

KVALITA ŽIVOTA U ZÁVISLÝCH OD PSYCHOAKTÍVNYCH LÁTOK V ÚSTAVNEJ LIEČBE ZÁVISLOSTÍ

Richard Wolt^{1,2}, Ema Micháleková¹, Jana Uhláriková¹

¹Katedra psychologických vied FSvZ UKF Nitra

²Centrum pre liečbu drogových závislostí Banská Bystrica

rwolt@ukf.sk

Abstrakt: Cieľom bolo analyzovať rozdiel v prežívaní kvality života u závislých od psychoaktívnych látok na konci ústavnej liečby v porovnaní s jej začiatkom. Výskumný súbor tvorilo 80 respondentov, z toho 57 mužov a 23 žien, ktorí sa liečili v Centre pre liečbu drogových závislostí Banská Bystrica (M = 41,86; SD = 11,58). Na zistenie kvality života bol použitý dotazník WHOQOL – BREF (Dragomirecká a kol., 2006). Zistili sme významný rozdiel vo všetkých dimenziách kvality života a tiež aj v prežívaní celkovej kvality života a zdravotného stavu u závislých od psychoaktívnych látok na konci ústavnej liečby v porovnaní s jej začiatkom. Uvedené zistenia vo výskume diskutujeme.

Kľúčové slová: kvalita života, závislosť, liečba závislostí

1 ÚVOD

Problematika závislosti od psychoaktívnych látok je jedným z najzávažnejších problémov súčasnej spoločnosti. Podľa Hellera (1996) spôsobuje telesné i duševné zmeny, ako aj zmeny v správaní i v emóciách. Pre jednotlivcov závislých od drog je prežívanie kvality života a interpersonálnych vzťahov pomerne nízke. Užívanie návykových látok má negatívne účinky na jednotlivca z hľadiska jeho zdravotného i psychického zdravia, sociálnych vzťahov, subjektívneho prežívania a prostredia (Dzúrová, 2000). Negatívne účinky na všetky oblasti kvality života vyplývajú zo skutočnosti, že u závislých droga zastupuje v ich rebríčku hodnôt prvé miesto. Tým strácajú záujem, zanedbávajú sociálne, rekreačné, pracovné aktivity a potešenie nachádza len v užívaní drogy (Nešpor, 2003). Pri znižovaní škôd spôsobenými psychoaktívnymi látkami je dôležitý liečebný proces smerovaný k abstinencii a zmene životného štýlu.

1.1 Kvalita života

O kvalite života môžeme uvažovať ako o multidimenzionálnom koncepte, ktorý je dynamický, kultúrne podmienený a zahŕňa biologické, psychologické, ekonomické, estetické, sociálne, etické i filozofické faktory (Vad'urová, Mühlpachr, 2005). Strieženec (1999, s. 20) definuje kvalitu života ako „...súhrn objektívne i subjektívne posúditelných stránok činností a vnemov človeka v jeho každodennom živote, v reálnom sociálnom priestore s konkrétnymi pravidlami vzájomného spoluzitia s reálnymi otázkami cieľa, zmyslu a údelu pozemského života...“. Pojem kvality života sa spája s rozmanitými oblasťami života a môžeme sa na ňu pozeráť z rôznych uhlov pohľadu, čo potvrdzuje aj Mühlpachr (2002) tým, že kvalitu života chápe ako subjektívny a individuálny aspekt ľudského bytia, ktorý sa uplatňuje pre rôznych ľudí v rôznom čase. Do konceptu kvality života rovnako zahŕňa vek, zdravie, telesnú a psychickú výkonnosť, pohlavie, rodinnú situáciu, životnú úroveň, úroveň vzdelania ako aj profesijný status. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je kvalita života komplexné meranie fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, šťastia, spokojnosti a naplnenia tak, ako ju vníma jednotlivec alebo skupina. Do konceptu kvality života môžeme tiež

zaradiť aj spokojnosť a nespokojnosť s okolím, samostatnosť v sebaobsluže, pohyblivosť, subjektívne hodnotenie svojej vlastnej životnej situácie. Kvalita života je výsledkom osobných hodnôt a životného štýlu, pričom samotné prežívanie života pokryje individuálne, psychologické i fyzické prania a potreby. Rovnako zaznamenáva rozdiel medzi práním a očakávaním jednotlivca a jeho skúseností (Dragomirecká, Škoda, 1997).

