



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Мирјана Маринковић

**КВАЛИТЕТ ЖИВОТА КОД ЗАВИСНИКА ОД ОПИЈАТА НА МЕТАДОНСКОМ
ПРОГРАМУ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2015.године

Мојој Милици.....

*Захваљујем се
ментору Доц.др Владимиру Јањићу
на стручној помоћи у реализацији овог рада
и Проф.др Славици Ђукић Дејановић,
на подршци и сугестијама
које су овај рад учиниле бољим.*

Мирјана Маринковић

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА КОД ЗАВИСНИКА ОД ОПИЈАТА НА МЕТАДОНСКОМ ПРОГРАМУ

Докторска дисертација

С А Д Р Ж А Ј

Редни број	Поглавље	Страница
1.	Увод	5
1.1.	Зависност од опијата	6
1.1.1.	Дефиниција зависности	6
1.1.2.	Јавноздравствене карактеристике	7
1.1.3.	Третман зависности - циљеви, приступи, ефикасност	8
1.2.	Квалитет живота - концепт, дефиниција, мерење	11
1.3.	Квалитет живота и зависност од опијата	15
1.4.	Истраживања предиктора квалитета живота зависника од опијата на третману метадонског одржавања - преглед литературе	20
1.4.1.	Карактеристике зависника као предиктори квалитета живота	20
1.4.2.	Карактеристике зависности као предиктори квалитета живота	27
1.4.3.	Карактеристике третмана	29
1.5.	Јавноздравствени, друштвени и научни значај	39
2.	Циљеви истраживања	40
3.	Хипотезе.....	41
4.	Метод истраживања	42
4.1.	Врста студије	42
4.2.	Популација, време и место истраживања	42
4.3.	Јединице посматрања, узорак	42
4.4.	Извор података и варијабле	43
4.4.1.	Карактеристике испитаника	43
4.4.2.	Здравствени статус (квалитет живота у вези са здрављем)	43
4.4.3.	Карактеристике зависности	44
4.4.4.	Квалитет живота	44
4.5.	Статистичка обрада података	45
4.5.1.	Начин приказивања података	45
4.5.2.	Методе статистичке анализе	46
5.	Резултати.....	47
5.1.	Демографске карактеристике испитаника	47
5.2.	Социјално-економске карактеристике испитаника	47
5.3.	Здравствене карактеристике испитаника	52
5.3.1.	Здравствени статус (Квалитет живота у вези са здрављем)	52
5.3.2.	Перцепција здравља	54
5.3.3.	Здравствени проблеми	55
5.3.4.	Здравствена заштита	56
5.4.	Зависност	58
5.4.1.	Карактеристике зависности	58
5.4.2.	Карактеристике третмана	61

5.5.	Квалитет живота	62
5.5.1.	Физички (функционални) домен	63
5.5.2.	Психички домен	67
5.5.3.	Социјални односи	70
5.5.4.	Окружење	72
5.6.	Анализа предиктора	76
5.6.1.	Перцепција квалитета живота - предиктори разлика	76
5.6.2.	Квалитет живота у домену физичког здравља - Предиктори разлика	77
5.6.3.	Квалитет живота у домену психичког здравља - Предиктори разлика	78
5.6.4.	Квалитет живота у домену социјалних односа - Предиктори разлика	79
5.6.5.	Квалитет живота у домену окружења - Предиктори разлика	80
6.	Дискусија	82
6.1.	Квалитет живота / Квалитет живота у вези са здрављем	82
6.1.1.	Мерења - главни налази	82
6.1.2.	Мерења - методолошки аспекти	82
6.2.	Карактеристике зависника као детерминанте квалитета живота	84
6.2.1.	Демографске карактеристике	84
6.2.2.	Социјално-економске карактеристике	87
6.2.3.	Здравствене карактеристике	91
6.3.	Карактеристике зависности као детерминанте квалитета живота	93
6.4.	Карактеристике третмана метадонског одржавања као детерминанте квалитета живота	94
7.	Закључци	99
8.	Литература	101
9.	Прилози.....	108
9.1.	Упитник	109
9.2.	АСИ упитник	114
9.3.	WHOQL-BREF упитник	126
9.4.	EQ-5D-3L упитник	130
9.5.	Номенклатура и класификација обележја	133

Мирјана Маринковић

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА КОД ЗАВИСНИКА ОД ОПИЈАТА НА МЕТАДОНСКОМ ПРОГРАМУ

1. Увод

У покушају да се одговори на изазове растуће епидемије зависности од опијата, у нашој земљи се већ дужи низ година примењује метадонски третман. Разлози за увођење метадонског програма су различити (ублажавање симптома апстиненцијалног синдрома, припрема зависника за друге видове социотерапијског третмана, усмеравање ка здравственим установама и стварање услова за примену других видова помоћи кроз рад саветовалишта, контролу придружених болести, затим, смањење ризика од смрти предозирањем, као и сузбијање ширења вирусних инфекција као последица ризичног понашања и губитка контроле, побољшање квалитета живота зависника, стабилизација односа у породици и ужем социјалном окружењу, смањење учешћа зависника у криминогеним активностима и смањење судских проблема). У употреби су две врсте програма. Први, тзв. програми са ниским прагом, спроводе се са циљем смањења штете, а други, тзв. програми са високим прагом, имају за циљ постизање апстиненције од опијата.

СЗО је препоручила четири модалитета метадонског третмана: краткотрајну метадонску детоксикацију (до 4 недеље); дуготрајну метадонску детоксикацију (примена метадона дуже од месец дана са постепеним смањивањем дневне дозе); краткотрајно одржавање применом метадона (до 6 месеци) и дуготрајно одржавање – примену метадона дуже од 6 месеци, са строго дефинисаним индикацијама. Од увођења метадонског програма до данас, кроз различите врсте програма прошло је више хиљада зависника од опијата.

Евалуациона истраживања утврдила су позитивне ефекте програма на симптоме (1,2), позитивне здравствене ефекте (3,4), ефекте на преживљавање (1,3) и криминогено понашање (5) зависника који су били укључени у метадонски програм. Последњих 15 година истраживања се баве превасходно утицајем метадонског третмана на квалитет живота зависника (1, 6-12).

СЗО је дефинисала квалитет живота људи као "индивидуалну перцепцију њихове животне позиције, у контексту културних и вредносних система у којима живе и у релацији са њиховим циљевима, стандардима, очекивањима и бригама". У контексту ове дефиниције, истраживање свеопштег квалитета живота веома је релевантно у евалуацији третмана злоупотребе супстанци. Фокус биомедицинских истраживања померио се са процене ефективности интервенција која фокусира резултате специфичне за болест, на исход - изражен квалитетом живота (1,9). Дошло је и до одговарајућих промена у моделу заштите - фокус заштите померио се са ослобађања од симптома на опоравак ("стицање права на живот") (1). У том смислу инструменти за мерење здравствено релевантног квалитета

живота (као што су Индекс тежине зависности - Addicted Severity Index) као мере заштите која је фокусирана на одређену патологију, постали су тесни да изразе опоравак као нови концепт. Мере усредсређене на појединца и континуитет заштите постале су најважније средство за оснаживање индивидуа, породице и заједнице за преузимање одговорности за своје здравље, благостање и опоравак (1).

За евалуацију квалитета живота зависника од опијата и испитивање утицаја различитих варијабли коришћени су и користе се бројни инструменти (9). У те сврхе, не ретко користе се и генеричке мере здравља (EQ-5D), нарочито оне које се заснивају на процени субјективног благостања (SWB). Већина аутора ипак даје предност упитнику СЗО WHOQOL-BREF који се заснива на процени функционисања, узимајући у обзир како се они осећају у вези с тим (15).

