

## *The Quality of Life in Illegal Drug Users Treated for Hepatitis C in the REMEDIS Health Care Institution*



ŠÍDOVÁ, M.<sup>1</sup>, ŠŤASTNÁ, L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> A student at the Faculty of Science, Charles University in Prague, and a graduate in addictology from the 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague, Czech Republic

<sup>2</sup> Centre for Addictology, Department of Psychiatry, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

**Citation:** Šíková, M., Šťastná, L. (2010). Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS. *Adiktologie*, (10)2, 118–128.

**BACKGROUND:** Undoubtedly, the quality of life is a topical issue and one that is addressed from a range of perspectives. Nevertheless, this phenomenon has only received marginal attention in the Czech Republic as far as addictology is concerned, although thorough research into the quality of life definitely has its relevance for this field of study. The hepatitis C virus (HCV) is a common dual diagnosis among injecting users of illegal substances. It is apparent that the quality of life should be a significant element in evaluating the effectiveness of the treatment of HCV or in designing new schemes for it. Therefore, it is essential to examine the quality of life of drug users in treatment for hepatitis C. **METHODS:** In the first half of 2008 data collected by means of the RAND 36-Item Health Survey (SF 36) in the REMEDIS centre were collated for the purposes of this study. A total of 160 questionnaires were available. Out of these, only 45 questionnaires completed at the beginning of treatment and 47 questionnaires completed after treatment could be evaluated. The data were analysed in two

groups – prior to HCV treatment and after it – using basic statistical procedures. **SAMPLE:** The sample comprises the clients of the REMEDIS centre who have completed their treatment for HCV. A total of 87 clients, 45 men and 42 women aged 33.49 years on average, were included in the sample. The pre-treatment study group comprised 20 men and 25 women (with an average age of 28.51 years), and the post-treatment group consisted of 26 men and 19 women (30.98 years old on average). **RESULTS:** There are differences in the quality of life of drug users – both men and women – prior to and after their treatment for HCV. In both groups, the women's total quality of life index was higher than that measured in the men. In addition, it was found that the quality of life in the post-HCV treatment group was lower than that in the pre-treatment group. **CONCLUSIONS:** When compared to the available Czech standards, the quality of life only shows lower levels in the post-HCV treatment. When measured against the British and American standards, the quality of life shows lower levels for both groups.

**KEY WORDS:** QUALITY OF LIFE – TREATMENT OF HEPATITIS C – DRUG USERS – SF-36 QUESTIONNAIRE – REMEDIS

**Submitted:** 22 / OCTOBER / 2009

**Accepted:** 23 / APRIL / 2010

**Grant support:** IGA MZ NS / 10034–4

**Address for correspondence:** Markéta Šíková / [market.pech@seznam.cz](mailto:market.pech@seznam.cz) / Trnová 18, 252 10 Mníšek pod Brdy, Czech Republic

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



ŠÍDOVÁ, M.<sup>1</sup>, ŠTASTNÁ, L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studentka PŘF UK v Praze a absolventka oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze

<sup>2</sup> Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

**Citace:** Šídová, M., Štastná, L. (2010). Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS. *Adiktologie*, (10)2, 118–128.

**VÝCHODISKA:** Kvalita života je bezesporu moderním a často skloňovaným tématem. Přesto je tomuto fenoménu věnována v České republice v oblasti adiktologie zatím spíše jen velmi okrajová pozornost, přičemž zde má zcela určitě bližší průzkum týkající se kvality života své místo. Virová hepatitida C (VHC) je častou duální diagnózou injekčního užívání nelegálních návykových látek. Svoji váhu při hodnocení efektivity, případně návrhu nových schémat léčby VHC by bezesporu měla mít i kvalita života. Proto je mapování kvality života v léčbě hepatitidy C u uživatelů drog podstatné. **METODY:** V první polovině roku 2008 byla pro účely této práce utříděna data získaná pomocí dotazníku RAND 36 – Item Health Survey (SF 36) v zařízení REMEDIS. Bylo k dispozici celkem 160 dotazníků. Z nich mohlo být hodnoceno pouze 45 dotazníků vyplněných na začátku léčby a 47 dotazníků vyplněných po léčbě. Data byla analyzována pomocí základních statistických procedur ve dvou skupinách – na začátku léčby VHC, po léčbě VHC. **SOUBOR:** Je tvořen klienty zařízení REMEDIS, kteří

již ukončili léčbu VHC. Celkem je v souboru 87 klientů, 45 mužů a 42 žen, jejich celkový průměrný věk je 33,49 let. V hodnocené skupině na začátku léčby je 20 mužů a 25 žen (průměrný věk: 28,51), ve skupině po léčbě je 26 mužů a 19 žen (průměrný věk: 30,98). **VÝSLEDKY:** Kvalita života v léčbě VHC uživatelů drog-mužů a žen se na začátku léčby i po léčbě liší. Ženy měly v obou skupinách vyšší celkový index kvality života než muži. Dále bylo zjištěno, že kvalita života ve skupině po léčbě VHC je nižší než ve skupině na začátku léčby. **ZÁVĚRY:** Oproti dostupným českým normám je kvalita života snížena pouze ve skupině po léčbě VHC, oproti normám anglickým a americkým je kvalita života snížena v obou skupinách.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** KVALITA ŽIVOTA – LÉČBA HEPATITIDY C – UŽIVATELÉ DROG – DOTAZNÍK SF-36 – REMEDIS