Kvalita života a jej ponímanie v medicíne sa často odráža od subjektívnej pocitu životnej pohody, ktorý sa asocjuje s ochorením, úrazom, liečením a vedľajšími účinkami. Medicínsky prístup sa zameriava aj na pozitívne stránky zdravotného stavu jednotlivca a posudzuje jeho zdravotno – duševný stav za účasti psychopatológie či výkonu pracovných a sociálnych funkcií. Tento prístup zahŕňa celkový záujem jednotlivca ako pacienta o svoj zdravotný stav (Dragomirecká a kol., 2006). Psychologický prístup sa orientuje na snahu popísať subjektívny stav prežívania životnej pohody a celkovú spokojnosť s vlastným životom (Hnilicová, Bencko, 2005).

Svetová zdravotnícka organizácia nachádza východisko v rámci ukazovateľov kvality života v definovaní štyroch základných oblastí, ktoré sa vnútorne delia na ďalšie indikátory. Medzi tieto základné štyri domény radí:

- Telesné zdravie a úroveň nezávislosti, medzi ktoré zaraďuje indikátory ako energia a únava, bolesť a nepohoda, spánok a odpočinok, mobilita, aktivita v každodennom živote, závislosť od liekov a pracovná kapacita.
- Psychické funkcie zahŕňajú indikátory ako imidž vlastného tela a zjavu, negatívne a pozitívne emócie, sebahodnotenie, myslenie, učenie, pamäť, pozornosť, spiritualita a osobné presvedčenie.
- Sociálne vzťahy, ktoré zahŕňajú osobné vzťahy, sociálnu podporu a sexuálne aktivity.
- Prostredie, ktoré zahŕňa indikátory ako: finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravotná a sociálna starostlivosť, prostredie domova, príležitosť získať informácie a kompetencie, voľnočasové a rekreačné aktivity, fyzikálne prostredie ako sú emisie, doprava a klíma (Hrozenková, 2011).

1.2 Závislosť

Za závislosť môžeme označiť návykové užívanie psychoaktívnej látky aj napriek tomu, že po ňom nasledujú negatívne dôsledky. Jedinca premáha túžba drogu užívať niekedy častejšie inokedy menej. Aby sme mohli závislosť potvrdiť, musia sa prejavíť aspoň tri symptómy počas jedného roku (Nešpor, 2003). Medzi tieto symptómy patrí túžba po droge, ktorá býva neprekonateľná. Najsilnejšia je na začiatku abstinencie, postupne intenzita túžby klesá, ale môže sa opätovne objaviť aj po dlhotrvajúcej abstinencii (Kolibáš, Novotný, 2007). Ďalším symptómom je neschopnosť ovládať svoje správanie, pretože túžba zhoršuje sebaovládanie. Telesný odvykací stav je ďalším symptómom, s ktorým závislosť rastie. Prejavuje sa celkovým nekludom organizmu, potením, triaškou, zrýchleným tepom, nespavosťou, nechúťou do jedla, či bolesťami hlavy. Pre každý druh drogy sa prejavuje iný príznak odvykacieho syndrómu. (Nešpor, 2003). Droga sa pre závislého stáva cennejšia ako čokoľvek iné, rastie necitlivosť voči látke, stráca sa kontrola nad sebou samým a látka sa stáva hodnotou nad všetkým čo bolo pre jedinca doteraz dôležitým. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH – 10) môžeme závislosť charakterizovať ako:

- Skupinu fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých užívanie nejakej látky má u daného jednotlivca oveľa väčšiu prednosť ako iné jednanie, ktoré si predtým cenil viac.
- Silnú túžbu alebo silný pocit nutkania brať psychoaktívne látky alebo opätovne pociťovať účinky psychoaktívnej látky, s ktorou mal už jednotlivec skúsenosť.
- Problémy v sebaovládaní, kedy jednotlivec nevie mať pod kontrolou svoje správanie a emócie.
- Problémy v kontrole užívania látky.