Злоупотреба психоактивних супстанци утиче на готово све области функционисања (професионалног, породичног, социјалног); она утиче на физичко и ментално здравље, друштвени статус и приступачност услуга (15). То су показала мерења којна су вршена на бази коришћења стандардизованог инструмента СЗО за процену здравственог статуса (EQ-5D). С друге стране, квалитет живота постао је мера квалитета свеопштег исхода третмана (16).

Иако су рађене различите евалуације метадонског програма (13,14) од увођења метадонског програма до данас, у нашој земљи оваква истраживања нису рађена. Ово истраживање је покушај да се уведе нови начин мерења квалитета здравствене заштите у области у којој таквих истраживања није било.

1.1. Зависност од опијата

1.1.1. Дефиниција зависности

Опиоидна зависност је медицинска дијагноза (МКБ-10 Ф11.2, ИЦД-9 304.0, МеСХ Д009293) коју карактерише неспособност појединца да престане са коришћењем опијата (морфијум, хероин, кодеин, оксикодон, хидрокодон, итд) чак и када је то објективно у његовом најбољем интересу да то уради (Експертска комисија, 1964., цитат према 17). Она представља кластер когнитивних, бихевиоралних и физиолошких феномена променљивог интензитета, који укључује следеће карактеристике:

- присуство јаке жеље или осећаја принуде да се узму опијати
- постојање тешкоћа у контролисању употребе опиоида
- присуство физиолошког стања повлачења симптома (употреба исте или блиско повезане супстанце са намером ублажавања или избегавања повлачења симптома)
- развој толеранције (повећане дозе лека потребне су за постизање ефекат првобитно произведених нижим дозама)
- прогресивно занемаривање алтернативних задовољстава или интереса због коришћења опијата (повећана количина времена потребног за добијање или узимање дроге или опоравак од њених ефеката)
- упорност у коришћењу опијата упркос јасним доказима о штетним последицама (оштећења јетре, депресивна расположења или оштећења когнитивног функционисања).

МКБ-10 дефинише опиоидну зависност као "присуство три или више карактеристика истовремено у било ком тренутку у току протекле године".

Једнократна употреба опиоида или њихово периодично коришћење нису довољни да изазову зависност. Зависност се развија после периода редовног коришћења. Поновљено коришћење опиоида индукује неуроадаптације разних неуронских кола у мозгу који су укључени у мотивацију, памћење, контролу понашања и дезинхибицију. Резултат је повећана и дуготрајна награда повезана са коришћењем опиоида и еколошким сигнаlima у вези са таквом употребом, а смањена награда повезана са природним појачивачима који се налазе у свакодневним животним догађајима.

1.1.2. Јавноздравствене карактеристике

Опијатска зависност је здравствени проблем светских размера који има огроман утицај на лично здравље и здравље популације, као и економију заједнице у којој постоји.

Нема поузданих података о броју особа који злоупотребљава опијате. Конфузију повећава чињеница да људи злоупотребљавају илегалне опијате, али и опијатске аналгетике у легалној употреби. Према проценама Светске Здравствене Организације, у свету постоји 15,6 милиона илегалних корисника опијата, од којих 11 милиона користи хероин (18). Проблем је најраширенији у Азији, Европи и Океанији. Такође се процењује да потрошња опијата расте (18).

Стопе преваленце незаконите употребе алкохола и дрога у одраслој популацији у ЕУ варирају између 4 - 12% до 1 - 8 на 1000 (EMCDDA, 2007) (18a).

Последице злоупотребе су велике, а раширеност последица и њихова фаталност су у порасту. Број смртних случајева од предозирања неадекватно коришћеним легалним опијатима у САД данас је четвороструко већи од броја умрлих због предозирања 1999. Поремећаји изазвани зависношћу од опијата резултирали су 2010. године са око 43.000 смртних случајева у свету, што је скоро 5 пута више него 1990. када је таквих случајева било 8.900 (10).

Животни век зависника од дрога је због разарања изазваних употребом дроге у САД смањен за око 18% (Anthony and Chen, 2004., цитат према 10).

Убризавање дроге је снажно повезана са епидемијама заразних болести, пре свега са ХИВ инфекцијом. Чак 30% ХИВ инфекције у подсахарској Африци и до 80% случајева у неким земљама источне Европе и централне Азије може се довести у везу са убризгавањем опијата (20). Упркос овој ситуацији, мере које могу спречити ширење ХИВ-а код опијатских зависника, укључујући третман одржавања опијатским агонистима, имају мање од 5% покривености широм света (17). Пракса ризичног убризгавања дроге такође довела је до глобалне епидемије хепатитиса Ц. Процењује 130 милиона људи заражено хепатитисом Ц. Сваке године овај број повећава се 3-4 милиона (20). Главни пут ширења болести - ризична пракса ињектирања дроге - одговорна је за 90% нових случајева хепатитиса Ц инфекције.

Опиоидна зависност по себи повезана је са значајним смањењем квалитета живота, заменом смислених активности и све дужим временом које проведу у пијаном стању или тражењу опијата. Поред медицинског коморбидитета повезаног с интравенским коришћењем дроге и насиља, корисници илегалних опијата имају високе стопе

психијатријског коморбидитета - посебно депресије и пост-трауматских стресних поремећаја (18).

Опиоидни зависност намеће значајан економски терет друштва, не само у смислу директних трошкова здравствене заштите (третман и превентивне услуге, веће коришћење других здравствених услуга), него и индиректних трошкова (утицај проблема зависности од дрога на друге системе - услуге социјалне заштите, на правосуђе на продуктивност, незапосленост, изостајање с посла и прерану смртност.

1.1.3. Третман зависности - циљеви, приступи, ефикасност

Третман опијатске зависности је сет фармаколошких и психосоцијалних интервенција који имају за циљ (17):

- смањење или престанак употребе опијата; лечење хероинске зависности треба да обезбеди сузбијање злоупотребе уличног хероина, односно, престанак или упадљиво смањење употребе хероина и других илегалних дрога. Када се овај циљ достигне, постају важни други циљеви од чијег остварења зависи опоравак опијатских зависника. То се пре свега односи на смањење или престанак употребе других (легалних и илегалних) дрога - стимуланаса, канабиса, алкохола, бензодиазепина. Наставак погрешне употребе, злоупотребе или развој зависности од ових дрога повезани су са оштећењем здравља и другим штетним друштвеним исходима;

- превенција будућих штета повезаних са употребом опиоида; постојање поремећаја у менталном и, понекад, физичком здрављу може бити баријере за опоравак; друга значајна детерминанта опоравка је обим у коме третман доприноси стабилизацији и побољшању здравља;

- повећање квалитета живота и благостања зависника од опиоида; подстицање "капитала опоравка", односно, развој физичке, социјалне, емотивне и културне подршке је интегрални део лечења хероинске зависности. Стабилност становања, запосленост и развој социјалне мреже су такође критични кораци који воде одрживом унапређењу стања.

У већини случајева, третман ће бити дуготрајан или доживотан. Циљ лечења у таквим случајевима није само да смањи или заустави коришћење опиоида, него и да побољша здравствено и социјално функционисање и помогне пацијентима да избегну неку од озбиљнијих последица употребе дрога. Дуготрајно лечење, иначе заједничко за многа медицинска стања, не би требало посматрати као неуспех лечења, већ као исплатива начин продужење живота и побољшања квалитета живота, који подржава дугорочни природни процес опоравка. Уопштено говорећи, постоје два фармаколошки приступа третману зависности од опијата - приступ оријентисан ка опоравку од опијатске зависности и приступ на бази одржавања уз помоћ агониста (супституциони третман).

Фармаколошко управљање приступом који је оријентисан на опоравак од опијатске зависности подразумева (17):

- постепени престанак употребе једног опијатног агониста (нпр. метадона)
- краткорочну употребу парцијалног агониста (нпр. бупренорфина)
- престанак коришћења опијата уз ублажавање симптома опоравка (нпр. применом алфа-2 адренергичног агониста) .