Došlo do redakce: 22 / ŘÍJEN / 2009

Přijato k tisku: 23 / DUBEN / 2010

Grantová podpora: IGA MZ NS / 10034–4

Korespondenční adresa: Markéta Šídová / market.pech@seznam.cz / Trnová 18, 252 10 Mníšek pod Brdy

## ● 1 ÚVOD

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

Tato práce se zaměřuje na kvalitu života v léčbě hepatitidy C u uživatelů nelegálních návykových látek. Vychází z předpokladu, že náročná léčba hepatitidy C a drogová závislost jsou pro jedince faktory, které značně ovlivňují kvalitu jeho života.

Pojem kvality života (QOL) je obvykle definován jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. V tomto smyslu je „kvalita života“ vnímána jako obecný termín, zahrnující např. i náboženské a ekonomické aspekty. V medicíně se proto prosazuje užívání podpojemu „*Health-Related Quality of Life*“ (HRQOL), tedy „kvalita života týkající se zdraví“. Ta se vztahuje ke sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravím se samozřejmě překrývají (Libigerová & Müllerová, 2001). Kvalitu života lze v zásadě hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení jedince tak, jak sám vnímá svou životní a zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v životním a pracovním prostředí. K hodnocení kvality života jsou používány dotazníky kvantifikující kvalitu života jedince formalizovaným a standardizovaným postupem. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života (generické dotazníky: Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living /ADL/, Sickness Impact Profil /SIP/, RAND 36 – Item Health Survey /SF 36/, Nottingham Health Profile, Euro-Qol EQ-5D, WHO Quality of Life Assessment, Subjective Quality of Life Analysis /SQUALA/, specifické dotazníky: Kidney Disease Quality of Life Instrument /KDQOL/, jehož součástí je právě zmiňovaný dotazník SF 36, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction /Q-LES-Q/ pro nemocné s depresemi a mnohé další) (Slováček et al., 2004).

## ● 2 KVALITA ŽIVOTA UŽIVATELŮ DROG

V České republice nebyla dosud publikována studie zabývající se kvalitou života v léčbě hepatitidy C. Také studie kvality života u uživatelů nelegálních návykových látek jsou v ČR zatím velmi ojedinělé. Pouze Dragomirecká (Dragomirecká, 2000) provedla v letech 1997–1999 rozsáhlý výzkum,

do něhož byli zařazeni také klienti, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách, „*Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění*“ (Dragomirecká, 2000). V studii byla hodnocena data získaná od klientů s duševním onemocněním z celkem 12 pracovišť po celé ČR. Soubor byl porovnáván s početně srovnatelným kontrolním souborem zdravých osob. Kvalita života byla hodnocena na začátku léčby a na konci léčby, dále pak byla hodnocena zvlášť v jednotlivých diagnostických skupinách. Byly použity různé instrumenty pro hodnocení kvality života, např. dotazník SQUALA a škála GAF. Hodnocení kvality života u osob závislých na návykových látkách vycházelo výrazně hůře než hodnocení osob s jinými duševními poruchami (Dragomirecká, 2000).

V roce 2003 obhájila Doležalová (Doležalová, 2003) rigorózní práci na téma „*Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit*“. Součástí práce bylo provedení výzkumného šetření v terapeutických komunitách v ČR, použit byl dotazník SQUALA. Výzkumný soubor studie se skládal ze dvou rozdílných skupin: základní skupiny – klienti terapeutických komunit, a kontrolní skupiny, která byla složena z věkově a sociálně základní skupině podobných nezávislých osob. Tyto dvě skupiny byly porovnávány navzájem. Ústředním cílem práce bylo zmapovat vnímání kvality života drogově závislými klienty terapeutických komunit. Celkový index kvality života klientů terapeutických komunit byl podle šetření nižší než u kontrolní skupiny, ale nebyl statisticky významně nižší. Šetření také poukázalo na fakt, že zaměstnaní respondenti měli významně vyšší index kvality života než nezaměstnaní respondenti (Doležalová, 2003, 2006). Celkově lze studii hodnotit jako dobře připravenou a kvalitní.

Dále se kvalitou života uživatelů drog zabývají Petr et al. ve studii „*Analýza kvality života podmíněné zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji*“ (Petr et al., 2006). V studii byl použit dotazník SF 36. Soubor respondentů byl tvořen jednak osobami závislými na drogách, jednak jejich rodinnými příslušníky. V těchto dvou skupinách byl pomocí dotazníku měřen index kvality života a výsledky obou skupin byly následně porovnávány mezi sebou a dále pak byly porovnány s evropskými standardy, které udává Oxford Healthy Life Survey Group. Výsledky studie ukazují, že u osob drogově závislých je významněji snížena kvalita života, nežli jsou evropské standardy. Jedinou doménou, ve které byl rozdíl nevýznamný, byly fyzické funkce (Petr et al., 2006). Ve výzkumné zprávě studie je uvedeno, že probandi byli shromážděni ve třech zdravotnických zařízeních Jihočeského kraje, tato tři zařízení jsou co do specifikace značně rozdílná (ambulantní část nemocničního psychiatrického oddělení, psychiatrická léčebna, soukromá praxe odborného lékaře/specialisty). Ve zprávě není uvedeno, jak přesně a podle čeho byla zdravotnická zařízení volena, dále pak není uvedeno, jak byli kon-

taktování a vybírání probandů do skupiny rodinných příslušníků drogově závislých osob.