- Zvyšujúca sa tolerancia (potreba väčších dávok drogy, aby sa dosiahol požadovaný účinok).
- Zanedbávanie záujmov a nachádzanie potešenia len v užívaní drogy (stereotypné správanie).
- Pokračovanie v užívaní aj napriek škodlivým následkom (sociálne, psychologické alebo telesné problémy).
- Užívanie látky k odstráneniu somatických telesných znakov (Nešpor, 2003).

Obraz o kvalite života u závislých od psychoaktívnych látok prináša výskum Dzúrovej (2000). Jedinci so závislosťou od psychoaktívnych látok majú významne vyššiu nespokojnosť v oblastiach psychickej pohody, prostredia, domova a spánku, rodiny, interpersonálnych vzťahov, lásky, záľub, bezpečia a slobody. Dlhodobé užívanie drogy má veľmi nepriaznivý účinok na zdravotný stav. Závislí často nepracujú a strácajú záujem o vzdelanie, pretože im neustále zháňanie drogy zaberá všetok čas. Vzdelanie považuje Možný (2002) za nevyhnutnú súčasť kvality života u každého jednotlivca. Podľa výsledkov výskumu Doležalovej (2006) klienti terapeutických komunit určených pre dlhodobú liečbu závislých uvádzali nižšiu spokojnosť v oblasti financií, lásky, sexu, politiky, práce, záľub a interpersonálnych vzťahov v porovnaní s kontrolnou skupinou. Hudáková s Magurovou (2011) zistili, že 30% z celkového počtu liečiacich sa závislých žien vykazovalo celkové zhoršenie kvality života, pričom až 70% z nich uvádzalo dlhodobé pretrvávanie negatívnych pocitov.

K zmierneniu negatívnych dopadov závislosti môže významne prispieť liečba. Tá môže prebiehať vo forme ambulantnej a ústavnej. Väčšina závislých je na začiatku liečby k jej absolvovaniu motivovaná vonkajšími faktormi, ktorými sú rodina, práca či zdravie. Počas liečby je dôležité znútorňovať motiváciu, aby závislý chcel abstinovať najmä kvôli sebe, nie kvôli druhým. Tento posun je možný uskutočniť len v prípade, že jednotlivец porozumie svojej chorobe, bude schopný sebareflexie a zbaví sa racionalizácií, ktorými ospravedlňoval svoje správanie (Profous, 2011). Liečba závislosti je rozdelená na etapy. Prvou etapou je detoxikácia, kedy sa znižujú najmä zdravotné komplikácie. Využíva sa tu najmä farmakologická liečba, ale podporená je tiež psychoterapiou, v ktorej sa pacientovi snaží terapeut vysvetliť jeho problém a motivovať ho k liečeniu závislosti. Druhou etapou je dlhodobá liečba, ktorá sa realizuje v špecializovaných zariadeniach. Takáto liečba sa odporúča u tých pacientov, u ktorých hrozí vysoké riziko relapsu. V tejto fáze liečby je dôležité narušiť pacientove obranné mechanizmy, akými sú napríklad bagatelizácia a racionalizácia. Táto fáza zahŕňa aj pokračovanie v skupinovej a individuálnej psychoterapii. Cieľom psychoterapie by malo byť nielen dosiahnutie abstinencie, ale najmä jej udržanie. Aby pacient dokázal abstinovať dlhodobo, veľký dôraz sa kladie aj na celkovú osobnostnú zmenu a zmenu v sebahodnotení. Súčasťou liečby je tiež rehabilitácia telesná, sociálna a psychologická, v ktorej sa pacient učí reagovať na rôzne situácie bez užitia návykovej látky. Treťou fázou je fáza doliečovania. V tejto fáze sa pacientovi neodporúča len navštevovanie psychiatrickej ambulancie, ale tiež podporných skupín, ako sú skupiny anonymných alkoholikov, socioterapeutické kluby, terapeutické komunity a iné. Poslednou fázou je obdobie zamerané na prevenciu relapsu. Je to práca na identifikácii a zmene problematického správania sa a učení vhodných reakcií, kde vždy na prvom mieste musí byť abstinencia pacienta. Pacient si vytvára vlastné individuálne stratégie, ktoré mu majú pomôcť vyhnúť sa v krízových situáciách recidíve (Kolibáš, Novotný, 2007).