Опиоидни супституциони третман (ОСТ) је назив приступа који се заснива на прописивању

и администрацији фармацеутских опиоида који се дају као замена за илегалне опијате. Најразвијенија форма ОСТ је орално лечење метадоном (МТ), иако рапидно расте искуство употребе бупренорфина у исте сврхе, као и почетна искуства са ињекционом употребом диаморфина (фармацеутска хероин) у менаџменту хероинске зависности.

Третман одржавање уз помоћ агониста обично се састоји у дневној примени опиоидног агониста (нпр. метадона) или парцијалног агониста (нпр. бупренорфина). Стабилни ниво опијатног ефекта који се постиже на овај начин зависници доживљавају као "нормално" стање.

Циљеви одржавања у третману који се заснива на употреби агониста укључују:

- смањење или престанак коришћења илегалних опијата
- смањење или престанак убризгавања и, с тим у вези, смањење ризика од вируса који се преносе путем крви
- смањење ризика од предозирања
- смањење криминалних активности
- постизање побољшања у психичком и физичком здрављу.

У пракси, већина пацијената на третману који се заснива на коришћењу опиоидних агониста престаје да користи хероин или ће га користити ретко; само 20-30% зависника лечених на овај начин наставиће са редовном употребом хероина, али ређе него раније (22).

Психосоцијална помоћ у лечењу зависности од опиоида односи се на много различитих начина на које професионалци и не-професионалци могу да пруже подршку психолошком здрављу и социјалном окружењу корисника опиоида, како би побољшали квалитет и повећали дужину трајања живота зависника. Помоћ се може кретати од простих (нпр. набавка хране и обезбеђење склоништа) до комплексних услуга (нпр. структурирана психотерапија).

Ефективност третмана као својеврсне медицинске технологије може се вршити на различите начине. Остварење дефинисаних циљева је полазни основ за извођење оцене. Као што је већ објашњено највећи број евалуација базира се на професионално постављеним циљевима, док је процена из перспективе испитаника релативно ретка. То је дискриминишући критеријум за вредновање два често помешана појма - квалитета живота и квалитета живота у вези са здрављем.

Укљученост у третман је један од најважнијих фактора који се повезују са опоравком од опиоидне зависности; други фактори укључују личну мотивацију, религију, духовност, породицу и запосленост (22).

Ефективност третмана може се оцењивати по појединим циљевима, јер фокус истраживања варира.

Систематски преглед Кохрејнове базе података утврдио је повезаност оралне супституционе терапије са значајним смањењем убризгавања хероина и дељењем игле, као и смањењем броја пацијената са већим бројем сексуалних партнера и смањењем проституције ради добијања дроге или обезбеђења новца за дрогу (22). Оно што је са јавно здравственог становишта још важније, ове промене су корелацији са смањењем инциденције ХИВ инфекције.

Иако је бол уобичајен међу пацијентима који су зависни од опијата, фармаколошки приступи су ограничени. Доступна литература указује да третман са есциталопрамом, селективним инхибитором поновног преузимања серотонина, повезан са клинички значајним смањењем учесталости и озбиљности болова током прва 3 месеца третмана (22)

Иако сви прегледи база података (систематски преглед литературе на бази Кохрејнове базе података) наглашавају потребу за већим, мултицентричним, рандомизованим клиничким испитивањима у дужем временском периоду, неки закључци се могу извући и из постојећих података.

1.2. Квалитет живота - концепт, дефиниција, мерење

Квалитет живота је концепт који је често примењује у истраживањима здравствене заштите, за процену утицаја лечења, процену потреба за здравственом заштитом, процену ефикасности интервенција и анализу исплативости, а посебно у истраживањима инвалидности и менталног здравља (23). Међутим, још увек не постоји јасан консензус у вези са дефиницијом концепта квалитета живота.

Генерално, разликују се два приступа: објективни, који се заснива на коришћењу објективних показатеља за мерење концепта и субјективни, где се узима у обзир перспектива особе која је у фокусу истраживања. Објективни приступ описује квалитет живота користећи социјалне показатеље који се односе на спољне услове (нпр. здравствене, стамбене) на бази договорених стандарда. Овај приступ је посебно користан за одређивање квалитета живота опште популације, али мање погодан за мерење индивидуалног квалитета живота. Субјективан приступ заснован је на психолошким показатељима и омогућава процену личних перспектива испитаника у вези са њиховим властитим животима. Генерално, постоји лоша корелација између објективних и субјективних мерења квалитета живота. Cummins 2005. истиче да се корелација између објективних димензија и њихових субјективних антипода може видети тек када је објективан квалитет живота веома низак и назива тај феномен "хомеостатским поништавањем" (цитат према 24).

Једну од најбољих дефиниција квалитета живота у том смислу дала је радна група за квалитет Светске здравствене организације. Она је дефинисала квалитет живота као перцепцију појединца о животном положају у контексту културе у којој живи и у односу на циљеве, очекивања, стандарде и ограничења која има" (29).

Дефинисала је квалитет живота људи као "индивидуалну перцепцију њихове животне позиције, у контексту културних и вредносних система у којима живе и у релацији са њиховим циљевима, стандардима, очекивањима и бригама". У контексту ове дефиниције квалитет живота представља глобалну процена доброг или задовољавајућег живота људи, коју дефинише степен задовољења њихових потреба у различитим областима и јаз између очекивања једне особе и њених постигнућа, а представља одраз сатисфакције појединца његовим свеукупним животом (27).

Једна од најчешће апострофираних концепата у оквиру теорије о квалитету живота унутар здравствене професије био је концепт здравствено релевантног квалитета живота или квалитета живота у вези са здрављем. Квалитет живота у вези са здрављем или здравствено релевантни квалитет живота (Health Related Quality of Life– HRQL) заснива се на

дефиницији здравља СЗО. СЗО дефинише здравље као "стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости" (WHO Constitution, 1948). Квалитет живота у вези са здрављем (HRQL) надограђује ову дефиницију додавањем личне перцепције појединца о здрављу, функционалном статусу, социјалној добробити и антиципацији дужине свог живота (30). Тиме се дефиниција савременог концепта квалитета живота сасвим приближава дефиницији здравља и постаје њен оперативни израз, односно мера.

Квалитета живота у вези са здрављем постао је веома често коришћена мера успешности третмана у различитим евалуацијама здравствене заштите. Међутим, временом је преовладало схватање да параметри које дефинишу професионалци не одржавају увек вредности које има пацијент. Паралелно с тим схватањем, добијале су на значају мере које даје сам пацијент (Patient Reported Outcomes - PRO). PRO је процена сваког аспекта здравственог стања особе која долази од ње директно. Она треба да одражава стварно стање здравља или перформансе у том тренутку (32).

Постоје бројни разлози зашто су PRO постале најчешће коришћена мера квалитета у истраживањима здравља и здравствене заштите. Неки ефекти лечења или рехабилитације познати су само пацијенту. PRO обухватају пацијентова искуства заштитом, валоризују исходе који су најважнији пацијенту и његовој породици и изражавају пацијентов доживљај перспективе. Као прималац неге, пацијент има најбољу процену утицаја третмана и перспективе. Формална процена о томе како се пацијент осећа и шта ради може бити поузданија и валиднија него неформално питање - како се осећате?.