V roce 1999 byla publikována menší studie, která se také týká kvality života u závislých, ale zaměřuje se pouze na osoby závislé na alkoholu. Studie vznikla jako diplomová práce na Katedře psychologie Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně pod názvem „Kvalita života jako kritérium efektu léčby u závislých na alkoholu“ (Machů, Dokoupilová & Zbořilová, 1999). Základní část práce byla realizována v první polovině roku 1997, sledovala kvalitu života u 52 klientů Psychiatrické léčebny v Brně na začátku a na konci 13týdenní léčby. Součástí práce bylo i roční katamnestické sledování změn kvality života. Ke sledování kvality života byl použit dotazník SQUALA. Výsledky práce mluví o zlepšení kvality života na konci léčby oproti stavu na začátku léčby, v době katamnestického sledování po léčbě kvalita života neklesla (Machů, Dokoupilová & Zbořilová, 2000). Studie vzhledem k tomu, že vznikla jako součást diplomové práce, není příliš velká, takže její výsledky nemohou být kvantifikovány.

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

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

Dále byla v roce 2002 publikována rakouská studie „*Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection*“ (Kramer et al., 2002). Studie se zabývala subklinickými kognitivními dysfunkcemi u nemocných VHC. Pro hodnocení subjektivních aspektů dopadu diagnózy hepatitidy C byl použit dotazník SF 36. Kognitivní mozkové funkce byly hodnoceny pomocí citlivých elektrofyziologických testů založených na měření mozkových potenciálů při reakci na podnět. Nebyla použita žádná kontrolní skupina

na zdravých HCV negativních osob. Z výsledků studie vyplývá, že nemocní VHC vykazují nepatrné, leč významné zhoršení neurokognitivních funkcí, a tím zhoršení kvality života (Kramer et al., 2002).

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

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

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

### ● 3 KVALITA ŽIVOTA V LÉČBĚ HEPATITIDY C UŽIVATELŮ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK V NESTÁTNÍM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ REMEDIS

#### ● 3 / 1 Cíl práce, hypotézy

Ústředním cílem této práce bylo popsat kvalitu života uživatelů drog v léčbě VHC.

Byly formulovány hypotézy:

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

### ● 3 / 2 Metodologie výzkumného šetření

Jako výzkumný nástroj byl zvolen dotazník SF 36. Dotazník RAND 36 – Item Health Survey (SF 36) je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím (HRQL). Dotazník vytvořil John E. Ware Jr. v 80. letech (Garratt, 1993), spoluautory jsou Medical Outcome Trust (MOT), Health Assessment Laboratories (HAL) and Quality Metric Incorporated. První citace studií, při kterých byl dotazník používán, jsou z roku 1988 (Ware, 1993).

SF 36 je krátká forma generického dotazníku k hodnocení zdravotního stavu v obecné populaci. Je konstruován pro samovyplňování osobami staršími 14 let a dále pro vyplňování vyškolenými tazateli osobně nebo po telefonu. Všechny tři modely jsou úspěšně používány, vyžadují však rozdílné formuláře a instrukce (Sobotík, 1998). Dotazník byl navržen k použití v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, Health Policy Evaluations – porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování HRQL specifických a obecných populací (Devilley, n.d.). Obecně je dotazník SF 36 citlivý ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému duševnímu zdraví (SF-36.org, n.d.).

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

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

V ČR je dotazník SF 36 využíván k hodnocení indexu HRQL u mnoha somatických onemocnění, např. diabetu, kardiologických onemocnění, neurologických onemocnění a dalších. Dotazník je také stále častěji využíván k hodnocení HRQL u různých duševních onemocnění či životních změn souvisejících se zdravím (např. klimakterium).

### ● 3 / 3 Charakteristika výzkumného souboru

Do souboru byli zařazeni klienti nestátního zdravotnického zařízení REMEDIS, kteří ukončili léčbu virové hepatitidy C. Celkem bylo zapsáno 160 dotazníků od 87 klientů, z toho nemohlo být 38 použito, protože klient neměl abúzus v anamnéze, nebyl tedy uživatel drog. Dotazník v dokumentaci chyběl u 45 klientů. Z celkového počtu 160 dotazníků bylo 53 vyplněno na začátku léčby, ve 4. týdnu bylo vyplněno 7 dotazníků, ve 24. týdnu byly vyplněny 3 dotazníky, ve 36. týdnu léčby, čili mimo stanovené doby, byl vyplněn 1 dotazník, ve 48. týdnu 7 dotazníků a po léčbě bylo vyplněno celkem 49 dotazníků (tabulka 2).