Na základe teórie a výsledkov štúdií možno predpokladať, že hodnoty dimenzií kvality života u závislých od psychoaktívnych látok v liečbe sa budú výrazne líšiť ku konci liečby v porovnaní s jej začiatkom. Formulovali sme nasledovné hypotézy:

H1: Predpokladáme, že závislí od psychoaktívnych látok budú dosahovať na konci ústavnej liečby štatisticky významne vyššie hodnoty v dimenzii kvality života – *Fyzické zdravie* v porovnaní so začiatkom ústavnej liečby.

H2: Predpokladáme, že závislí od psychoaktívnych látok budú dosahovať na konci ústavnej liečby štatisticky významne vyššie hodnoty v dimenzii kvality života – *Prežívanie* v porovnaní so začiatkom ústavnej liečby.

H3: Predpokladáme, že závislí od psychoaktívnych látok budú dosahovať na konci ústavnej liečby štatisticky významne vyššie hodnoty v dimenzii kvality života – *Sociálne vzťahy* v porovnaní so začiatkom ústavnej liečby.

H4: Predpokladáme, že závislí od psychoaktívnych látok budú dosahovať na konci ústavnej liečby štatisticky významne vyššie hodnoty v dimenzii kvality života – *Prostredie* v porovnaní so začiatkom ústavnej liečby.

H5: Predpokladáme, že závislí od psychoaktívnych látok budú dosahovať na konci ústavnej liečby štatisticky významne vyššie hodnoty v dimenzii kvality života – *Celková kvalita života* v porovnaní so začiatkom ústavnej liečby.

H6: Predpokladáme, že závislí od psychoaktívnych látok budú dosahovať na konci ústavnej liečby štatisticky významne vyššie hodnoty v dimenzii kvality života – *Zdravotný stav* v porovnaní so začiatkom ústavnej liečby.

2 METÓDY

2.1 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorilo 80 respondentov, ktorí boli hospitalizovaní v liečebnom zariadení v ústavnej liečbe závislostí. Výskumný súbor pozostával z 57 mužov a 23 žien vo vekovom rozsahu 19 – 63 rokov ($M = 41,86$; $SD = 11,58$). Metódu výberu výskumného súboru sme realizovali príležitostným, zámerným výberom.

2.2 Použité metódy

Respondentom bol administrovaný dotazník merajúci kvalitu života WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Assessment, Dragomirecká a kol., 2006). Dotazník pozostáva z 24 položiek, ktoré sú rozdelené do štyroch domén – *Fyzické zdravie*, *Prežívanie*, *Sociálne vzťahy* a *Prostredie*. Okrem toho obsahuje aj dve samostatné položky týkajúce sa *Celkovej kvality života* a *Spokojnosť so zdravím* (celkový zdravotný stav). Respondenti hodnotia jednotlivé položky na päťbodovej škále. Reliabilita dotazníka preukazuje dobrú vnútornú konzistenciu všetkých domén (Džuka, 2014). Dotazník respondenti vyplňali dvakrát – na začiatku a na konci ústavnej liečby závislostí. Jeho vyplnením vyjadrili informovaný súhlas so spracovaním poskytnutých údajov.

