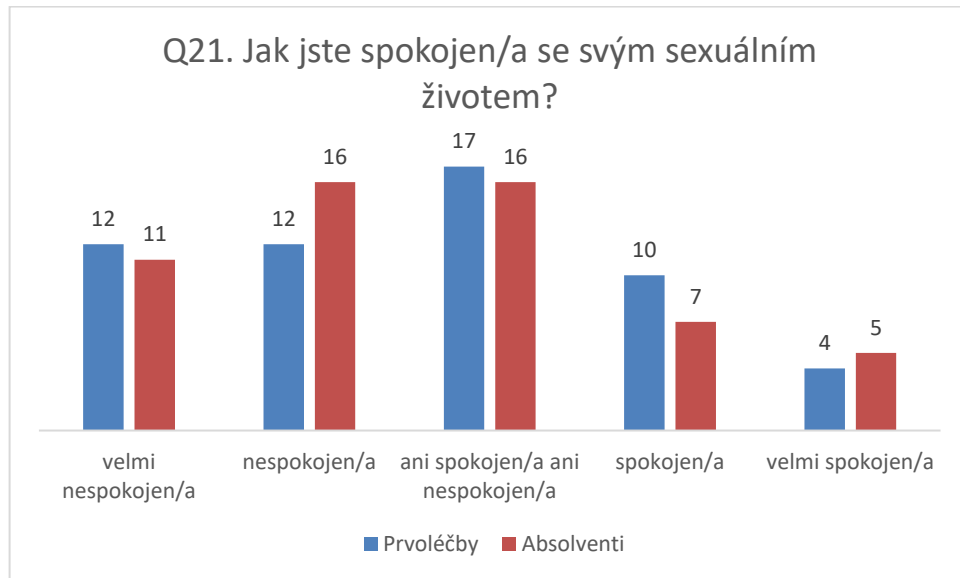
Graf č. 20 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji v 18 případech ani spokojeni a ani nespokojeni se svými osobními vztahy, stejně jako absolventi, kteří tuto odpověď uvedli také v 18 případech.

Graf č. 20: Osobní vztahy



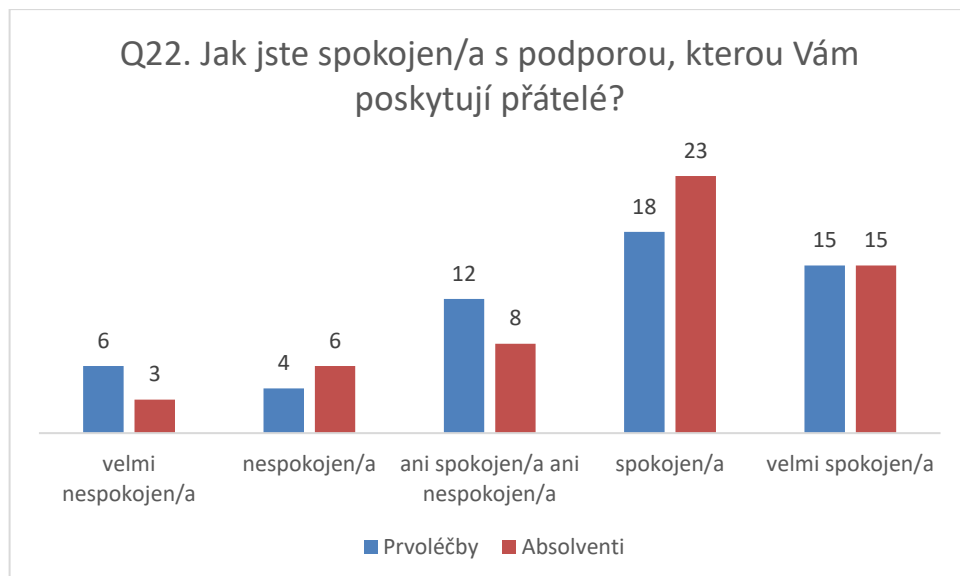
Graf č. 21 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji v 17 případech ani spokojeni a ani nespokojeni se svým sexuálním životem. Absolventi uvedli shodně nejčastěji v 16 případech, že jsou nespokojeni a v 16 případech, že nejsou ani spokojeni a ani nespokojeni.

Graf č. 21: Sexuální život



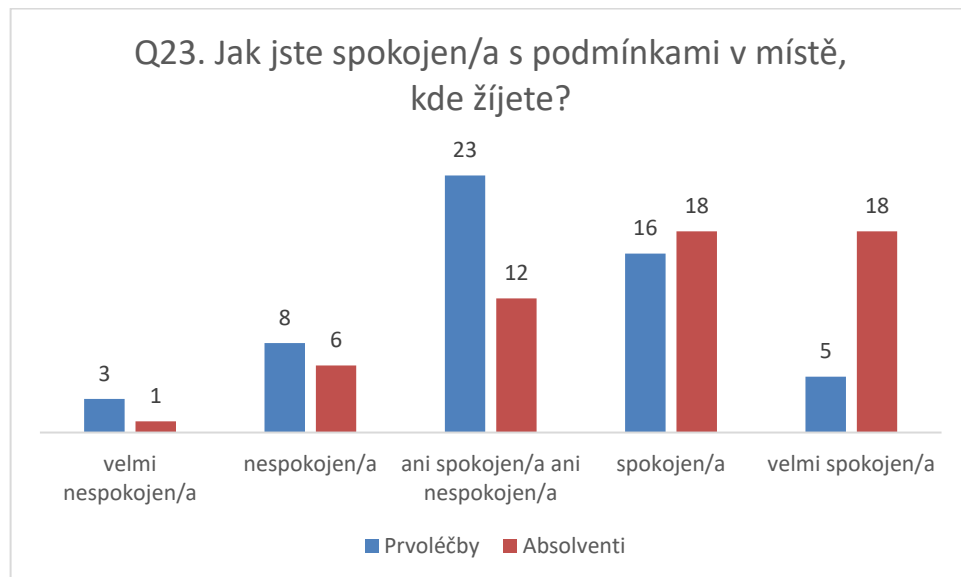
Graf č. 22: ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji v 18 případech spokojeni s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Absolventi uvedli nejčastěji také tuto možnost a to ve 23 případech.

Graf č. 22: Podpora přátel



Graf č. 23 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji ve 23 případech ani spokojeni a ani nespokojeni s podmínkami v místě, kde žijí. Absolventi uvedli shodně nejčastěji v 18 případech, že jsou s podmínkami v místě bydliště spokojeni a v 18 případech, že velmi spokojeni.

Graf č. 23: Prostředí a okolí bydliště



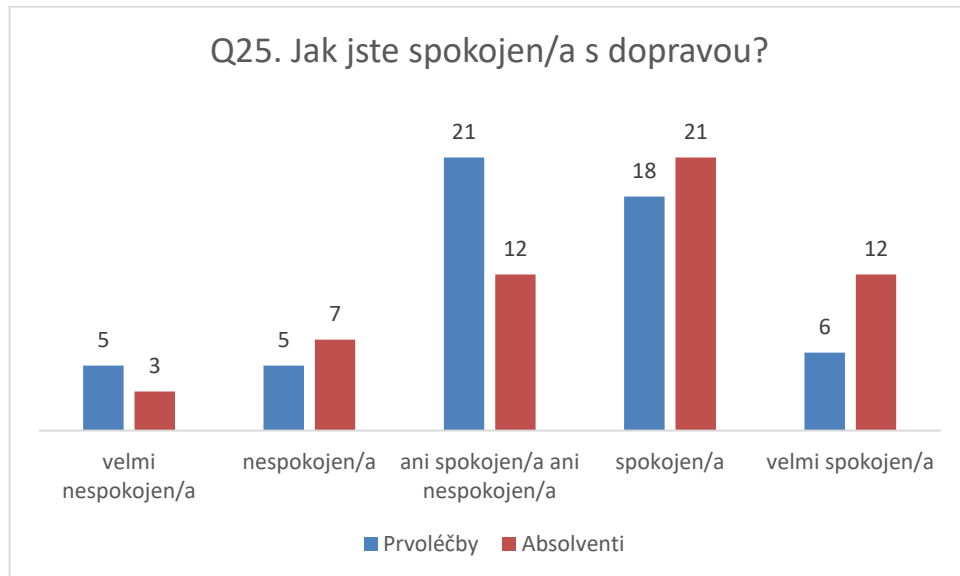
Graf č. 24 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji ve 28 případech spokojeni s dostupností zdravotní péče, stejně jako absolventi, kteří tuto odpověď uvedli v 29 případech.