V celém souboru je celkem 45 mužů, 42 žen. Jejich průměrný věk je celkově 33,49, průměrný věk žen je 32,17, mu-

Tabulka 1/ Table 1

Popis dimenzí dotazníku SF 36 (Ware, 1993)  
SF 36 questionnaire dimensions (Ware, 1993)

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

Tabulka 2 / Table 2

Počty dotazníků a klientů

Numbers of questionnaires and clients

Celkem zapsáno klientů	87
Celkem zapsáno dotazníků	160
Nelze použít – počet dotazníků – chybí datum nebo klient nemá abúzus anamnéze	38
Zatím zapsáno z celkem 12 listů seznamu	12
Počet klientů bez dotazníku SF 36 v dokumentaci	45
<b>Kdy vyplněn dotazník</b>	<b>Počet dotazníků</b>
na začátku léčby	53–8=45
ve 4. týdnu léčby	7
ve 24. týdnu léčby	3
ve 36. týdnu léčby	1
ve 48. týdnu léčby	7
po léčbě	49–2=47

žů 34,73. Výsledky jsou počítány pouze ve dvou skupinách dotazníků, ostatní skupiny neobsahují dostatečný počet dotazníků. Je pracováno za prvé se skupinou dotazníků vyplněných na začátku léčby, v této skupině je 53 dotazníků, z nichž 8 nemůže být použito pro výpočet výsledků kvůli chybějícímu velkému množství dat. V této skupině je celkem 20 mužů a 25 žen. Průměrný věk tohoto souboru je 28,51 let, průměrný věk mužů je 30,2 let a průměrný věk žen 27,16 let. Druhou skupinou, se kterou je při výpočtu výsledků pracováno, je skupina dotazníků vyplněných klienty po léčbě. Tato skupina obsahuje celkem 49 dotazníků, z nichž 2 nemohou být použity kvůli chybějícímu velkému množství dat. V této skupině se 30 jedinců vyskytuje podruhé, jedná se o jejich další dotazník. Pokud mluvíme o celé skupině, tedy i o jedincích, u kterých se jedná o druhý a další vyplněný dotazník, skupina obsahuje 26 mužů (průměrný věk: 33,73 let) a 19 žen (průměrný věk: 27,16 let), jejich celkový průměrný věk je 30,98 let. Pokud počítáme pouze s jedinci, u nichž se jedná o první dotazník, obsahuje tato skupina celkem 17 jedinců (průměrný věk: 31,47 let), 12 mužů (průměrný věk: 33,16 let), 5 žen (průměrný věk: 27,4 let).

V celém souboru je u mužů nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání učební obor bez maturity, u žen je to vzdělání středoškolské s maturitou. Ženy v souboru mají tedy v průměru lepší vzdělání než muži. V celém souboru jsou muži i ženy nejčastěji zaměstnaní. Klienti v souboru jsou nejčastěji svobodní a nemají žádné dítě.

Jiná psychiatrická diagnóza než deprese v dokumentaci klientů nebyla uvedena, to ale neznamená, že některá z osob v souboru netrpí dalším psychickým onemocněním. Jde o to, že takové onemocnění není uvedeno v dokumentaci zařízení, protože zařízení REMEDIS se primárně zabývá somatickým stavem svých klientů. Toto platí obdobně i u dalších zjišťovaných diagnóz.

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

### ● 3 / 4 Zpracování dat

Skóre dotazníků bylo počítáno pomocí statistických funkcí programu Microsoft Office Excel 2003, byly použity především základní matematické a statistické funkce, jako je jednoduchý aritmetický součet, průměr, směrodatná odchylka, výpočet minimální a maximální hodnoty a další. K některým výpočtům byl také využit program STATA 9. Skóre jednotlivých dimenzí a dotazníků bylo hodnoceno podle doporučeného postupu uvedeného v příručce pro hodnocení dotazníku. Pro nedostatečný počet respondentů nebylo možné provést statistické testování hypotéz (např. chí kvadrát).

### ● 3 / 5 Etické aspekty práce

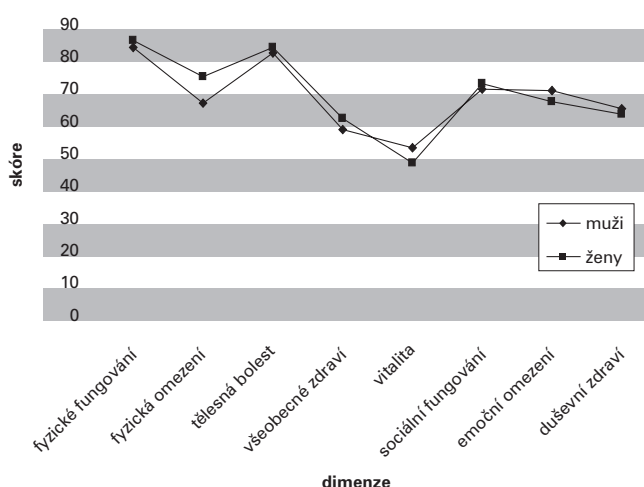
V rámci výzkumného šetření byly samozřejmě respektovány etické náležitosti výzkumu v sociálních vědách. Všechny údaje o klientech byly číselně kódovány tak, aby byla dodržena ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Samozřejmostí je rovněž mlčenlivost uzavřená mezi autory práce a zařízením REMEDIS. Všichni klienti zařízení mají podepsaný informovaný souhlas o poskytnutí údajů

k výzkumným šetřením v rámci klinické studie „Virová hepatitida C ve střední Evropě“. Vzhledem k tomu, že všechna data použitá v této práci jsou majetkem zařízení REMEDIS, patří i provádění průzkumu kvality života v léčbě hepatitidy C do výše zmíněné klinické studie.