Мере квалитета живота у вези са здрављем укључују физичка функционисање, емоционално и когнитивно функционисање, социјално функционисање, значај (улогу) појединих функција за болесника, виђење његових улога и здравља и благостања као средстава за њихово испуњење, процену перспективе (преживљавање) и вредновање постојећих симптома (у већој или мањој мери). Данас постоји консензус о томе да су мере квалитета живота изведене из ове перспективе:

- Субјективне, што не имплицира да су оне непоуздане, напротив; оне су управо због тога што мере конкретан квалитет живота једне конкретне особе – супериорне (валидне, специфичне и сензитивне), јер лична перцепција најбоље одражава погледе појединца, његова актуелна осећања и светлу жеља, циљева, очекивања које он има.
- Мултидимензионалне: овако конструисана мера укључује различите и за конкретног испитаника релевантне домене квалитета живота, што је другачије немогуће утврдити.
- Укључује у вредновање позитивне и негативне аспекте здравља и квалитета живота (33).

У процени квалитета живота у вези са здрављем користе се генеричке мере и специфични инструменти. Генеричке мере које стоје на располагању су здравствени профили, мера корисности (јутилити мере) и појединачни аитеми. Специфични инструменти су мере специфичне за болест, популацију или проблем. (33).

Предности генеричких инструмената састоје се у томе што се користи један инструмент, који детектује ефекте на различите аспекте здравственог статуса; ови инструменти се могу користити за поређење ефеката интервенције. Слабости генеричких мера односе се на често недовољну специфичност (не фокусира се увек на оно што је предмет интересовања) и респонсивност (реактивност) (33). Најчешће коришћени здравствени профили су Short Form SF-36, SF-20, SF-12 (Ware, 1995.) (35) и SF-6 (Brazier, 2002.) (36), Nottingham Health Profile

(Hunt, 1980.) (37), Sickness Impact Profile (Bergner, 1976., 1981.) (38), Quality of Life (QL) Index (Ferrans, Powers 1985., 1990., Bowling 1997.) (39-42).

Самопроцена здравља (Self-rated health - SRH) (43) је такође често коришћена мера (здравствени индикатор) у истраживању здравствених неједнакости које су детерминисане разликама у социјалној подршци у развијеним западним земљама, као и земљама у развоју (44). Здравље се у оцењује као одлично, нормално и лоше (45).

Најважнија предност мера корисности (Utility measures) састоји се у томе што једна (иста) вредност репрезентује нето утицај на квантитет и квалитет живота; на основу ове мере може се израчунати цена (коштање) корисности; укључује и смрт као исход. Слабости ових мера односе се на потешкоће у детерминисању вредности корисности; ово мерило не дозвољава испитивање утицаја на различите аспекте квалитета живота (микс) и није довољно респонсиван. Најважнији представници ових мера су Euro QoL Index: EQ-3D (46) и The Health Utilities Index (HUI) (47, 48).

Мерење квалитета живота на бази самопроцене задовољства животом или неким његовим делом (аспектом) данас представља доминантни приступ процени квалитета живота. У овом приступу најчешће коришћене мере су субјективне мере за процену квалитета живота - Индекс субјективно процењеног благостања (SWB) (33) или Индекс задовољства животом (Life Satisfaction Index - LSI-A) (55). Оба се израчунавају као скор оцена (вредности) на вишестепеној Ликертовој скали. У те сврхе такође користи се и велики број других (сличних) инструмената. У те сврхе често се користи и самопроцена задовољства животом (Satisfaction with Life Scale), која се мери коришћењем једног аитета („Ја сам задовољан својим животом“) оцењеног на седмостепеној Ликертовој скали од „потпуно се слажем“ до „уопште се не слажем“ (56).

Пораст схватања да пацијент евалуацију квалитета живота не чини квалитетнијом само пуким суделовањем у евалуацији, него и активним учешћем у развоју инструмената усмерило је развој нових инструмената, који су покушали да структурирају домене квалитета живота који су обострано важни и здравственој професији и самим пацијентима чији се квалитет живота евалуира. Примери таквих инструмената су Lancashire Quality of Life Profile и WHOQOL-BREF упитник.

1.3. Квалитет живота и зависност од опијата

Опоравак од коришћења дрога дефинише се као "процес промене кроз који појединац постиже апстиненцију и боље здравље, благостање и квалитет живота" (Center for Substance Abuse Treatment, 2007.).

Најзначајнија је концептуализација која у контексту опоравка од коришћења дрога разматра укупан квалитет живота који обухвата задовољство животом уопште, а не само у односу на ограничења повезана са болестима.

Најјачи аргументи за разматрање квалитета живота као исхода третмана опоравка од дрога долазе из студија које истражују повезаност квалитета живота и субсеквентних симптома. Студије пресека показују да је трајање апстиненције у позитивној корелацији са квалитетом живота. Проспективне студије дошле су до истих резултата. Код лечења зависности од опијата унапређење здравственог квалитета живота повезано је са успешнијим исходом

лечења (62). Процена квалитета живота може послужити и као инструмент за евалуацију третмана и као дијагностички (прогностички) алат (63).

Злоупотреба супстанци се препознаје као хронично разарање, као поремећај који има повратни карактер и захтева сталну негу, пре него приступ који се заснива на лечењу повремених епизода (61). Истраживања исхода лечење фокусирана су на апстиненцију и смањење проблема са дрогом, док се релативно мали број студија бави квалитетом живота међу корисницима дрога (64). Fischer (6) објашњава овај феномен у контексту познате парадигме "victim blaming" (окривљивање жртве).

Инструменти за мерење квалитета живота (нпр. the Lancashire Quality of Life Profile, WHOQOL) обезбеђују информације до којих се не долази употребом традиционалних дијагностичких и евалуационих алата који се користе у истраживањима зависности од дрога (Addiction Severity Index - ASI или Maudsley Addiction Profile - MAP) (65). Они такође омогућавају свеобухватан поглед на животне ситуације људи и не фокусирају се само на проблеме и неспособности, него траже где леже резерве снаге и други ресурси (66). Иако је више аутора указало на то да је квалитет живота шири и кориснији концепт за евалуацију зависности од дрога (24, 67-69), овај приступ је још релативно редак. Разлози за то су бројни.

Инструменти за мерење квалитета живота у општој популацији не могу бити довољно специфична за кориснике дрога, а упитници о квалитету живота за друге популације (нпр. људе са другим хроничним обољењима) не могу се применити. До сада се мало зна о томе како корисници дроге доживљавају концепт квалитета живота. Доступни инструменти (нпр генерички Nottingham Health Profile) конципирани су и развијени од стране професионалаца, без учешћа самих корисника дрога, њихових породица или старатеља (70,71). Корисна стратегија за смањење овог јаза је да се зависницима остави могућност да дају приоритете различитим доменима квалитета живота, јер значај одговарајућег домена може варирати од особе до особе, зависи од њиховог вредносног система и искустава (70-72).

Стога је разумљиво што се већина студија које се баве проценом квалитета живота међу корисницима супстанци а која се још увек ограничава на аспекте везане за здравствено релевантни квалитет живота (74,75).

Наиме, нејасно је да ли се лош квалитет живота корисника супстанци може приписати коришћењу дроге per se или негативним животним догађајима који индукују употребу дрога.

По скоровима физичког здравља корисници дрога слични су другим популацијама са хроничним проблемима, али њихови резултати процене менталног здравља су обично много мањи. То се повезује са утицајем коморбидитета и присуством психијатријских симптома (75). Фактори који негативно утичу на квалитет живота корисника дроге и алкохола негативно су тешка употреба алкохола и инфективне болести. Међутим, не постоји јасан доказ о директном утицају употребе дрога на квалитет живота клијената (77). Изгледа да третман злоупотреба супстанци утиче на квалитет живота корисника дрога позитивно, нарочито током прва 3 месеца лечења, иако се ови ефекти смањују током времена (65).