Graf č. 24: Dostupnost zdravotní péče



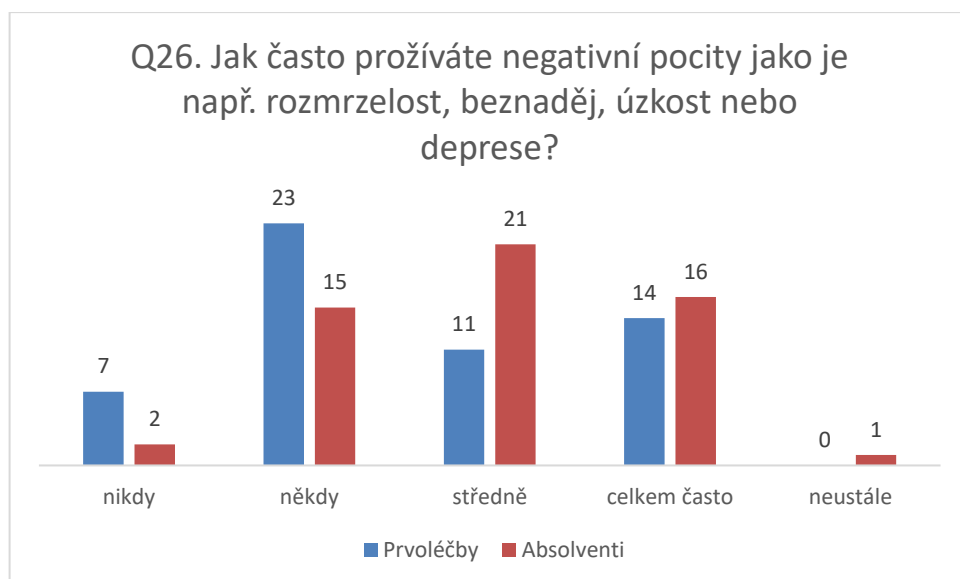
Graf č. 25 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu jsou nejčastěji ve 21 případech ani spokojeni a ani nespokojeni s dopravou. Absolventi nejčastěji uvedli v 21 případech, že jsou s dopravou spokojeni.

Graf č. 25: Doprava



Graf č. 26 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu trpí nejčastěji ve 23 případech negativními pocity jen někdy. Žádný z pacientů na prvním pobytu nevedl, že trpí negativními pocity neustále. Absolventi nejčastěji ve 21 případech uvedli, že negativními pocity trpí středně často.

Graf č. 26: Negativní pocity



11.3 Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF

Tabulka č. 20 ukazuje, že pacienti na prvním pobytu hodnotí v porovnání s populační normou hůře kvalitu svého života, jsou více závislí na lékařské péči, méně je těší život, jsou méně spokojeni sami se sebou a pociťují zhoršené fyzické zdraví a psychické prožívání. Absolventi jsou v porovnání s populační normou více závislí na lékařské péči a pociťují zhoršené fyzické zdraví.

Tabulka č. 20: Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF

Položky a domény	Populační norma se standardní odchylkou	Prvoléčby	Absolventi
Q1 Kvalita života	3,10 – 4,54	2,92	3,32
Q2 Spokojenost se zdravím	2,83 – 4,53	3,03	2,98
Q3 Bolest a nepříjemné pocity	2,98 – 5,08	3,85	3,56
Q4 Závislost na lékařské péči	3,21 – 5,11	2,9	3,12
Q5 Potěšení ze života	2,93 – 4,73	2,89	3,36
Q6 Smysl života	3,01 – 4,71	3,11	3,44
Q7 Schopnost soustředění	2,67 – 4,43	2,8	3,09
Q8 Osobní bezpečí	2,45 – 4,03	3,05	3,4
Q9 Zdravé prostředí	1,93 – 3,77	3,16	3,74
Q10 Energie a únava	2,69 – 4,55	3,12	3,34
Q11 Přijetí tělesného vzhledu	3,08 – 4,72	3,12	3,21
Q12 Finanční situace	1,79 – 3,95	2,8	3,23
Q13 Přístup k informacím	3,10 – 4,64	3,7	4,36
Q14 Záliby	2,33 – 4,33	2,96	3,6
Q15 Pohyblivost	3,43 – 5,11	3,95	3,95
Q16 Spánek	2,62 – 4,60	3,25	3,45
Q17 Každodenní činnosti	2,98 – 4,54	3,58	3,49
Q18 Pracovní výkonnost	2,96 – 4,56	3,18	3,09
Q19 Spokojenost se sebou	2,81 – 4,33	2,67	3,05
Q20 Osobní vztahy	2,84 – 4,66	2,9	3,32
Q21 Sexuální život	2,57 – 4,71	2,67	2,61
Q22 Podpora přátel	3,05 – 4,65	3,58	3,74
Q23 Prostředí v okolí bydliště	2,68 – 4,40	3,21	3,83
Q24 Dostupnost zdravotní péče	2,91 – 4,49	4,03	4
Q25 Doprava	2,12 – 4,25	3,27	3,58
Q26 Negativní pocity	2,52 – 4,42	2,58	2,98
Doména Fyzické zdraví	13,00 – 18,10	12,75	12,93
Doména Psychické prožívání	12,35 – 17,21	12,01	12,78
Doména Sociální vztahy	12,09 – 17,87	12,21	12,92
Doména Prostředí	11,22 – 15,38	13,1	14,88

11.4 Vyhodnocení hypotéz

H1: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, hodnotí lépe kvalitu svého života, než pacienti s kratší dobou abstinence

H01: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, nehodnotí lépe kvalitu svého života, než pacienti s kratší dobou abstinence

Pro analýzu první hypotézy byl použit dvouvýběrový test, který porovnával hodnocení QoL v otázce 1 mezi pacienty, kteří abstinují déle než dva měsíce a pacienty, kteří abstinují po dobu kratší než dva měsíce. Neboť má hodnocení QoL podobu ordinální proměnné a Saphiro–Wilk test ($W = 0.96$, $p = .005$) reportuje porušení normality, byl použit Mann–Whitney U neparametrický test, jak ukazuje Tabulka č. 21. Výsledky nám napovídají, že pacienti s abstinencí delší, než dva měsíce hodnotí kvalitu svého života signifikantně lépe než pacienti abstinující dobu kratší než dva měsíce, $U = 1139$, $p = .009$. Můžeme se tedy přiklonit k hypotéze H1.

Tabulka č. 21: QoL/délka abstinence (Mann–Whitney U test)

		Statistic	p
Hodnocení kvality života	Mann-Whitney U	1139	0.009

Note. $H_a \mu$ Méně než 2 < μ Více než 2

H2: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, jsou více spokojeni se svým fyzickým zdravím, než pacienti s kratší dobou abstinence.