### ● 3 / 6 Výsledky

#### ● 3 / 6 / 1 Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu dotazníků vyplněných na začátku léčby

Ve skupině dotazníků vyplněných na začátku léčby bylo hodnoceno celkem 45 dotazníků (20 mužů, 25 žen). Nejnižších celkových průměrných hodnot zde nabývá dimenze vitality, tato dimenze popisuje, zda se respondent cítí pln energie a elánu, nebo naopak unavený, vzhledem k tomu, že uživatel drog s diagnózou VHC je jedinec nemocný, s největší pravděpodobností se tedy nemůže cítit pln energie a elánu. Dle Sobotíka (1998) je normou pro dimenzi vitality u normální populace hodnota 54,1 bodů, v našem souboru tato dimenze nabývá hodnoty 51,11, takže celkový rozdíl činí 2,99 bodů, což je vzhledem k tomu, že respondenti v našem souboru jsou jedinci nemocní, spíše menší rozdíl. Nejvyšších celkových průměrných hodnot ve skupině na začátku léčby nabývá dimenze fyzického fungování, tato dimenze popisuje hranice fyzických možností při běžných činnostech, jako je například chůze do schodů. Vzhledem k tomu, že VHC zpravidla nepostihuje pohybový aparát na takové úrovni, aby byla významně snížena např. schopnost chůze do schodů, je pochopitelné, že hodnota této dimenze není snížena oproti hodnotě normy dle Sobotíka (1998). V našem souboru ve skupině na začátku léčby nabývá tato dimenze hodnoty 86,11 bodů, přičemž v Sobotíkově normě je hodnota



Obr. 1 / Fig. 1

Srovnání muži – ženy pro skupinu dotazníků vyplněných na začátku léčby  
Gender comparison for the group of questionnaires completed at the beginning of treatment

dimenze fyzického fungování na 86,2 bodech, rozdíl je tedy zanedbatelný.

Ve skupině na začátku léčby mají muži nejnižší skóre v dimenzi vitality. Celkem skóre všech dimenzí u mužů nabývá průměrné hodnoty 558,24 bodů (maximální skóre je 754 bodů). Dimenze vitality nabývá také nejnižší skóre u žen na začátku léčby. Ve srovnání s muži mají ženy celkové průměrné skóre vyšší (565,30 bodů). Ženy skórovaly výše v 5 dimenzích (fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví a sociální funkce). Muži naopak oproti ženám hodnotili výše svoji vitalitu (energii a elán) a emoční fungování (obr. 1).

Pod normou obecné populace čili pod 50 bodů byl v této skupině zaznamenán jeden výsledek, a to u žen v dimenzi vitality. Také u mužů byl ale výsledek v této dimenzi nejnižší. Celkově jsou výsledky v dimenzi vitality v této skupině nej-

Tabulka 3 / Table 3

Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu na začátku léčby – celá skupina  
Pre-treatment group results for each dimension – entire group

Dimenze	Průměr dimenze pro tuto skupinu	Minimální skóre dimenze	Maximální skóre dimenze	Směrodatná odchylka
Fyzické fungování	86,11	40,00	100,00	15,12
Fyzická omezení	72,22	0,00	100,00	36,98
Tělesná bolest	84,09	37,00	100,00	19,51
Všeobecné zdraví	61,33	25,00	100,00	20,28
Vitalita	51,11	5,00	95,00	19,83
Sociální fungování	72,78	25,00	100,00	22,25
Emoční omezení	69,63	0,00	100,00	69,63
Duševní zdraví	64,89	20,00	96,00	64,89
Celkem všechny dimenze	562,16	303,50	762,00	130,11
Průměr pro všechny dimenze	70,27	37,94	95,25	16,26

nižší. Dle Sobotíka et al. (1998) je ale toto rozložení normální. Přehled výsledků pro tuto skupinu naleznete v *tabulce 3*.

### ● 3 / 6 / 2 Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu dotazníků vyplněných po léčbě

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

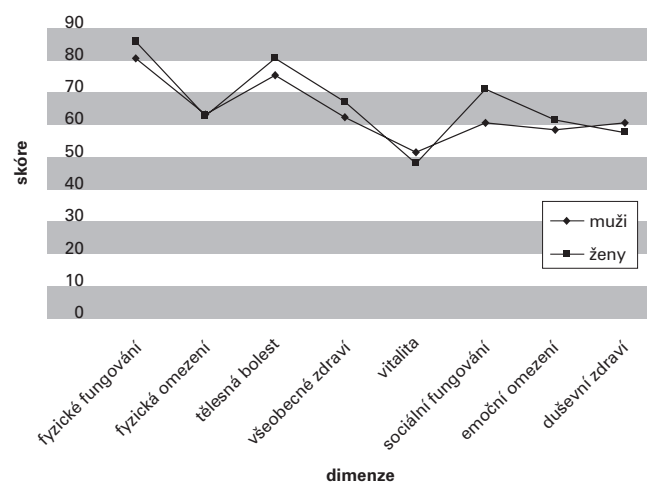
U mužů skupiny dotazníků vyplněných po léčbě nabývá nejnižších celkových průměrných hodnot dimenze vitality, naopak nejvyšších celkových průměrných hodnot nabývá dimenze fyzického fungování. Celkový součet průměrů jednotlivých dimenzí nabývá hodnoty 515,96 bodů.