2.3 Štatistická analýza dát

Dáta sme spracovali v štatistickom programe IBM SPSS Statistics 20. Na základe testov rozloženia dát sme pre overovanie hypotéz volili parametrické aj neparametrické testy.

3 VÝSLEDKY

Výsledky komparačnej analýzy uvádzame v tabuľke č.1 a 2. V doméne Prostredie sme vzhľadom k nerovnomernej distribúcii dát použili neparametrický Wilcoxonov test, u ostatných Studentov t test.

Tabuľka č.1 Komparačná analýza kvality života -parametrické testovanie

d	M ₁	SD ₁	M ₂	SD ₂	t	df	p
Fyzické zdravie	22,26	3,81	23,57	3,13	-2,31	79	0,02
Prežívanie	19,13	3,19	20,91	3,27	-3,37	79	0,00
0,53							
Sociálne vzťahy	9,20	2,48	10,42	2,68	-2,77	79	0,00
Celková kvalita života	2,93	1,05	3,63	0,97	-5,43	79	0,00
Zdravotný stav	3,02	1,05	3,63	0,98	-4,99	79	0,00

Legenda: M – priemerná hodnota; SD – štandardná odchýlka; t- výsledok Studentovho T-testu; df – stupne voľnosti; p – hladina významnosti ($p < .05$); d – vecná významnosť

Tabuľka č.2 Komparačná analýza kvality života – neparametrické testovanie

	Mdn ₁	Mdn ₂	z	p	r _m
Prostredie	27,00	29,00	-2,59	0,01	0,07

Legenda: Mdn – medián; Z – výsledok Wilcoxonovho neparametrického testu; p – hladina významnosti ($p < .05$); r_m – vecná významnosť

Komparačná analýza preukázala existenciu štatisticky signifikantných rozdielov v hodnotení jednotlivých dimenzií kvality života ako aj jej celkovom hodnotení na konci ústavnej liečby v porovnaní s hodnotením ukazovateľov na jej začiatku. Stanovené hypotézy sme tak prijali. Z výsledkov, ktoré sú uvedené v tabuľkách č.1 a 2 tak vyplýva, že na konci ústavnej liečby dosahovali respondenti vyššie skóre v dimenzii Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy, Prostredie, Celková kvalita života a Zdravotný stav. Z hľadiska vecnej významnosti sa veľký efekt rozdielu preukázal v dimenzii Celková kvalita života a Zdravotný stav. Stredný efekt rozdielu sa prejavil v dimenzii Fyzické zdravie, Prežívanie, Sociálne vzťahy. Malý efekt rozdielu sa preukázal v dimenzii Prežívanie.

4 DISKUSIA

Cieľom výskumu bolo overiť existenciu signifikantných rozdielov v hodnotách dimenzií kvality života u závislých od psychoaktívnych látok na začiatku a na konci ústavnej liečby. Výsledky poukazujú na významne vyššie hodnoty dimenzie *Fyzické zdravie* na konci liečby v porovnaní s jej začiatkom. Podľa Zábranského (2003) priame pôsobenie drogy spôsobuje vážne ochorenia fyzického i psychického charakteru, avšak jednotliviec s drogovou závislosťou môže predísť fatálnym následkom na organizmus pôsobením liečby, a tým si zvýšiť ponímanie kvality života z pohľadu fyzického zdravia. Benkovič a Garaj (2009) vo svojom výskume zistili štatisticky významnú zmenu vo vnímaní kvality života po absolvovaní liečby. Nadmerné a dlhodobé užívanie alkoholu a drog vedie ku oslabeniu organizmu, čo súvisí s náchylnosťou na rôzne ochorenia. Počas liečby sa pacienti dostávali do procesu, kedy si boli schopní uvedomiť aj ohrozenie svojho zdravia a tiež riziko nezvratných zdravotných problémov súvisiacich s užívaním psychoaktívnych látok. Prerušenie užívania psychoaktívnych látok sa ku koncu liečby prejavilo v zlepšení zdravotného stavu, telesnej výkonnosti a zdatnosti. Štatisticky významne vyššie hodnoty na konci liečby získali respondenti tiež v dimenzii *Prežívanie*. Závislý človek má významne nižšiu kvalitu života v oblasti psychickej pohody a psychického prežívania (Dzúrová, 2000). Kľúčovou zložkou liečby a základným článkom systému starostlivosti o jednotlivcov závislých od psychoaktívnych látok je psychoterapia. Psychoterapia podnecuje a podporuje činnosti, ktoré napomáhajú priebežnému poznávaniu samého seba a osobnostnému rastu. Na základe sebareflexie nastáva lepšie