H02: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, nejsou více spokojeni se svým fyzickým zdravím, než pacienti s kratší dobou abstinence.

V rámci druhé hypotézy byl porovnáván souhrnný skór hodnocení fyzického zdraví mezi pacienty, kteří abstinují déle než dva měsíce s pacienty, kteří abstinují kratší dobu. Byla porušena podmínka normality v rámci Saphiro–Wilk testu ($W = 0.97$, $p = .025$), a proto byl opět zvolen Mann–Whitney U test s výsledky $U = 1442$, $p = .337$, jak ukazuje Tabulka č. 22. Mezi skupinami tedy nebyl nalezen signifikantní rozdíl v hodnocení jejich fyzického zdraví. Nemůžeme se tedy přiklonit k hypotéze H2.

Tabulka č. 22: Fyzické zdraví/délka abstinence (Mann–Whitney U test)

		Statistic	p
Fyzické zdraví	Mann-Whitney U	1442	0.337

Note. $H_a \mu$ Méně než 2 < μ Více než 2

H3: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, prožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti s kratší dobou abstinence.

H03: Pacienti s abstinencí delší než dva měsíce, neprožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti s kratší dobou abstinence.

V rámci třetí hypotézy byli opět porovnáváni pacienti abstinující déle než dva měsíce s pacienty abstinujícími kratší dobu v rámci jejich hodnocení prožívání negativních pocitů v otázce 26. Kvůli porušené podmínce normality v rámci Saphiro–Wilk testu ($W = 0.95$, $p < .001$) byl použit Mann–Whitney U neparametrický test. Výsledky testu znázorněné v Tabulce č. 23 ($U = 1172$, $p = .017$) nám zachycují signifikantní rozdíl mezi skupinami, vypovídající o vyšším výskytu negativních emocí u pacientů s dobou abstinence kratší než dva měsíce. Přikláníme se tedy k hypotéze H3.

Tabulka č. 23: Negativní pocity/délka abstinence (Mann–Whitney U test)

		Statistic	p
Negativní pocity	Mann-Whitney U	1172	0.017

Note. $H_a \mu_{\text{Méně než 2}} < \mu_{\text{Více než 2}}$

H4: Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem hodnotí hůře kvalitu svého života, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami.

H04: Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem nehodnotí hůře kvalitu svého života, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami.

V rámci čtvrté hypotézy bylo porovnáváno hodnocení QoL v otázce 1 mezi skupinou pacientů s poruchou způsobenou alkoholem a skupinou pacientů s poruchou způsobenou více drogami. Na základě využití ordinální proměnné a porušení podmínky normality v rámci Saphiro–Wilk testu ($W = 0.939$, $p < .001$), byl zvolen Mann–Whitney U test. Nebyly však nalezeny signifikantní rozdíly mezi skupinami $U = 873$, $p = .846$, jak ukazuje Tabulka č. 24, a proto se nemůžeme přiklonit k hypotéze H4.

Tabulka č. 24: QoL/typ adiktologické diagnózy (Mann–Whitney U test)

		Statistic	p
Hodnocení kvality života	Mann-Whitney U	873	0.846

Note. $H_a \mu_{\text{Alkohol}} < \mu_{\text{Jiné drogy}}$

H5: Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem prožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami.

H05: Pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem neprožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami.

Pátá hypotéza porovnává hodnocení výskytu negativních pocitů v rámci skupiny pacientů s poruchou způsobenou alkoholem a skupiny pacientů s poruchou způsobenou více drogami. Výskyt negativních pocitů je ordinální proměnnou, a byla porušena podmínka normality, jak reportuje Saphiro–Wilk test $W = 0.93$, $p < .001$, proto byl pro tuto analýzu použit neparametrický test. Mann–Whitney U test reportuje signifikantní rozdíl ve výskytu negativních pocitů u pacientů s diagnózou způsobenou alkoholem a pacientů s diagnózou způsobenou jinými drogami ($U = 561$, $p < .001$), jak ukazuje Tabulka č. 25. Můžeme se tedy přiklonit k hypotéze H5.

Tabulka č. 25: Negativní pocity/typ adiktologické diagnózy (Mann–Whitney U test)

		Statistic	p
Negativní pocity	Mann-Whitney U	561	< .001

Note. $H_a \mu_{\text{Alkohol}} > \mu_{\text{Jiné drogy}}$

H6: Mezi pohlavími pacientů existuje rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese.

H06: Mezi pohlavími pacientů neexistuje rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese.

Šestá hypotéza porovnává frekvenci prožívání negativních pocitů u mužů a žen. Používáme ordinální proměnnou, byla porušena podmínka normality, a proto byl použit Mann–Whitney U test. Výsledky $U = 1425$, $p = .605$, které ukazuje Tabulka č. 26, nezaznamenávají signifikantní rozdíl mezi pohlavími v rámci prožívání negativních pocitů. Nemůžeme se tedy přiklonit k alternativní hypotéze H6.

Tabulka č. 26: Negativní pocity/pohlaví (Mann–Whitney U test)

		Statistic	p
Negativní pocity	Mann-Whitney U	1425	0.605

Note. $H_a \mu_{\text{Muž}} \neq \mu_{\text{Žena}}$

12 Diskuze

12.1 Diskuze výsledků

Na základě výsledků analýzy první hypotézy se můžeme přiklonit k tvrzení, že pacienti abstinující déle než dva měsíce, hodnotí lépe kvalitu svého života, než pacienti s kratší dobou abstinence. Tento výsledek potvrzující pozitivní přínosy abstinence na QoL souzní i s několika odbornými texty. Nešpor a Csémy (1999) uvádí, že s přibývajícím délkou abstinence se zmenšuje intenzita, frekvence a trvání bažení za současného oslabování spouštěčů. Abstinence slouží jako prostředek pro sociální i profesní vzestup, což zvyšuje sebedůvěru a posiluje uvědomování si vlastní ceny. Abstinující začíná brát znovu ohled na své blízké, kteří jeho závislostí trpěli, přičemž má pocit zadostiučinění a hrdosti z překonání závislosti. Jako protipól k návykovému chování se pak abstinující často orientují na duchovní hodnoty. Nešpor (2006) dále zmiňuje výhody plynoucí z abstinence od alkoholu pro několik životních oblastí. Výhody pro duševní zdraví se mohou projevat např. větší jistotou, nadhledem a životním klidem či lepším sebeovládáním, svědomím, soustředěním a lepší pamětí. V oblasti mezilidských vztahů s abstinencí odpadají konflikty způsobené pod vlivem alkoholu, abstinující získává lepší postavení v rodině, práci i okolí, je schopen lépe řešit problémy s druhými, rozšířit si okruh skutečných přátel, stát se lepším vzorem pro vlastní děti a celkově získat více respektu. V oblasti životního stylu mají abstinující nově více času na vhodné koníčky, sebevzdělávání či opravdový odpočinek. Obecně dbají více na své stravování, spánek, péči o zevnějšek či na to, aby doma vytvořili příjemné prostředí. V oblasti zaměstnání a financí dochází k tomu, že má abstinující lepší pracovní výkon, je spolehlivější a má tak šanci získat práci či lepší pracovní pozici s větším výdělkem. Abstinující také ušetří peníze, které v minulosti utráceli za návykové látky a které nyní mohou nějak vhodně investovat. Za zmínku stojí i to, že dle Minaříka a Kmocha (2015) se za abstinujícího považuje i klient na opiátové substituci, přičemž správně indikovaná a nastavená substituce zvyšuje jeho QoL. Výsledek analýzy první hypotézy koresponduje i s výsledky vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, kde pacienti přijati k prvnímu pobytu na oddělení 16 s délkou abstinence kratší než dva měsíce dosahovali v oblastech QoL, potěšení ze života, a spokojenosti se sebou nižších hodnot, než je populační norma, zatímco skupina absolventů s průměrnou dobou abstinence 15 měsíců vykazovala výsledky v pásmu populační normy.