U žen skupiny dotazníků vyplněných po léčbě nejnižších celkových průměrných hodnot nabývá dimenze vitality, stejně jako u mužů v této skupině, naopak nejvyšších hodnot nabývá dimenze fyzického fungování opět stejně jako u mužů v této skupině. Hodnota celkového průměrného výsledku dimenze fyzického fungování je pro ženy ve skupině po léčbě 85,95 bodů, u mužů nabývá tato dimenze celkové průměrné hodnoty 80,77. Čili rozdíl mezi výsledkem mužů a žen činí 5,18 bodů, což je rozdíl poměrně vysoký (*obr. 2*) Můžeme ho vysvětlit tím, že muži jsou více citliví ke změnám svých fyzických schopností. Sobotíkova norma pro dimenzi fyzického fungování je 86,2 bodů (Sobotík, 1998), k této hodnotě se tedy ženy ve skupině po léčbě významně

blíží, naopak muži jsou této hodnotě vzdáleni hodnotou 5,43 bodů. Celkový součet průměrů jednotlivých dimenzí pro ženy ve skupině po léčbě nabývá hodnoty 537,07 bodů.

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

Ve skupině dotazníků vyplněných po léčbě byl opět zaznamenán výsledek pod 50 bodů, čili pod normou obecné populace, u žen v dimenzi vitality, obecně jsou i v této skupině nejnižší výsledky v dimenzi vitality stejně jako ve skupině dotazníků vyplněných na začátku léčby. Dle norem, které vytvořili Sobotík et al. (1998), je toto rozložení normální. Přehled výsledků pro tuto skupinu naleznete v *tabulce 4*.



Obr. 2 / Fig. 2

Srovnání muži – ženy pro skupinu dotazníků vyplněných po léčbě  
Gender comparison for the group of questionnaires completed after treatment

Tabulka 4 / Table 4

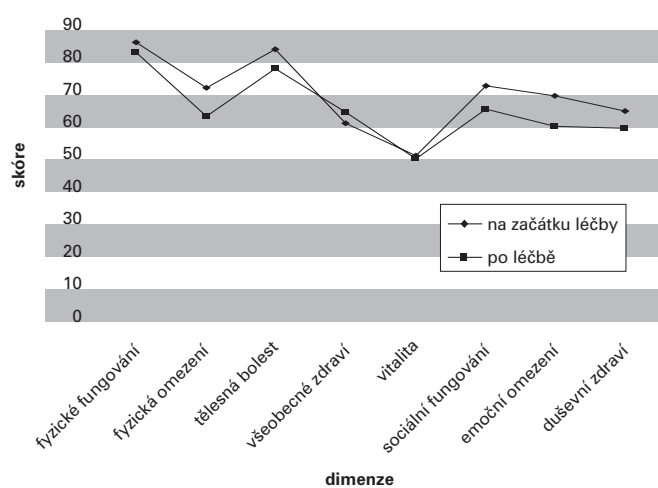
Výsledky jednotlivých dimenzí pro skupinu po léčbě – CELÁ SKUPINA  
Post-treatment group results for each dimension – ENTIRE GROUP

Dimenze	Průměr dimenze pro tuto skupinu	Minimální skóre dimenze	Maximální skóre dimenze	Směrodatná odchylka
Fyzické fungování	83,09	25,00	100,00	20,80
Fyzická omezení	63,30	0,00	100,00	41,53
Tělesná bolest	78,10	24,50	100,00	25,33
Všeobecné zdraví	64,79	0,00	100,00	26,86
Vitalita	50,32	0,00	90,00	23,26
Sociální fungování	65,69	12,50	100,00	30,34
Emoční omezení	60,28	0,00	100,00	40,47
Duševní zdraví	59,83	8,00	92,00	22,28
Celkem všechny dimenze	525,39	70,00	782,00	204,42
Průměr pro všechny dimenze	65,67	8,75	97,75	25,55



### ● 3 / 6 / 3 Srovnání výsledků skupiny dotazníků vyplněných na začátku léčby s výsledky skupiny dotazníků vyplněných po léčbě