uvedomovanie si problémov, ktoré užívanie psychoaktívnych látok spôsobuje. Čumittová a Pavelová (2006) vo svojom výskume potvrdzujú, že odliečení pacienti vykazujú v otázke telesného a duševného zdravia vyššie hodnoty indexu spokojnosti v porovnaní so štandardizovanou výskumnou vzorkou. Pacienti sú na konci liečby schopní adekvátnejšie vnímať svoje prežívanie a s tým súvisiace emócie, zvládať ich konštruktívnym spôsobom. Signifikantný rozdiel sa potvrdil aj v dimenzii *Sociálne vzťahy*, v ktorej na konci liečby respondenti dosahovali vyššie skóre. Jedným z motívov, na základe ktorých sa závislý od psychoaktívnych látok rozhodne pre liečbu, sú aj narušené interpersonálne vzťahy. Liečba závislostí je zameraná nielen na zlepšenie fyzického a psychického stavu, ale má za cieľ aj nápravu narušených vzťahov. Podľa Kalinu a kolektívu (2003) sa pacienti počas liečby učia pozitívnym sociálnym hodnotám, čo výrazne prispieva k zlepšeniu interpersonálnych vzťahov. Výsledky komparačnej analýzy preukazujú významne vyššie hodnoty v dimenzii *Prostredie* na konci liečby. Táto dimenzia zahŕňa aspekty ako finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, zdravotná a sociálna starostlivosť, prostredie domova, príležitosť získať informácie a kompetencie, voľnočasové a rekreačné aktivity a pod. V období užívania psychoaktívnych látok závislý stráca záujem o svoje prostredie, v ktorom sa nachádza (Zábranský, 2003) a vykazuje významne nižšiu kvalitu života v oblasti prostredia, domova a bezpečia (Dzúrová, 2000). Abstinencia prináša pozitívne zmeny v prežívaní a postojoch k prostrediu, v ktorom daný človek funguje. Dokáže mať viac pod kontrolou svoje financie, je schopnejší a aktívnejší v riešení životných situácií a proaktívnom využívaní voľného času. Získané hodnoty preukazujú významne väčšiu spokojnosť s celkovou kvalitou života a zdravotným stavom na konci ústavnej liečby. Jedným z hlavných cieľov ústavnej liečby je znižovanie škôd vzniknutých ako následok dlhodobého užívania psychoaktívnych látok. Podľa Orosovej (2003) liečba ovplyvňuje správanie v zmysle podpory zdravia. Liečebný proces je smerovaný k abstinencii klienta, na ktorý neskôr nadväzuje následná starostlivosť a doliečovanie, ktoré podporujú a udržiavajú zmeny a efekt liečby (Kalina a kol., 2003).