Na základě výsledků analýzy druhé hypotézy se nemůžeme přiklonit k tvrzení, že pacienti abstinující déle než dva měsíce, jsou více spokojeni se svým fyzickým zdravím, než pacienti abstinující kratší dobu. Tento výsledek však nekoresponduje s odbornými texty prezentujícími pozitivní přínosy abstinence na fyzické zdraví člověka, které jsou logicky tím větší, čím déle abstinence trvá. Např. Nešpor (2006) uvádí, že se s abstinencí od alkoholu zlepšuje funkce ledvin, trávení, chuť k jídlu, fyzická kondice včetně té sexuální, pohyblivost a koordinace pohybů, postřeh, upraví se krevní tlak, sníží se riziko vzniku nádorového onemocnění a nervové buňky se začnou znovu množit. Minařík a Kmoch (2015) uvádí, že

postupně během několika měsíců od vysazení alkoholu odeznívají poruchy spánku a vegetativní potíže. Zhruba měsíc po vysazení opiátů odeznívají poruchy spánku. Po vysazení psychofarmak se sedativním, hypnotickým či anxiolytickým účinkem se sice z počátku objeví přechodná úzkostně depresivní symptomatika, mnohdy vyžadující nasazení jiných psychofarmak např. z řad antidepresiv, ale postupně se zlepšují kognitivní funkce. Částečně reverzibilní jsou po vysazení metamfetaminu poruchy motorických funkcí a paměti, které jsou způsobeny jeho neurotoxicitou. Toxická psychóza způsobená obvykle stimulanty, vzácněji pak konopnými drogami a halucinogeny, odeznívá částečně do jednoho měsíce od počátku abstinence a zcela by měla odeznít do půl roku od začátku abstinence. Minařík a Řehák (2015) uvádí, že po 2–6 týdnech abstinence od alkoholu mizí alkoholová jaterní steatóza, která se může rozvinout již po několika dnech intenzivního pití, dále se při dodržování abstinence zvyšuje pětileté přežití alkoholické jaterní cirhózy ze 40 % u neabstinujících na 50–75 % u abstinujících a závěrem se abstinencí můžou mírně upravit některá neurologická poškození způsobená alkoholem. Výsledek analýzy druhé hypotézy koresponduje i s výsledky vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, kdy jak skupina pacientů přijatých k prvnímu pobytu, tak i skupina absolventů vykazují vyšší závislost na lékařské péči, než uvádí běžná populace. Zároveň absolventi i pacienti na prvním pobytu udávají oproti běžné populaci zhoršené fyzické zdraví, i přesto, že absolventy od skupiny prvoléčeb dělí průměrně 15 měsíců abstinence. Dle mého názoru se k tvrzení druhé hypotézy nemůžeme přiklonit z těchto důvodů: spoustu pozitivních přínosů abstinence pro lidský organizmus nemohou pacienti z počátku na sobě ani fyzicky zaznamenat, např. některá zlepšení na orgánové úrovni či zlepšení výsledků krevních testů atd. Samotná hospitalizace a události, které jí předcházely, představují pro pacienta náročnou životní situaci, která se mohla projevit při vyplňování dotazníku, obzvláště pak v prvních dnech na novém oddělení, kdy jsem pacienty přijaté k prvnímu pobytu oslovoval (nejpozději do desátého dne od přijetí). To samé v podstatě platí i u absolventů, protože většina z nich přichází na absolventskou léčbu až v momentě, kdy se začne jejich stav horšit, ale ještě nedošlo k recidivě či úplné dekompenzaci psychického stavu. Závěrem, doména *Fyzické zdraví* je převážně postavena na výkonnostních otázkách tázajících se např. na energii a únavu, pracovní výkonnost, pohyblivost, zvládnutí každodenních činností, omezení bolestí či dostatek spánku, což jsou všechno oblasti, které obecně negativně ovlivňuje jak duševní onemocnění či závislost, tak i psychiatrická medikace, což by mohlo částečně vysvětlovat, proč jsou pod populační normou i mnohdy roky abstinující absolventi.

Na základě výsledků analýzy třetí hypotézy se můžeme přiklonit k tvrzení, že pacienti abstinující déle než dva měsíce, prožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese, než pacienti s kratší dobou abstinence. Tento výsledek je ve shodě s odbornými texty. Minařík a Kmoch (2015) uvádí, že postupně během měsíců od vysazení alkoholu odeznívají úzkostně depresivní stavy. Při vysazení stimulantů odeznívá též v rámci týdnů až měsíců depresivní symptomatologie. Po týdnech až měsících od vysazení tabáku ustupuje podrážděnost, netrpělivost, poruchy soustředění, neklid a

úzkostně depresivní symptomatologie. Nešpor (2019) zdůrazňuje důležitost abstinence od alkoholu u jedinců s duševním onemocněním, protože doznívající intoxikace alkoholem bývá provázena dysforií, která zhoršuje úzkostně depresivní symptomatologii. Orlíková a Csémy (2016) uvádí, že depresivní stavy, které jsou součástí nejen dojezdů a odvykacích stavů u uživatelů metamfetaminu odeznívají po prvních dnech až týdnech abstinence, přičemž abstinence od metamfetaminu je celkově spojena s nižším výskytem depresivních symptomů. Výsledek analýzy třetí hypotézy koresponduje i s výsledky vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, kde je vidět u absolventů zlepšení v méně časté frekvenci prožívání negativních pocitů oproti pacientům přijatých k prvnímu pobytu, přičemž se absolventi i prvoléčby nacházeli v pásmu populační normy. Co se týče celkového psychického prožívání včetně prožívání negativních pocitů, potěšení ze života, spokojenosti se sebou atd. jsou na tom pacienti přijati k prvnímu pobytu hůře, než běžná populace a u absolventů došlo ke zlepšení na úroveň běžné populace.

Na základě výsledků analýzy čtvrté hypotézy se nemůžeme přiklonit k tvrzení, že pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem hodnotí hůře kvalitu svého života, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami. Jak už jsem popsal v předešlých kapitolách, závislost na alkoholu, stejně jako na nealkoholových návykových látkách, má negativní dopad nejen na psychické a fyzické zdraví člověka, ale i na celý jeho život. Z jakého důvodu tedy pacienti s poruchou způsobenou alkoholem nehodnotí hůře svoji QoL, než pacienti s poruchou způsobenou více drogami? Domnívám se, že příčina bude v tom, že oproti alkoholikům jsou pacienti závislí převážně na nealkoholových drogách více zatíženi trestní činností související s drogami a větší stigmatizací. Fisher a Škoda (2009) tuto odlišnost sociálních dopadů alkoholizmu a závislosti na nealkoholových drogách popisují jako všeobecně tolerované užívání alkoholu v našich končinách, kdežto uživatelé nelegálních drog jsou většinou stigmatizováni a vyloučeni ze společnosti. Zábranský a Mravčík (2015) uvádí, že sociální vyloučení v důsledku užívání drog, může mít za následek ekonomické znevýhodnění či chudobu, vyloučení společenské a politické, vyloučení z pracovních příležitostí či snížený přístup ke zdravotní péči a vzdělání. Rahn a Mahnkopf (2000) spatřují vážnost sociálních dopadů závislosti v tom, že může vést např. ke kriminalitě, prostituci až sociálnímu vyobcování, kdy závislému nezbyde nic jiného, než se stýkat jen s podobnými lidmi z okraje společnosti. Gabrhelíková (2015) dále uvádí čtyři typy trestné činnosti související s drogami. *Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost* je páchána v důsledku akutních či chronických účinků návykových látek (alkohol, stimulanty či odvykací stav na opiátech), typicky se jedná o loupežné přepadení, ublížení na zdraví či sexuální napadení. *Ekonomicky motivovaná trestná činnost* je páchána za účelem financování vlastní závislosti (nejčastěji na pervitinu a opiátech), typicky se jedná o vykrádání osobních aut, lékáren, obchodů či falšování lékařských receptů. *Systémová trestná činnost*, do které spadají násilné trestné činy páchané v rámci fungování trhu s nelegálními drogami, typicky se pak jedná o vymáhání dluhů či trestání za podvody a závěrem *trestné činy porušující protidrogovou legislativu*, kam patří držení, přechovávání,