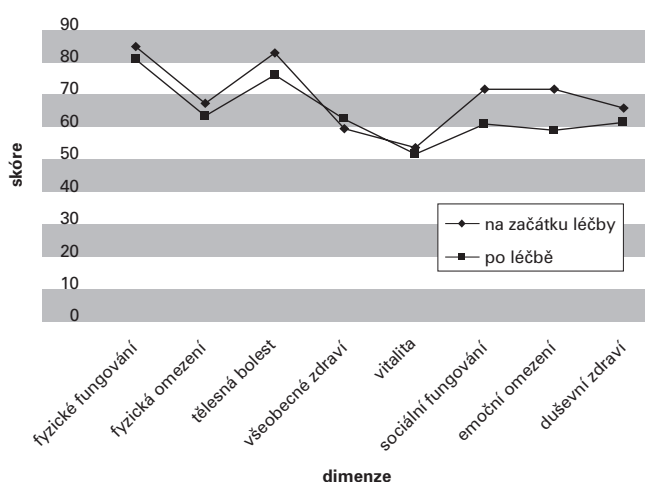
Pro skupinu na začátku léčby vychází výše dimenze fyzického fungování, fyzických omezení, tělesné bolesti, sociálního fungování, emočních omezení i duševního zdraví. Tedy celkem vychází výše pro skupinu na začátku léčby šest z celkem osmi dimenzí (obr. 3). Celkový průměrný výsledek je pro skupinu na začátku léčby 562,16 bodů, pro skupinu po léčbě 525,39 bodů, rozdíl tedy činí 36,77 bodů. Kvalita života na začátku léčby VHC je tedy vyšší než po léčbě. To je pravděpodobně způsobeno celkově vysokou náročností léčby VHC a vyčerpáním organismu respondenta po léčbě. Bylo by jistě vhodné změřit kvalitu života po léčbě katamnesticky, například s ročním a dvouročním odstupem od léčby VHC, protože by v tomto případě již pravděpodobně byla kvalita života po léčbě s ročním či dvouročním odstupem vyšší než v relativně krátké době po léčbě VHC, jako tomu bylo u našich respondentů.



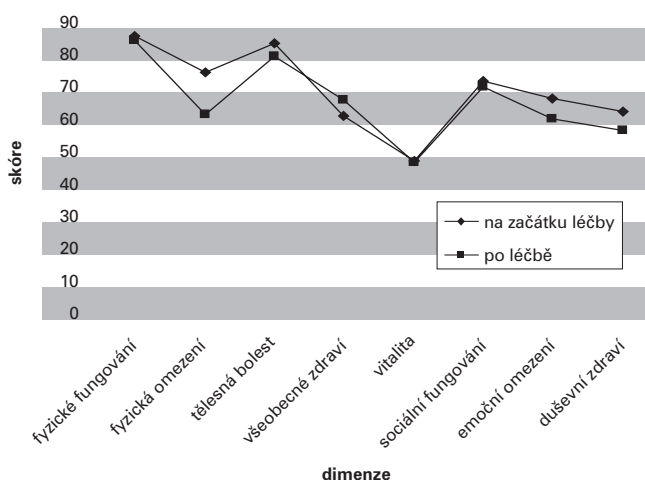
Obr. 3 / Fig. 3  
Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě  
Comparison of pre-treatment and post-treatment groups

Srovnání celkových průměrných výsledků jednotlivých dimenzí mužů ve skupině na začátku léčby s muži ve skupině po léčbě. Muži ve skupině na začátku léčby mají vyšší hodnoty v dimenzích fyzického fungování, fyzických omezení, tělesné bolesti, sociálního fungování, emočních omezení a duševního zdraví než muži ve skupině po léčbě VHC. Celkem mají muži na začátku léčby skóre vyšší v šesti z osmi dimenzí (obr. 4).

Srovnání celkových průměrných výsledků v jednotlivých dimenzích u žen ve skupině na začátku léčby se ženami ve skupině po léčbě. Ženy ve skupině na začátku léčby mají vyšší skóre celkem ve čtyřech z osmi dimenzí, ve třech dimenzích je skóre u žen v obou skupinách skoro stejné



Obr. 4 / Fig. 4  
Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě – MUŽI  
Comparison of pre-treatment and post-treatment groups – MEN



Obr. 5 / Fig. 5  
Srovnání skupiny na začátku léčby se skupinou po léčbě – ŽENY  
Comparison of pre-treatment and post-treatment groups – WOMEN

a v jedné dimenzi je skóre u skupiny žen na začátku léčby nižší než u skupiny žen po léčbě (obr. 5).

### ● 3 / 6 / 4 Shrnutí

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

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

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

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

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

#### ● 4 DISKUZE A ZÁVĚR

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

Srovnáme-li celkové průměrné výsledky studie se standardizovanou normou Velké Británie (Garrat et al., 1993), jsou naše výsledky oproti těmto normám nižší. Norma Velké Británie je 589,8 bodů. Naše výsledky celkově nabývají hodnot 562,16 bodů ve skupině na začátku léčby a 525,39 ve skupině po léčbě. Rozdíl pro skupinu na začátku léčby činí 27,64 bodů, pro skupinu po léčbě 64,41. Pokud srovnáme celkové výsledky této práce s normou USA (Meyer, 1994), která nabývá hodnoty 618,5, naše výsledky oproti této normě vykazují opravdu značné snížení. Rozdíl činí pro skupinu na začátku léčby 56,34 bodů, pro skupinu po léčbě VHC 93,11 bodů. Je třeba podotknout, že výše popsaná srovnání jsou opravdu pouze orientační, protože ve všech třech případech se skupina, na které byla norma vytvořena,

značně početně liší. Navíc ve všech třech případech jde o normu čili vzorek zdravé populace. Soubor v této práci není zdravou populací. Dále je třeba říci, že uspokojivě srovnávat českou populaci s populací anglickou a americkou není dost dobře možné, protože populace česká se samozřejmě značně liší svou charakteristikou od populace anglické i americké.