Последично, квалитет живота може варирати између индивидуа и биће под утицајем нечије специфичне животне ситуације (76). Неке димензије у животу (нпр. физичко здравље) имају универзални карактер, али могу варирати између појединаца и култура (нпр. перцепција зависности међу различитим етничким мањинама као болести, моралне слабости или злог

духа). Штавише, фактори који утичу на квалитет живота су динамични и могу се мењати током времена, укључујући и промену фокуса и приоритета (25, 70).

Методолошки проблеми настају када желимо да упоредите резултате из различитих студија, које користе различите инструменте (нпр. Квалитет живота ињекционих корисника дрога - IDUQoL), Интервју о квалитету живота (QOLI, СФ-6) који су коришћени за мерење квалитета живота наркомана и алкохоличара. Теоријска основа већине инструмената за мерење квалитета живота у овој популацији често је слаба или не постоји уопште, а психометријска својства могу бити инсуфицијентна (цитат према 25).

Брига истраживача и здравствених радника о квалитету живота корисника опијата расте, али већина студија је још квантитативна и посвећује ограничену пажњу перспективи пацијента. Нема расположивих информација о томе како појединци зависни од опијата виде квалитет живота и шта сматрају важним чиниоцима који доприносе добром квалитету живота (9).

До сличних запажања дошао је и Lashkaripour (78).

Како су опијати примарна дрога код зависника који улазе у третман, а интересовање за квалитет живота расте, урађено је систематско претраживање доступних база података (Web of Science, Pubmed and Cochrane Database of Systematic Reviews) са циљем да се резимирају расположиве информације о квалитету живота код зависника од опијата.

За мерење квалитета живота (у вези са здрављем или субјективни) зависника од опијата у 38 анализираних студија које су публиковане до 2008. године коришћено је 15 различитих инструмената који се заснивају на квантитативним мерама, а попуњавају их сами испитаници (9).

Све прегледане студије налазе да зависници од опијата имају нижи квалитет живота у вези са здрављем у односу на здраву популацију и људе са разним медицинским стањима (болестима). De Maeyer, 2010. истиче да учешће у супституционом третману има позитиван ефекат на квалитет живота у вези са здрављем, али дугорочни ефекти остају нејасни. Психолошки проблеми, старији узраст и ексцесивна употреба алкохола повезани су са нижим скоровима квалитета живота у вези са здрављем.

1.4. Истраживања предиктора квалитета живота зависника од опијата на третману метадонског одржавања - преглед литературе

1.4.1. Карактеристике зависника као предиктори квалитета живота

Карактеристике зависника су често апострофирани фактори од утицаја на промене у квалитету живота зависника. Најчешће истраживане карактеристике су пол, старост зависника, степен образовања.

Иако готово сви истраживачи приказују дистрибуцију резултата својих истраживања по полу, мањи број њих апострофира значај пола као детерминанте промена у квалитета живота зависника на метадонском третману. У ове ауторе спадају Tran (80,81) и [Bawor](#) (82).

Студија коју је радио [Bawor](#) (82), такође процењује полне разлике у исходу укључујући задржавање у третману, ремисију после третмана, злоупотребу већег броја супстанци, дозу метадона, нежељене догађаје у вези са употребом дроге, здравствени статус (квалитет живота у вези са здрављем), психолошки статус, морталитет, криминалне активности, високо ризично сексуално понашање, социјалн подршку и односе са околином, запосленост. [Bawor](#), 2014. истиче да постоје јасне разлике у исходу између мушкараца и жена. Ове разлике могу се довести у везу са специфичностима коришћења опиоида и карактеристикама улазног третмана (82).

На значај узраста зависника указују већи број истраживача.

У истраживању чији је циљ био да се изврши анализа фактора који су повезани са лошим квалитетом живота у вези са здрављем међу корисницима опијата при уласку у метадонски третман ниског прага Millson (83) је утврдио да узраст има значајан предиктивни утицај. Мноштво фактора утичу на квалитет живота у вези са здрављем корисника опијата, што указују на потребу за низом услуга у оквиру метадонског програма, укључујући примарну здравствену негу и третман проблема менталног здравља и проблеме у вези са злоупотребом.

Huissoud, 2013. (84) је истраживао шта детерминише дужину задржавања опиоидних зависника у метадонском супституционом третману, дужину прекида у третману и вероватноћу повратка у третман после прекида. На великом узорку од 2.880 пацијената - зависника лечених у јавноздравственим установама кантона Вуд, у Швајцарској, у периоду 2001-2008. године Huissoud је утврдио да вероватноћа останка у програму одржавања варира од 69% (зависници који су у третману годину дана), преко 45% (3 године), до 33% (дуже од 5 година). Процењени ризик напуштања третмана варира од 1,29 код зависника који су млађи од 30 година, преко 1,31 код зависника који су први пут на третману, до чак 1,83 код зависника који немају стално пребивалиште. Вероватноћа отпочињања новог третмана после првог прекида креће се од 21% у првој години, 38% до 3 године, 43% до 5 година. Узраст се у овом истраживању показао као значајан предиктор ниског задржавања у третману. Ово се односи пре свега на млађе испитанике (84) .

Супротно горе наведеним истраживачима, [Baharom](#) (85) није нашао да постоји нарочити утицај старости (узраста при првом узимању дрога, узраста зависника на почетку метадонског одржавања).

[Baharom](#) (85), међутим, апострофира важност едукације.

Студија чије је резултате публикувао овај истраживач бави се испитивањем утицаја програма метадонског одржавања на квалитет живота учесника у програму и објашњењем утицаја фактора који детерминишу промене у квалитету живота после шестомесечног учешћа у третману (85). Ова ретроспективна студија, реализована је у Малезији са 122 испитаника који су лечену у две клинике. Квалитет у четири домена (физички, психолошки, социјални, средински) мерен је WHOQOL-BREF упитником и изражен индексом (0-100). Праћене су социодемографске варијабле, узраст на почетку метадонског одржавања, узраст при првом узимању дрога и дужина (трајање) наркоманског стажа, ХИВ и Хепатисис Ц статус, ОТИ скор (Opiate Treatment Index), сексуални и социјални аспекти (85).

После шест месеци од почетка метадонског одржавања региструје се сигнификантна

промена скоро у сва четири домена квалитета живота. Највеће побољшање било је у психолошком домену. Промене у физичком домену не могу се довести у везу ни са једним предиктором. Терцијарна едукација је предиктор унапређења квалитета живота у психолошком и социјалном домену. Негативни ХИВ статус повезан је са унапређењем квалитета живота у домену средине (85).

Иако је образовање важан део социјално-економске позиције испитаника, оно није и једина њена одредница. Социјално-економску позицију, поред образовања детерминишу и запосленост, занимање, висина прихода, као и читав сет других варијабли. На важност ових карактеристика указали су бројни истраживачи.

Parmenter (86) истиче да постоји снажна позитивна корелација између физичког и менталног здравља и социјалног функционисања, што указује да се побољшањем било које компоненте може утицати на друге димензије здравља, односно, квалитета живота. Он истиче да запослени пацијенти имају значајно боље психолошко и социјално функционисање.

Parmenter је радио истраживање да би испитао у којим околностима је субституциони третман повезан са побољшањем исхода после током 11 година, односно, да би утврдио предикторе успешног опоравка зависника од хероина лечених на нивоу примарне заштите у Уједињеном Краљевству. Истраживање је урађено по типу проспективне лонгитудиналне кохортне студије, са поновљеним мерењима, на узорку 123 пацијената установа за лечење зависности на примарном нивоу заштите у Шефилду, у периоду 1999.-2011.година, код којих су праћене промене ОТИ индекса од уласка у третман, после годину дана, пет и једанаест година од уласка у третман. Извор података била је медицинска документација пацијената.