pěstování, výroba, dovoz a obchodování s návykovými látkami atd. Se všemi typy výše uvedené drogové trestné činnosti se běžně setkávám u některých našich pacientů v rámci jejich anamnézy. Tito pacienti jsou pak často zájmovou osobou Policie České republiky, podstupují během hospitalizace výslechy či jezdí k soudům, což se v konečném důsledku může projevit na jejich zhoršeném hodnocení QoL.

Na základě výsledků analýzy páté hypotézy se můžeme přiklonit k tvrzení, že pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem prožívají méně často negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese, než pacienti trpící poruchou způsobenou více drogami. Minařík a Kmoch (2015) uvádí, že alkohol může z krátkodobého hlediska fungovat jako sebemedikace v rámci závislosti typu alfa, kdy potlačuje dysforii, tenzi, úzkost a depresivní pocity. Z dlouhodobého hlediska však závislost na alkoholu úzkostně depresivní stavy spíše potencuje, přičemž při abstinenci tyto stavy postupně odeznívají. Oproti alkoholu mají však nealkoholové drogy výraznější schopnost způsobovat úzkostně depresivní stavy již při samotné akutní intoxikaci, dále v rámci dlouhodobých účinků a samozřejmě i při jejich vysazení. Dle Minaříka a Kmocha (2015) je např. pro intoxikaci THC typická počáteční úzkost s pocitem sevřenosti, či intoxikace s úzkostným rázem, která se může vyvinout až v panickou ataku. Samotná úzkost pak může přetrvávat i po odeznění intoxikace THC obvykle v kombinaci s depresivní symptomatologií. Uživatelé halucinogenů se zase mohou potýkat s nežádoucím průběhem intoxikace zvaným *Bad trip*, který je doprovázen úzkostí a panikou či psychotickými a depresivními stavy, které přetrvávají i dlouho po odeznění akutní intoxikace. Strach, úzkosti i panické ataky mohou doprovázet i jednorázové užití stimulantů. Po vysazení stimulantů úzkostně depresivní stavy postupně v rámci týdnů až měsíců mizí. Užívání MDMA může zase provokovat rozvoj psychotického a depresivního onemocnění a uživatelé jsou ohroženi záchvaty úzkosti a paniky. Pro MDMA je také charakteristický jev zvaný *Mid-week blues*, kdy dochází po odeznění účinků MDMA k vyrovnání hladiny serotoninu a následně k jeho opakovanému poklesu, což se projevuje jako náhlé zhoršení nálady několik dní od užití. Stran sedativ, hypnotik a anxiolytik, která mohou podobně jako alkohol krátkodobě fungovat jako sebemedikace v rámci závislosti, je typické rapidní a dlouhotrvající zhoršení psychického stavu při jejich vysazení, což mnohdy vyžaduje další farmakologické řešení. Na častějším prožívání negativních pocitů u pacientů s poruchou způsobenou více drogami může mít také podíl i již výše zmíněná drogová trestná činnost, stigmatizace a následky sociálního vyloučení.

Na základě výsledků analýzy šesté hypotézy se nemůžeme přiklonit k tvrzení, že mezi pohlavími pacientů existuje rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese, což však nekoresponduje s odbornými texty. Torrens et al. (2017) uvádí, že ženy mají mezi jedinci trpícími poruchami způsobenými užíváním návykových látek častěji depresivní poruchu, než muži. V porovnání se ženami z obecné populace mají ženy s poruchou vyvolanou užíváním návykových látek depresivní poruchu dokonce dvakrát častěji. Orlíková a Csémy (2016) uvádí, že v rámci studie Methamphetamine Treatment Project, která mimo jiné zkoumala psychiatrickou

komorbiditu závislých na metamfetaminu v USA, byl zjištěn vyšší výskyt deprese u žen. Studie udává, že někdy v životě trpělo depresivní symptomatologií 68 % zúčastněných žen a 50 % mužů a v době konání studie depresi uvedlo 34 % žen a 24 % mužů. Toto zjištění koresponduje i s přehledovou studií autorů Dluzen a Liu (2008), která byla zaměřena také na psychiatrickou komorbiditu uživatelů amfetaminu a která uvádí, že je deprese v rámci jednotlivých studií zastoupena od 38,8 % do 68 % u žen a od 29,8 % do 50 % u mužů. Rahn a Mahnkopfová (2000) uvádí, že mezi pacienty léčenými pro depresivní symptomatologii nalezneme dvojnásobek a více žen, než mužů. Kalina s Minaříkem (2015) také uvádí, že ženy trpí častěji depresemi a úzkostnými stavy, které mohou mít někdy charakter panických atak, či jsou doprovázeny různými fobiemi, ale zároveň dodávají, že to může být způsobeno tím, že se jen ženy častěji s těmito potížemi svěřují. Důvody neprokázání existence rozdílu ve frekvenci prožívání negativních pocitů mezi pohlavími mohou být dle mého názoru následující. Pro pacienty, muže i ženy, může představovat samotná hospitalizace, a to obzvláště na jejím začátku, značně zatěžující událost, do které je už tak přivedlo zhoršení jejich zdravotního stavu. Namátkou, pacienti na oddělení 16 běžně pociťují bažení po návykové látce, různě snášejí abstinenci a u některých ještě může dobíhat odvykací syndrom, musí se adaptovat na náročný režim oddělení, který funguje na principech terapeutické komunity a který je pro ně ve většině případů pravým opakem toho, než na co jsou zvyklí, pacienti spolu musí také nějak vycházet a fungovat jako komunita, i když často nesdílí vzájemné sympatie, dále jsou odděleni od svých blízkých a spousta z nich se stabilizací stavu začne teprve docházet, v jaké situaci se nachází a co všechno je čeká stran pozitivní změny za práci, čímž se dostávám k tomu, že samotný proces změny prostřednictvím psychoterapie se bez negativních pocitů a většinou i slz neobejde. Tyto všechny a spousta dalších faktorů mohly dle mého názoru přispět k tomu, že se mezi pohlavími setřel rozdíl ve frekvenci prožívání negativních pocitů.