Jedním ze základních předpokladů, kvůli kterému byla tato práce vytvořena, je potvrzení domněnky, že kvalita života uživatelů drog v léčbě VHC bude nižší bezprostředně po léčbě VHC než na začátku léčby. Důvod tohoto předpokladu je jednoduchý, léčba VHC je velmi náročná a pro organizmus jedince značně zatěžující. Tato léčba jedince vyčerpává a nějakou dobu po léčbě trvá, než si jedinec odpočine. V důsledku vyčerpání po léčbě VHC se následně na nějakou dobu snižuje i kvalita života. Velký smysl by jistě mělo delší katamnestické sledování kvality života po léčbě VHC, aby bylo možno popsat vývoj hodnot kvality života po léčbě VHC. Dalším významným pokrokem ve zkvalitňování života těchto klientů by mohlo znamenat výraznější rozvíjení svépomocných skupin (Gabrhelík a Miovský, 2009).

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

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

## LITERATURA / REFERENCES

- Costenbader, E. C., Zule, W. A. & Coomes, C. M. (2007). The impact of illicit drug use and harmful drinking of on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C injection. *Drug an Alkohol dependence*, 89, 251–258.
- Devilly, G. (n.d.). Retrieved 6. 12. 2007, from Wictims web health sf36 Web site: [www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/health/sf36.html](http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/health/sf36.html).
- Diasteixeira M. Ch., Gomes de Sá Ribeiro, M. de F., Costa Gayaotto L. C., Fischer Chamone D. de A. & Strauss E. (2006). Worse quality of life in volunteer blood donors with hepatitis C. *Transfusion*, 46, 278–283.
- Doležalová, P. (2003). *Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit*. Rigorózní práce. Brno: MU, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.
- Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 6(1), 12–25.
- Dragomirecká, E. (2000). *Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění*. Závěrečná zpráva, Grant IGA MZ ČR č. IZ/4012-3, Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). History of Self-Help and „Quasi-Self-Help“ Gross in the Czech Republic: Developmental and Current Situation in the Institutional Context of Drug Services. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4 (3), 137–158.
- Garratt, A. M. et al. (1993). The SF 36 health survey question naire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *MBJ*, 306, 1440–1444.
- Jenkinson, C., Stewart-Brown, S., Petersen, S. & Paice, C. (1993). Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 46–50.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborovový glosář*. Praha: Filia Nova, s. 118.
- Kalina, K. et al. (2001, květen). Jaká péče je kvalitní? Zajišťování a hodnocení kvality ve službách a programech pro drogově závislé. *Adiktologie*, 1, 53–68.
- Kramer, L., Bauer, E., Funk, G., Hober, H., Jessner, W., Steindl-Munda, P. et al. (2002). Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection. *Journal of Hepatology*, 37, 349–354.
- Libingerová, E. & Millerová, H. (2001). Posuzování kvality života v medicíně. *Č. S. Psychiatrie*, 97, č. 4, 183–186.
- Machů, V., Dokoupilová, H. & Zbořilová, L. (1999). Kvalita života jako kritérium efektu léčby u závislých na alkoholu. *Protialkoholický obzor*, 34, 161–170.
- Meyer, K. B. et al. (1994). Monitoring dialysis patients health status. *Am. J. of Kidney Diseases*, 24, 2, 267–279.
- Petr, P. (2000). Dotazník SF 36 o kvalitě života podmíněné zdravím, *Kontakt*, 2(1), 26–30.
- Petr, P., Kalová, H. & Soukupová, A. (2006). *Závěrečná zpráva o projektu - Analýza kvality života podmíněné zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji*. Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s.
- Rotger, A. J., Jolley, D., Thompson, S., Lanigan, A. & Grofts, N. (1999). The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology*, 30(5), 1299–1301.
- SF-36.org (n.d.). Retrieved 24. 7. 2008, from A community for measuring health outcomes using SF tools Web site: [www.sf-36.org](http://www.sf-36.org).
- Slováček, L., Slováčková, B., Jebavý, L., Blažek, M. & Kačerovský, J. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, LXXIII(1), 6–9.
- Sobotík, Z. (1998). Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF 36). *Zdravotnictví v České republice* 1(1)-2, 50–54.
- Ware et al. (1993). *How to Score the SF-36 Health Survey*. Medical Outcomes Trust.

## ERRATA

V anglickém obsahu *Adiktologie* 1/2010 (Contents, str. 14) byl chybně uveden název a autoři přehledového článku začínajícího na str. 36. Správný text zní: **Drug Use among Ethnic Minorities in the Czech Republic**.  
**Šťastná, L., Adámková, T., Chomynová, P.**

Redakce se omlouvá čtenářům i autorkám článku.