Субституциони третман опијатске зависности код корисника хероина редукује морталитет, коришћење илегалних дрога, криминал, ризично понашање и побољшава физичко, ментално и социјално функционисање. У току 11 година третмана забележена је висока стопа ослобађања од зависности (код 22,0% испитаника), медицински помогнути опоравак (код 30,9% испитаника) и низак морталитет (умрло је 6,5% испитаника). Наведени резултати Parmenter доводи у везу са континуитетом субституционог третмана. Постигнута је статистички значајна редукција коришћења хероина и ињектирања дроге, као и сигнификантно побољшање психосоцијалног функционисања. Запослени пацијенти имају значајно боље психолошко и социјално функционисање (86).

Huissoud (84) апострофира важност две карактеристике социјално-економске позиције - лоших животних услова и непостојања сталног пребивалишта - као предиктора ниског задржавања у третману, односно, напуштања третмана.

Millson (83) издваја статус запослености као важну детерминанту квалитета живота у вези са здрављем опијатских зависника.

De Maeyer (11) наводи да се варијације квалитета живота могу објаснити утицајем животне ситуације, финансијског стања, учешћем у слободним и социјалним активностима, пре него директним утицајем хероина.

Однос између текуће употребе хероина и различитих домена квалитета живота опијатских зависника је комплексан, индиректан и детерминисан психосоцијалним карактеристикама зависника и варијаблама третмана (11).

Карактеристике социјално-економске позиције као детерминанте квалитета живота апострофирају се и у студији коју је радио Tran, у Вијетнаму, 2011. Користећи здравствено релевантни квалитет живота као индикатор у евалуацији здравствених услуга одраслих са ХИВ/АИДС-ом, Tran је утврдио постојање предиктивног утицаја запослености, приступачности здравствених услуга и учешћа у групама за самопомоћ за квалитет живота у вези са здрављем за квалитет живота ХИВ позитивних (80).

De Maeyer (11,87) апострофира детерминишући значај психо-социјалне маладаптације, посебно неспособности да се промени властита животна ситуација и истиче да постојање бар једног доброг пријатеља као и структуриране дневне активности имају сигнификантан и позитиван утицај на квалитет живота.

На значај социјалне подршке указује и истраживање које је недавно урађено у Керманшаху, Иран, 2013. године (88).

У квалитету живота налази јасно сугеришу да обезбеђење социјалне подршке зависницима утиче на добар резултат у смислу пораста квалитета живота (88).

Поред осталог, истраживања апострофирају и здравствене карактеристике зависника као важан детерминишући фактор квалитета живота.

Већи број истраживача апострофира утицај окружења као значајног фактора који одређује социјално-економску позицију, на разлике у нивоу квалитета живота зависника укључених у метадонски програм. Овај утицај је ређе директан, а чешће индиректан и у склопу дејства мноштва других личних фактора, фактора који су везани за дрогу и/или третман, па је утицај окружења некад тешко спецификовати.

De Maeyer (11) наводи да су тежина психолошког дистреса и узимање медикамената за психолошке проблеме, као и неспособност зависника да се адаптира новим животним ситуацијама асоцирани са ниским квалитетом живота.

Истраживање које је урадила Тгасу (25) у Кливленду, Охајо на узорку од 240 жена укључених у третман метадонског одржавања такође је апострофирало важност социјалне мреже и подршке. Квалитет живота мерен је WHOQOL-BREF индексом после месец дана и после чест месеци од уласка у третман. Квалитет живота поправља се у сва четири домена консеквентно, протеклом времена. Квалитет живота зависника, међутим, увек остаје испод нивоа квалитета живота здраве популације.

1.4.2. Карактеристике зависности као предиктори квалитета живота

Постоји висок степен сагласности око тога да су карактеристике зависности (врста коришћене дроге, број злоупотребљаваних дрога, комбиновање супстанци, дужина наркоманског стажа, фреквенција узимања дроге) са којима зависник улази у третман значајан чинилац тренутног квалитета живота, али и промена које се очекују од третмана.

Врста дроге је најчешће истраживан фактор.

Студија (11) експлорише квалитет живота зависника од опијата у третману метадонског одржавања који траје дуже од 5 година и процењује утицај демографских и психосоцијалних карактеристика, варијабли везаних за дрогу и здравствено релевантних варијабли на индивидуални квалитет живота. Није утврђена повезаност између варијабли везаних са дрогу и квалитета живота, али постоји статистички значајан и негативни утицај психолошког дистреса. Тежина психолошког дистреса, узимање медикамената за психолошке проблеме и неспособност да се промени властита животна ситуација асоцирани су са ниским квалитетом живота.

Утицајем врсте дроге бави се у свом раду De Maeyer (11).

Не постоји директан ефекат употребе хероина на квалитет живота, али постоје варијације у односу на животну ситуацију, финансије, учешће у слободним и социјалним активностима. Налази ове студије илуструју партикуларизам сваког домена квалитета живота и мултидимензионални приступ концепту

У једном броју истраживања апострофира се и начин коришћења дроге као потенцијални предиктор варијација у квалитету живота.

Постоје разлике у исходу између мушкараца и жена које се могу довести у везу са специфичностима коришћења опиоида и карактеристикама улазног третмана (82).

Највећи број истраживача за описивање зависности користи индексе.

Испитујући детерминанте квалитета живота зависника на третману метадонског одржавања De Maeyer, 2011. користи Индекса тежине болести (АСИ индекс) који кумулира утицај зависности на различите области живота и здравља. У овом истраживању није утврђена повезаност између варијабли везаних са дрогу и квалитета живота, али постоји статистички значајан и негативни утицај психолошког дистреса.

На основу систематског претраживања литературе које је урадио, [Feelemyer](#) наводи да супституциони третман опиоидне зависности може повећати квалитет живота и редуковати ASI индекс међу партиципантима у третману током времена, али наглашава да не постоје систематска објашњења ових промена. Он закључује да WHOQOL-BREF индекс и ASI индекс представљају добро средство за евалуацију ефеката супституционог третмана опиоидне зависности, заједно са показатељима какви су нпр. преваленца инфекција које се преносе путем крви, фреквенција коришћења илегалних дрога, инциденција прекида у

третману и преваленција предозирања. Уз одређена прилагођавања, она се могу користити и у неразвијеним и средње развијеним земљама (90).

1.4.3. Карактеристике третмана

Карактеристике третмана у великој мери могу модификовати ниво квалитета живота. Од бројних карактеристика карактеристике третмана, као потенцијалне детерминанте квалитета живота зависника најчешће су истраживане број третмана (први или поновљени), трајање третмана, висина дозе примењеног лека, упућивање, одређене компоненте садржаја третмана (психосоцијална подршка, укључивање у групе за самопомоћ) и слично.

На значај третмана указује студија чије је резултате публиковао Huissoud (84).

Он је утврдио да после годину дана у третману остане 69% зависника, после 3 године 45%, а дуже од 5 година 33% (Huissoud, 2013.). Ризик напуштања третмана расте од 1,31 код зависника који су први пут на третману, преко 1,29 код оних који су млађи од 30 година до 1,83 код оних који немају стално пребивалиште. Предиктори ниског задржавања у третману су млађи узраст, лоши животни услови на уласку у третман и први третман. Око једне половине пацијената који прекину третман вратиће се у наредних 5 година, тврди Huissoud. (84). Висока вероватноћа повратка у третман постоји код зависника који прекину узимање метадона, који су користили у високим дозама и имају лоше физичко здравље.

Скоро све студије сагласне су у томе да дужина третмана има одређени детерминишући утицај на квалитет живота. Највећи део истраживача слаже се да су ефекти метадонског третмана највећи у прва три месеца третмана, иако није спорно да овај програм има одређене ефекте и после тога. У корпусу доступних истраживања највећи број радова бави се евалуацијом утицаја метадонског одржавања на квалитет живота у прва 3 месеца третмана. Међу истраживачима постоји консензус да метадонско одржавање не утиче равномерно на све домене квалитета живота.