12.2 Limity výzkumu

Téma mé diplomové práce bylo původně zaměřeno primárně na QoL absolventů, přičemž s dotazníkovým šetřením jsem začal v listopadu 2020. V průběhu stejného měsíce se však zpřísnila v PNB protiepidemická opatření stran probíhající pandemie covid-19, která zahrnovala např. dočasné zákazy víkendových propustek, návštěv na oddělení, terapeutických aktivit mimo oddělení či stopku pro pětidenní absolventské pobyty, aby se co nejvíce předešlo riziku šíření nákazy. Stopka pro absolventy se nakonec protáhla téměř na 8 měsíců, přičemž jsem na tuto vzniklou událost nereagoval příliš pružně, např. úplnou změnou tématu hned v počátcích zavedení opatření. Zhruba po 4–5 měsících čekání na uvolnění opatření jsem s vědomím vedoucího práce a vedení oddělení začal sbírat navíc dotazníky od pacientů, kteří byli na oddělení 16 hospitalizováni poprvé, což v konečném důsledku vedlo k poupravění tématu diplomové práce do současné podoby, která se zabývá jak QoL absolventů, tak pacientů na prvním pobytu. Společně se změnou tématu práce jsem také zažádal o vystavení nového souhlasu etické komise PNB. Celý sběr dotazníku nakonec zabral 38 měsíců, protože i po uvolnění opatření se na našem oddělení neobjevovali

absolventi moc často. Jako negativum výzkumu tedy vnímám již samotnou délku, po kterou probíhal, především z toho důvodu, že jsem se místo zkoumání „problematické“ skupiny absolventů nezaměřil na jiné téma, respektive na jinou skupinu pacientů.

Dalším limitem výzkumu je fakt, že v něm nijak nezohledňuji pandemická opatření, která přitom jistě měla negativní dopad na vnímání QoL pacientů na prvním pobytu už jen z toho důvodu, že se nemohli hnout z oddělení a ani vidět své blízké. Zároveň absolventi mohli také svým způsobem strádat a i často sami uváděli, že strádali, protože jim byl tento typ pobytu odepřen a po uvolnění opatření k nám často nastoupili ve zhoršeném stavu.

Za další nedostatek výzkumu považuji to, že jsem výzkumné nástroje omezil pouze na jeden dotazník, a to WHOQOL-BREF. Při vyhodnocování dotazníků se totiž ukázalo, že si pacienti instrukce pro vyplnění dotazníku nejspíše často vyložili po svém. Příkladem toho může být např. Graf č. 3 na straně 54, kde většina pacientů uvedla, že je bolest středně až maximálně omezuje v tom, co potřebují dělat, přičemž 20 z 55 pacientů na prvním pobytu uvedlo, že je bolest omezuje maximálně a 20 absolventů z 55 uvedlo, že je bolest omezuje hodně. V instrukcích pro vyplnění dotazníku, se kterými byli pacienti seznámeni, stojí, že mají označit odpověď dle toho, jak se cítí v aktuálním období, trvajícím maximálně 2 týdny zpět. Dle výsledků by to tedy znamenalo, že téměř polovina pacientů na prvním pobytu trpěla při vyplňování dotazníku maximálně omezující bolestí atd. I s vědomím toho, že je prožívání bolesti silně subjektivní si dovolím konstatovat, že žádný z pacientů v době vyplňování dotazníku netrpěl takto silnými bolestmi, protože v takové situaci bych ho ani o vyplnění dotazníku nežádal. Vysvětluji si to tím, že pacienti odpovídali dle toho, jak je obecně omezují bolesti, ne jak jsou omezeni bolestí v době vyplňování dotazníku. Dalším vysvětlením by mohlo být to, že část pacientů mohla otázku pochopit tak, že se dotazuje na psychickou bolest atd. V každém případě na základě toho předpokládám, že ne všechny odpovědi pacientů v dotazníku musí nutně korespondovat s realitou. Pro zvýšení validity dat tedy považuji za vhodné používat více výzkumných nástrojů, v mém případě by šlo o zařazení dalšího dotazníku zaměřeného na QoL, jako je např. SQUALA.

Za další faktor, který nejspíše negativně ovlivnil validitu výsledků, považuji to, že hypotézy 4 až 6 zahrnují všechny pacienty dohromady. Zástupce skupiny absolventů a skupiny prvoléčeb od sebe dělí mnohdy i roky abstinence, což jistě musí mít na úroveň vnímání jejich QoL vliv. Kdybych tedy výzkum dělal znovu, tak bych buď vše udělal jako hypotézy 1 až 3, které porovnávají mezi sebou absolventy a prvoléčby, nebo se zaměřil pouze na jednu více homogenní skupinu pacientů, kterou bych zkoumal.

Za poslední limit považuji mě samotného jako výzkumníka s omezenými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi.

13 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo porovnat úroveň hodnocení QoL pacientů přijatých k prvnímu pobytu na oddělení pro léčbu duálních diagnóz v Psychiatrické nemocnici Bohnice s pacienty, kteří docházejí na absolventské pobyty po řádně ukončené léčbě, přičemž tyto výsledky byly ještě srovnány s výsledky populační normy. Dále se práce pokusila prokázat existenci vztahu délky abstinence, typu adiktologické diagnózy a druhu pohlaví na úroveň hodnocení kvality života, spokojenost s fyzickým zdravím a frekvenci prožívání negativních pocitů.

Na základě výsledků výzkumu se podařilo ve shodě s odbornými texty prokázat, že čím déle trvá abstinence, tím lépe pacienti hodnotí kvalitu svého života a tím méně prožívají negativní pocity typu rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese, což může pro praxi znamenat jisté posílení a potvrzení všeobecně přijímaného tvrzení o tom, že má abstinence a vůbec dodržování léčebných doporučení, do kterých abstinence nepochybně patří, smysl.

Naopak se nepodařilo prokázat shodu s odbornými texty u tvrzení, že čím delší je abstinence, tím více jsou pacienti spokojeni se svým fyzickým zdravím, stejně jako se nepodařilo prokázat, že existuje rozdíl mezi pohlavími ve frekvenci prožívání negativních pocitů, což také nesouhlasí s odbornými texty. V praxi to může dát podnět pro další výzkum a zamyšlení ohledně odlišností v prožívání vlastního fyzického zdraví včetně negativních pocitů pacientů trpících duální diagnózou s různou délkou abstinence a pohlavím, oproti zbylé psychiatrické klientele a zdravé populaci.

Závěrem považuji za zajímavé a v oblasti výzkumu poměrně neprobádané výsledky čtvrté a páté hypotézy, které popisují, že pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem nehodnotí hůře svoji QoL v porovnání s pacienty trpícími poruchou způsobenou více drogami, či že pacienti trpící poruchou způsobenou alkoholem prožívají méně negativních pocitů v porovnání s pacienty trpícími poruchou způsobenou více drogami. Domnívám se, že i když jsou všeobecně známé dopady zneužívání jednotlivých typů návykových látek na člověka, tak by mohlo být přínosné dozvědět se více o tom, jaké a z jakých důvodů se vyskytují rozdíly v úrovni hodnocení QoL a frekvenci prožívání negativních pocitů u jejich uživatelů.

Seznam použité literatury

- Allebeck, P., Adamson C., & Engström, A. (1993). Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(21), 21–24. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03408.x>
- Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1997). Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder Among Chemically Dependent Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 752–757. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.752>
- Dluzen, D. E., & Liu, B. (2008). Gender differences in methamphetamine use and responses: A review. *Gender Medicine*, 5(1), 24–35. [https://doi.org/10.1016/S1550-8579\(08\)80005-8](https://doi.org/10.1016/S1550-8579(08)80005-8)
- Doubek, P. (2010). *Psychóza v životě – život v psychóze: Informace, rady a doporučení*. Praha: Maxdorf.
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, E., & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- EMCCDA. (2004). Co-morbidity. *Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. 94–102. Získáno 2. 2. 2024, z https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004_en
- EMCDAA. (2016). Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. *Perspectives on drugs*. Lisbon: EMCDA. Získáno 2. 2. 2024, z https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en
- Fisher, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.
- Gigantesco, A., & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with focus on psychiatric rehabilitation practice. *Annali dell'Istituto Superiore di Santità*, 47(4), 363–372. https://doi.org/10.4415/ANN_11_04_07
- Gurková, E. (2001). *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing.

- Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne et al., *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Hudáková, A., & Magurová, D. (2011). Chronický alkoholismus žien verus kvalita ich života. *Adiktologie*, 11(3), 148–154.
- Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144–164.
- Katsching, V. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139–145. Získáno 4. 2. 2024, z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636133/>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie zdraví*. Praha: Grada Publishing.
- Leshner, A. I. (1999). Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality. *NIDA Notes*, 14(4). Získáno 5. 2. 2024, z <https://archives.nida.nih.gov/news-events/nida-notes/1999/11/drug-abuse-and-mental-disorders-comorbidity-is-reality>
- Málek, T. (2023). Integrované léčba lidí s duální diagnózou v psychiatrické nemocnici Bohnice. In J. Růžková (Ed.), *Podpora lidí s duální diagnózou*. Praha: Metropolitní zdravotnický servis.
- Marinković, M., Jovanović, L., Djordjević, M., Karanikolić, V., Novak, S., Radić, M. (2023). Factors Determining Quality of Life in the Opiate Addicts Population. *Acta Medica Medianae*, 62(4), 44–54. <https://doi.org/10.5633/amm.2023.0406>
- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Minařík, J., & Řehák, V. (2015). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Miovska, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- Miovská, L., Miovský, M., & Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. *Psychiatrie*, 10(3), 150–156. Získáno 1. 2. 2024, z https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2006/03/03_miovska_psych_3-06.pdf
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. et al. (2008). *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Čablová, L., Kalina, K. (2013). Vliv ADHD na vybrané psychické funkce, životní dovednosti a kvalitu života u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 13(2), 130–144.
- Mravčík, V., Záborský, T., Korčíšová, B., Lejčková, L., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., & Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic). Praha: Úřad vlády ČR.
- Mühlpachr, P. (Ed.). (2005). *Schola Gerontologica*. Brno: MSD Brno.
- Nešpor, K. (2003). Psychiatrická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In K. Kalina et al., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2006). *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké*. Brno: Host. Získáno 6. 3. 2024, z <https://www.drnespor.eu/tyka06e.pdf>
- Nešpor, K. (2019). Abstinence od alkoholu: Kdy a proč. *Psychiatrie pro praxi*, 20(2), 96–98. Získáno 6. 3. 2024, z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201902-0011_abstinence_od_alkoholu_kdy_a_proc.php
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1999). *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnutí*. Praha: Sportpropag. Získáno 6. 3. 2024, z https://is.muni.cz/el/ped/podzim2005/RV2BP_SOPJ/craving.pdf
- Orlíková, B., & Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie*, 16(1), 26–35.
- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina et al., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

- Praško, J. (2007). *Stigmatizace u psychogenních poruch*. Získáno 5. 1. 2024, z <https://hodinasurrael.wordpress.com/2007/04/06/stigmatizace-u-psychogennich-poruch-jan-prasko/>
- Prot-Klinger, K., & Pawłowska, M. (2009). The effectiveness of community care for people with severe mental disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 43–50. Získáno 18. 2. 2024, z <https://www.archivespp.pl/pdf-153252-77916?filename=The%20effectiveness%20of.pdf>
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Reforma péče o duševní zdraví. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Verze 1.0. Vydáno 8. října 2013. Získáno 10. 2. 2024, z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518. Získáno 12. 1. 2024, z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2232018/>
- Salajka, F. (2006). *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada Publishing.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In H. Hnilicová, *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference konané 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Získáno 18. 1. 2024, z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. -I., & Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Získáno 20. 2. 2024, z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32823/817/Komorbidity_adiktologickyh_a_dusevnych_poruch_v_Evrope.pdf
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. 1. Vyd. Brno: Masarykova univerzita.
- Valášková, K., & Machů, V. (2000). Kvalita života psychiatrických pacientů. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity*. Brno: MUNI. Získáno 18. 2. 2024, z <https://digilib.phil.muni.cz/sites/default/files/pdf/114404.pdf>

Vrbová, K., Kamarádová, D., Látalová, K., Praško, J., Cinculová, A., Kubínek, R., Mainerová, B., Ocisková, M., Ticháčková, A. (2015). Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických poruch – průřezová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 111(3), 119–126. Získáno 18. 2. 2024, z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_3_119_126.pdf

Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. 2. Vyd. Praha: Grada Publishing.

Wenigová, B. (2005). Stigma a duševní poruchy. *Sanquis*, 38(24). Získáno 19. 1. 2024, z <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art415>

Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric ward: A model task for clinical governance? *Psychiatric Bulletin*, 24, 43–46. <https://doi.org/10.1192/pb.24.2.43>

Zábranský, T., & Mravčík, V. (2015). Epidemiologie návykových látek („drogová epidemiologie“). In K. Kalina et al., *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Seznam zkratk

atd. – a tak dále

např. – například

tzv. – takzvaně

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

PAP – Pozdní abstinenční psychopatologie

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

QoL – Quality of Life (Kvalita života)

OSN – Organizace spojených národů

PPP – Porucha příjmu potravy

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

EMCDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost)

LIDO – Longitudinal Investigation in Depression Outcomes (Longitudinální šetření průběhu deprese)

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázky

Obrázek č. 1: Životní kvality a Kvalitní život

Tabulky

Tabulka č. 1: Čtyři kvality života podle Veenhovenové

Tabulka č. 2: Složení souboru dle typu léčebného pobytu

Tabulka č. 3: Složení souboru dle počtu absolventských pobytů

Tabulka č. 4: Složení souboru dle délky abstinence (prvoléčby)

Tabulka č. 5: Složení souboru dle délky abstinence (absolventi)

Tabulka č. 6: Složení souboru dle psychiatrické diagnózy (prvoléčby)

Tabulka č. 7: Složení souboru dle psychiatrické diagnózy (absolventi)

Tabulka č. 8: Složení souboru dle adiktologické diagnózy (prvoléčby)

Tabulka č. 9: Složení souboru dle adiktologické diagnózy (absolventi)

Tabulka č. 10: Složení souboru dle pohlaví (prvoléčby)

Tabulka č. 11: Složení souboru dle pohlaví (absolventi)

Tabulka č. 12: Složení souboru dle věku (prvoléčby)

Tabulka č. 13: Složení souboru dle věku (absolventi)

Tabulka č. 14: Složení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání (prvoléčby)

Tabulka č. 15: Složení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání (absolventi)

Tabulka č. 16: Složení souboru dle ekonomické aktivity (prvoléčby)

Tabulka č. 17: Složení souboru dle ekonomické aktivity (absolventi)

Tabulka č. 18: Složení souboru dle rodinného stavu (prvoléčby)

Tabulka č. 19: Složení souboru dle rodinného stavu (absolventi)

Tabulka č. 20: Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF

Tabulka č. 21: QoL/délka abstinence (Mann–Whitney U test)

Tabulka č. 22: Fyzické zdraví/délka abstinence (Mann–Whitney U test)

Tabulka č. 23: Negativní pocity/délka abstinence (Mann–Whitney U test)

Tabulka č. 24: QoL/typ adiktologické diagnózy (Mann–Whitney U test)