5 LIMITY A ZÁVER

Napriek výsledkom našej analýzy, ktorá naznačuje zaujímavé zistenia si uvedomujeme, že práca má viaceré limity a tak sme veľmi opatrní pri zovšeobecňovaní interpretácií. Výskumný súbor nebol homogénny z hľadiska veku, pohlavia a diagnózy. Stanovený cieľ výskumu sa nám podarilo naplniť. Zistenia poukazujú na významný rozdiel v hodnotách dimenzií kvality života ako aj v celkovom prežívaní kvality života u závislých od psychoaktívnych látok na konci ústavnej liečby s porovnaním so začiatkom liečby. Ústavná liečba má podporujúci charakter, ktorý napomáha zvýšiť vnímanie subjektívnej kvality života. Uvedené zistenia sú kvantitatívneho charakteru, v ďalšom skúmaní kvality života v súvislosti so závislosťou od psychoaktívnych látok by bolo podnetné skúmať problematiku z hľadiska kvalitatívneho prístupu.

LITERATÚRA

Benkovič, A., Garaj, V. (2009) Kvalita života ľudí závislých od alkoholu a jej zmena v priebehu liečby. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 44 (3), 129-152.

Čumittová, Z., Pavelová, L. (2006) Kvalita života odliečených závislých od alkoholu. *Čistý deň*, 4, 26-27.

Doležalová, P. (2006) Kvalita života u drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 6 (1), 14-22.

- Dragomirecká, E. a kol. (2006) WHOQOL – BREF, WHOQOL – 100. Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha : Psychiatrické centrum. 92 s.
- Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997) Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. Československá psychiatrie, 93 (2), 102-108.
- Dzúrová, D. (2000) Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum. 68 s.
- Džuka, J. (2014) Subjektívne hodnotená kvalita života – validita a reliabilita merania. Prešov: FF Prešovská univerzita. 103 s.
- Heller, J. a kol. (1996) Závislost známa neznámá. Praha: Grada Publishing, Avicenum, 162 s.
- Hnilicová, H., Bencko, V. (2005) Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. Praktický lékař, 85(11), 656-660.
- Hrozenská, M. (2011) Kvalita života starších ľudí v priestore spoločenských vied. Nitra: Effeta. 155 s.
- Hudáková, A., Magurová, D. (2011) Chronický alkoholizmus žien versus kvalita ich života. Adiktologie, 11 (3), 148-154.
- Hyman, S.E. (2007) The neurobiology of addiction: implications for voluntary control of behavior. American Journal of Bioethics, 7 (1), 8-11.
- Kalina, K. a kol. (2003) Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 343 s.
- Kolibáš, E., Novotný, V. (2007) Alkohol, drogy, závislosti. Bratislava: Univerzita Komenského. 260 s.
- Možný, I. (2002) Česká společnost – Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života. Praha: Portál. 208 s.
- Mühlpachr, P. (2002) K problematice vzdělávání seniorů. In: Řehulka, Řehulkova: Učitelé a zdraví 4. Brno: Nakladatelství P. Křepelka, s. 191-203.
- Nešpor, K. (2003) Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál. 151 s.
- Orosová, O. (2003) Prevencia – pomoc – rovesníci alebo „Preventívne nie nepoškodí...“Inovatívne metódy pomoci v prevencii drogových závislostí v školskej praxi. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika. 186 s.
- Profous, J. (2011) Průvodce alkoholovou závislostí – především pro ženy pijících partnerů. Praha: Galén. 108 s.
- Strieženec, Š. (1999) Úvod do sociálnej práce. Bratislava: Cover Design. 215 s.
- Vadurová, H., Mühlpachr, P. (2005) Kvalita života – teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita. 143 s.
- Zábranský, T. (2003) Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 96 s.

QUALITY OF LIFE OF THE ADDICTS IN TREATMENT

Abstract: the aim of the research was to analyze difference in quality of life of the addicts at the end of their treatment comparing to the beginning. The research sample consisted of 80 respondents, 57 men and 23 women in addiction treatment in Centre for drug addiction treatment Banská Bystrica ($M = 41,86$; $SD = 11,58$). To identify the quality of life the questionnaire WHOQOL – BREF (Dragomirecká, 2006) was used. We found significant differences in all the dimensions of quality of life and also in total quality of life and health status of the addicts at the end of the addiction treatment comparing to the beginning. The research outcomes we discuss.

Key words: quality of life, addiction, addiction treatment