[Xiao](#), 2010. је утврдио да се у третману после 90 дана налази 82,65% пацијената. Разлике у скору квалитета живота између 1. и 30. дана су високо статистички значајно различите; статистички значајне су и промене у квалитету живота које настају између 30. и 90. дана. Током другог и трећег месеца статистички значајно се побољшава и физичко и ментално здравље зависника (79).

Као и [Xiao](#), 2010., и [Lashkaripour](#), 2012. налази да је третман ефикасан у побољшању квалитета живота у домену физичког здравља и социјалних релација током времена, али не доводи до значајног унапређења квалитета живота у домену психичког здравља и средине.

Евалуација квалитета живота и самопроцене здравља репрезентује процену утицаја третмана на пацијентово функционисање и благостање, истиче [Padaiga](#) (23). [Padaiga](#) је утврдио да се после 6 месеци третмана метадонског одржавања код зависника региструје

значајно побољшање квалитета живота у домену физичког и психичког здравља и домену средине.

Циљ студије коју је радио Gong (94), био је да утврди ефекат метадонског одржавања на квалитет живота пацијената у третману метадонског одржавања. Нађено је статистички сигнификантно повећање у сва четири домена квалитета живота у односу на ниво квалитета живота утврђен на пријему (94).

Isro (95) у својој студији сугерише дугорочну ефикасност метадонског третмана и третмана бупренорфином у односу на симптоме опиоидне зависности и квалитет живота (95)

Резултати студије праћења коју је радио Chou (97) у северном Зајвану такође указују на то да третман метадонског одржавања доприноси дугорочном унапређењу квалитета живота хероинских зависника у психолошком домену и домену социјалних односа. По искључењу утицаја демографских и клиничких карактеристика, утврђено је да постоји статистички сигнификантно повећање квалитета живота у психолошком и срединском домену од нивоа на почетку (при укључивању у третман) и шест месеци после тога.

Маријановић (98) објављује резултате студије која је имала за циљ да процени унапређење квалитета живота код опиоидних зависника укључених у терапију одржавања метадоном. За процену квалитета живота коришћен је WHOQOL-BREF упитник.

Пацијенти који су на терапији метадонског одржавања 2 године или мање имају веће оцене квалитета живота у скоро свим доменима. Код пацијената који су на терапији 2 – 5 година забележени су већи скорови у физичком и социјалном домену и у домену животног окружења у односу на пацијенте који су на терапији дуже од 5 година, али ове разлике нису статистички значајне.

Студије које се баве истраживањем утицаја дозе примењеног лека сагласне су око тога да већа доза метадона има значајно већи потенцијал да увећа квалитет живота и смањи нежењене догађаје у току третмана.

Међутим, неке студије довеле су у питање апострофирану важност висине дозе метадона (90).

Feelemyer (90) истиче да супституциони третман опиоидне зависности може повећати квалитет живота мерен индексом WHOQOL-BREF и редуковати ASI индекс међу партиципантима у третману током времена, али наводи да не постоје систематска објашњења ових промена. У већини студија статистички значајне промене регистроване су у 4 домена квалитета живота (WHOQOL-BREF индекса) и 4 од 7 домена ASI индекса (дрого, психолошки, законски и породични). Међутим, наводи Feelemyer, 2013. дозирање фармаколошке медијације и трајање третмана не могу се довести у везу са променама у скоровима (90).

Иако се не бави директно променама у нивоу квалитета живота, студија чије је резултате публиковао [Gossop](#) (102) налази да рапидно смањење дозе метадона повећава вероватноћу

поновне злоупотребе хероина.

До сличних закључака дошао је и [Parmenter](#) (86). Он наводи да је континуирани непрекинути третман најснажнији предиктор промена у нивоу квалитета живота у свим доменима.

1.5. Јавноздравствени, друштвени и научни значај

Имајући све горе изнето у виду, може се констатовати да се мерење квалитета живота данас сматра адекватним приступ у евалуацији третмана. Претраживање литературе указује на неколико битних ствари које чине теоријску основу овог рада.

Прво: то је сазнање да третман статистички значајно унапређује квалитет живота зависника, иако постоје одређене варијације у односу на различите домене.

Друго: квалитет зависника на метадонском третману увек је нижи од квалитета живота здравих људи, тј. опште популације. Међутим, такав консензус не постоји у погледу поређења квалитета живота зависника на метадонском третману и других који њиме нису обухваћени. Шта више, велики број истраживача истиче негативне ефекте метадонског третмана на различите домене квалитета живота.

Треће: Ниво квалитета живота код зависника од опијата може се довести у везу са другим демографским, социјално-економским, здравственим карактеристикама зависника и карактеристикама зависности. У том смислу апострофирана је важност демографских (пол и старост зависника), здравствених (коморбидитет, хроничне болести, депресија, психолошки дистрес, превентивно понашање) и срединских карактеристика, нарочито утицај социјалне мреже и подршке (социјална помоћ, приходи, слободне активности, карактеристике породице, односи у породици, број пријатеља и односима са пријатељима, посебно подршка коју они пружају).

Четврто: Квалитет живота варира у односу на различите карактеристике третмана (дужину, јачину дозе, садржај третмана, посебно психосоцијалну подршку), као и карактеристикама здравствене заштите у целини.

Основано је претпоставити да ће наведени налази бити потврђени истраживањем. То указује на важност проширења метадонског програмима другим видовима (превентивног и психосоцијалног) третмана зависника, а нарочито обезбеђења континуитета свеукупне здравствене заштите (превентивне и куративне), унапређења социјално-економског статуса (алтернативни видови запошљавања) и специфичних услуга служби социјалне заштите. Од утврђивања карактеристика које имају предиктивни значај за квалитет живота у великој мери зависи садржај програма који ће се креирати на бази овог истраживања. На ту потребу за креирањем диференцираног приступа у третману указују сва доступна истраживања која чине теоријску базу овог истраживања.

Мали број студија се бавио упоређивањем квалитета живота опијатских зависника третираних метадоном и квалитета живота зависника третираних неким другим методама (примена антагониста, опијата парцијалних антагониста и сл.) Стога, у циљу добијања ових информација неопходно је дизајнирати и спровести нова истраживања.

2. Циљеви истраживања

Свеукупни циљ овог истраживања је да утврди колико и како су повезане карактеристике метадонског третмана и квалитет живота и здравља код зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности.

У том смислу, непосредни циљеви истраживања су:

1. да се утврди ниво квалитета живота зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности;
2. да се утврди здравствени статус зависника од опијата (ниво квалитета живота у вези са здрављем) код којих је постигнута стабилна контрола зависности;
3. да се утврди корелација између квалитета живота и здравља (квалитета живота у вези са здрављем) код зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности као потенцијални предиктор квалитета живота;
4. да се испитају и утврде разлике у квалитету живота у различитим групама зависника од опијата у односу на третман; уколико се покаже да квалитет живота и ниво здравља не корелирају, да се анализирају разлике у нивоу здравља у различитим групама зависника од опијата у односу на третман;
5. да се утврде детерминанте квалитета живота зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности међу демографским, социјалним и здравственим карактеристикама испитаника, карактеристикама зависности, карактеристикама третмана и карактеристикама средине;
6. да се на тој основи утврди у каквој се релацији налазе квалитет живота и метадонски третман.

3. Хипотезе

У истраживање се улази са следећим хипотезама:

3.1. Квалитет живота зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности, независно од третмана, је нижи од квалитета живота других испитаника.

3.2. Квалитет живота и здравље (квалитет живота у вези са здрављем) зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности корелирају.

3.3. Квалитет живота испитаника обухваћених свим облицима метадонског третмана је нижи него квалитет живота других зависника од опијата код којих је постигнута стабилна контрола зависности.