Tabulka č. 25: Negativní pocity/typ adiktologické diagnózy (Mann–Whitney U test)

Tabulka č. 26: Negativní pocity/pohlaví (Mann–Whitney U test)

Grafy

Graf č. 1: Kvalita života

Graf č. 2: Spokojenost se zdravím

Graf č. 3: Bolest a nepříjemné pocity

Graf č. 4: Závislost na lékařské péči

Graf č. 5: Potěšení ze života

Graf č. 6: Smysl života

Graf č. 7: Schopnost soustředění

Graf č. 8: Osobní bezpečí

Graf č. 9: Zdravé prostředí

Graf č. 10: Energie a únava

Graf č. 11: Přijetí tělesného vzhledu

Graf č. 12: Finanční situace

Graf č. 13: Přístup k informacím

Graf č. 14: Záliby

Graf č. 15: Pohyblivost

Graf č. 16: Spánek

Graf č. 17: Každodenní činnosti

Graf č. 18: Pracovní výkonnost

Graf č. 19: Spokojenost se sebou

Graf č. 20: Osobní vztahy

Graf č. 21: Sexuální život

Graf č. 22: Podpora přátel

Graf č. 23: Prostedí v okolí bydliště

Graf č. 24: Dostupnost zdravotní péče

Graf č. 25: Doprava

Graf č. 26: Negativní pocity

Seznam příloh

Příloha č. 1: Sociodemografický dotazník

Příloha č. 2: Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha č. 3: Vyjádření etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice

Příloha č. 4: Četnost jednotlivých zachycených diagnóz

Příloha č. 1: Sociodemografický dotazník

Číslo dotazníku / respondenta:

Typ léčebného pobytu:

- a) První pobyt
- b) Absolventský pobyt

Počet absolventských pobytů:

Délka abstinence v měsících:

Psychiatrická dg:

Adiktologická dg:

Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena
- c) Jiné

Věk:

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 60 let
- e) 61 let a více

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Učební obor bez maturity
- d) Učební obor s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské

Ekonomická aktivita:

- a) Studující
- b) Stálé zaměstnání
- c) Příležitostné zaměstnání
- d) Nezaměstnaný(á)
- e) Invalidní důchod
- f) Starobní důchod

Rodinný stav:

- a) Svobodný(á)
- b) V partnerském vztahu
- c) Ženatý / vdaná
- d) Rozvedený(á)
- e) Ovdovělý(á)

Příloha č. 2: Dotazník WHOQOL-BREF

PCP 2003

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Příloha č. 3: Vyjádření etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice



PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Etická komise PN Bohnice

OD KOHO: Dr.R.Krombholz

KOMU: Bc. Michal Samson

DNE: 2.1.2024

Věc: Vyjádření etické komise

Kvalita života očima pacientů s duální diagnózou hospitalizovaných v PN Bohnice – magisterská práce – dotazníkové šetření

Autor práce: Bc. Michal Samson

Studijní program: Mgr. Adiktologie, kombinovaná forma

Předkladatel: Bc. Michal Samson, PN Bohnice

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Etická komise PNB nemá námítky proti realizaci výzkumu v předloženém designu v rámci realizace diplomové práce předkladatele

Psychiatrická léčebna Bohnice
Etická komise
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,
Tel.: 28 4016141
e-mail: eticka.komise@plbohnice.cz,
www.plbohnice.cz

MUDr. Richard Krombholz, MBA., LL.M.
předseda EK PNB

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111_Fax: +420 284 016 595_www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Česká národní banka_16434081/0710_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220

Příloha č. 4: Četnost jednotlivých zachycených diagnóz

Psychiatrické diagnózy – Absolventi

8x) Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

- 3x F200 – Paranoidní schizofrenie
- 1x F220 – Porucha s bludy
- 4x F230 – Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů

9x) Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- 5x F317 – Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi
- 1x F320 – Lehká depresivní fáze
- 2x F321 – Středně těžká depresivní fáze
- 1x F334 – Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

16x) Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- 2x F401 – Sociální fobie
- 4x F410 – Panická porucha
- 4x F412 – Smíšená úzkostná a depresivní porucha
- 6x F432 – Poruchy přizpůsobení

4x) Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- 1x F502 – Mentální bulimie
- 1x F504 – Přejídání spojené s psychologickými poruchami
- 2x F509 – Porucha příjmu potravy NS

16x) Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- 12x F603 – Emočně nestabilní porucha osobnosti
- 1x F604 – Histrionická porucha osobnosti
- 2x F61 – Smíšené a jiné poruchy osobnosti
- 1x F648 – Jiné poruchy pohlavní identity

2x) Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

- 2x F900 – Porucha aktivity a pozornosti

Psychiatrické diagnózy – Prvoléčby

13x) Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

- 10x F200 – Paranoidní schizofrenie
- 1x F231 – Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie
- 1x F251 – Schizoafektivní porucha, depresivní typ
- 1x F259 – Schizoafektivní porucha, nespecifikovaná

5x) Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- 2x F315 – Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy
- 2x F321 – Středně těžká depresivní fáze
- 1x F340 – Cyklothymie

14x) Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- 1x F401 – Sociální fobie
- 1x F410 – Panická ataka
- 5x F411 – Generalizovaná úzkostná porucha
- 4x F412 – Smíšená úzkostná a depresivní porucha
- 3x F432 – Porucha přizpůsobení

2x) Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- 1x F502 – Mentální bulimie
- 1x F508 – Jiné poruchy příjmu potravy

19x) Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- 13x F603 – Emočně nestabilní porucha osobnosti
- 1x F604 – Histriónská porucha osobnosti
- 4x F61 – Smíšené a jiné poruchy osobnosti
- 1x F648 – Jiné poruchy pohlavní identity

2x) Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

- 2x F900 – Porucha aktivity a pozornosti

Adiktologické diagnózy – Absolventi

25x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

- 25x F102 – Poruchy způsobené alkoholem (Syndrom závislosti)

4x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

- 4x F112 – Poruchy způsobené opiáty (Syndrom závislosti)

1x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

- 1x F122 – Poruchy způsobené kanabinoidy (Syndrom závislosti)

1x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik

- 1x F132 – Poruchy způsobené sedativy a hypnotiky (Syndrom závislosti)

5x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancí, včetně kofeinu

- 5x F152 – Poruchy způsobené jinými stimulanty (Syndrom závislosti)

19x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

- 19x F192 – Poruchy způsobené více drogami (Syndrom závislosti)

Adiktologické diagnózy - Prvoléčby

21x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

- 3x F101 – Poruchy způsobené alkoholem (Škodlivé použití)
- 16x F102 – Poruchy způsobené alkoholem (Syndrom závislosti)
- 2x F103 – Poruchy způsobené alkoholem (Odvykací stav)

2x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

- 1x F112 – Poruchy způsobené opiáty (Syndrom závislosti)
- 1x F113 – Poruchy způsobené opiáty (Odvykací stav)

2x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ a hypnotik

- 2x F132 – Poruchy způsobené sedativy a hypnotiky (Syndrom závislosti)

5x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu

- 4x F152 – Poruchy způsobené jinými stimulanty (Syndrom závislosti)
- 1x F155 – Poruchy způsobené jinými stimulanty (Psychotická porucha)

24x) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

- 2x F191 – Poruchy způsobené více drogami (Škodlivé použití)
- 16x F192 – Poruchy způsobené více drogami (Syndrom závislosti)
- 1x F193 – Poruchy způsobené více drogami (Odvykací stav)
- 5x F195 – Poruchy způsobené více drogami (Psychotická porucha)

1x) Nutkavé a impulzivní poruchy

- 1x F630 – Patologické hráčství