3.4. Ниво квалитета живота код опијатских зависника (на метадонском третману и других) код којих је постигнута стабилна контрола зависности може се довести у везу са карактеристикама зависника, посебно

3.4.1. демографским (пол, старост),

3.4.2. социо-економским (материјално стање, запосленост, образовање, бројем чланова породице, бројем пријатеља који пружају активну подршку)

3.4.3. здравственим карактеристикама (здравствени статус, присуство других болести и поремећаја здравља) и

3.5. Ниво квалитета живота код опијатских зависника (на метадонском третману и других) код којих је постигнута стабилна контрола зависности може се довести у везу са карактеристикама зависности (наркоманска анамнеза, наркомански стаж, начин администрације дроге)

3.6. Ниво квалитета живота код опијатских зависника (на метадонском третману и других) код којих је постигнута стабилна контрола зависности може се довести у везу са постојањем и карактеристикама здравствене заштите (уредно праћење здравља-континуитет, коришћење превентивних услуга), а нарочито са карактеристикама метадонског третмана (дужина трајања, врста третмана, прекиди у третману, јачина дозе метадона, коришћење других лекова).

4. Метод истраживања

4.1. Врста студије

Истраживање је реализовано као епидемиолошка студија по типу студије пресека (cross sectional).

4.2. Популација, време и место истраживања

Прикупљање података обављено је у периоду септембар 2013-април 2014.године.

4.3. Јединице посматрања и узорак

Истраживање је урађено на 107 испитаника. Истраживањем су обухваћене три групе испитаника и то две групе зависника и једна група здравих испитаника.

Јединице посматрања прве две групе су зависници од опијата, узраста преко 18 година, оба пола, различитих (демографских, социјално-економских и здравствених) карактеристика, који су лечени у Клиници за заштиту менталног здравља Клиничког центра у Нишу и Специјалној психијатријској болници у Горњој топоници, код којих је постигнута стабилна контрола зависности, а одабрани су методом случајног одабира.

Прву групу чине зависници од опијата који су обухваћени метадонским програмом и код којих је овом методом постигнута стабилна контрола зависности. Ова група има 27 јединица посматрања и подељена је у три подгрупе у односу на дужину учешћа у програму: прву подгрупу чине испитаници који учествују у програму 6 до 35,99 месеци, другу чине зависници који добијају метадон 36 до 59,99 месеци, и трећу зависници који учествују у метадонском програму 60 месеци и дуже.

Другу групу чине зависници од опијата који нису обухваћени метадонским програмом ни у једној форми. Ова група има 27 јединица посматрања. Испитаници ове групе изабрани су мечовањем, како би се обезбедио упоредиви састав обе групе зависника, аналогних демографских карактеристика чиме је искључен потенцијални ефекат confounding фактора. Испитаници ове групе лечени су бупренорфином или опиоидним антагонистима и код њих је постигнута стабилна контрола зависности овим методама лечења.

Трећу групу испитаника чине представници опште популације, аналогног демографског састава као и групе зависника. Ова група има 53 испитаника, који су одабрани методом случајног одабира из популација корисника услуга Дома здравља у Нишу.

Снага студије одређена је на бази података из литературе о повезаности између две параметарске варијабле - квалитета живота и дужине метадонског третмана. Истраживањима је утврђена корелација између апострофираних обележја са високим коефицијентима корелације на броју испитаника већем од 70 и снагом студије преко 80%.

Коришћењем G Power програма и параметара снаге студије за средњу јачину утицаја, како би се овом анализом открили и други предиктори квалитета живота са мањим утицајем, дошло се до података о 95 потребних испитаника.

С обзиром на то да се овде испитује и допринос других варијабли постојању разлика у квалитету живота зависника од опијата, било је неопходно израчунати величину узорка за тестове којима се утврђује разлика у учесталости међу групама (категијама). Примери за то нађени су у истраживањима која су била доступна за поређење. У доступној литератури квалитет живота се дели у две (виши или једнаки и нижи од просека у аналогном узорку становништва) или три (нижи, једнак +/- 2 СД, виши) категорије. Ако се друге варијабле испитаника, његовог окружења и карактеристика здравствене заштите (третмана) најчешће деле у 2 категорије, снага студије рачунала се за претпостављени максималан број степени слободе 2 на нивоу утицаја од 95% са очекиваним умереним ефектом 0,3. На тај начин дошло се до потребног броја испитаника од 107.

Свим другим анализама, изведеним на аналоган начин, утврђен је потребан број испитаника у распону од 95 до 107. Стога је одлучено да се истраживање уради на 107 испитаника, како би се оставила могућност за све врсте статистичких истраживања на жељеном нивоу снаге студије од преко 90% за средње јачине утицаја потенцијалних предиктора.

4.4. Извор података и варијабле

4.4.1. Карактеристике испитаника и окружења

Инструмент за прикупљање података о карактеристикама испитаника био је Социо демографски упитник, рађен у здравственој установи, кроз интервју са испитаником, „лицем у лице“.

Овим упитником прикупљени су подаци о демографским и социјално-економским и здравственим карактеристикама испитаника (пол, узраст, степен образовања, запосленост, брачно стање, деца, број и врста болести), карактеристикама окружења (услови становања, услови живота, карактеристике породице и породичног функционисања, број пријатеља и односи са пријатељима), карактеристикама здравствене заштите (постојање изабраног лекара, коришћење услуга примарне и превентивне заштите, учешће у метадонском третману, трајање и врста метадонског третмана, континуитет-прекиди третмана).

4.4.2. Здравствени статус (Квалитет живота у вези са здрављем)

Инструмент за прикупљање података о здравственом статусу (квалитету живота у вези са здрављем) био је стандардизовани Упитник за мерење здравственог статуса СЗО (WHO EQ-5D, Version 4.0; 2011.). Упитник је дизајниран за само-попуњавање од стране испитаника; погодан је за употребу у анкетним истраживањима које се организују путем писама, у истраживањима које се спроводе на клиникама и у интервјуима који се спроводе „лицем у лице“. Његово администрирање траје свега неколико минута, а на основу добијених података израчунава се EuroQoL Index EQ-5D-3L који представља стандардизовану меру здравственог стања. Овај индекс је развила EuroQoL Group (103), трагајући за једноставном, генеричком мером која ће бити основ за различите врсте евалуација. Индекс је применљив на широк спектар здравствених ентитета (стања) и различите третмане и представља основу за једноставно креирање здравственог профила и његово изражавање једним бројем на бази израчунате вредности индекса здравственог стања. Широко се користи у клиничким и економским евалуацијама, процени ефикасности здравствене заштите, као и у истраживањима здравља становништва*.

* Ради побољшања осетљивости инструмента 2005. године уведена је петостепена скала за давање одговора (5 нивоа тежине). Ова модификација је значајно повећала снагу дискриминације (поузданост и осетљивост инструмента), без ефеката на изводљивост. Нова

верзија EQ-5D укључују пет нивоа тежине (нема проблема, има мале проблеме, има умерене проблеме, има озбиљне проблеме и има екстремне проблеме) у свакој од постојећих пет EQ-5D димензија и зове се EQ-5D-5L. Испитаник одговара на исти начин (заокруживањем, штиклирањем), а током обраде се уписује број од 1 до 5 у зависности од тога који одговор је дао. Ови бројеви немају аритметичка својства (не сабирају се), него се користе за описивање здравственог стања испитаника. Најважнија промена у EQ-VAS скали односила се на прецизирање времена процене: у овој верзији од болесника се тражи да оцени стање свог здравља данас (104,105).

Упитник EQ-5D-3L састоји се из два дела – описни систем и визуелна аналогна скала (VAS). EQ-5D-3L описни систем мери 5 димензије здравља: мобилност, самозаштиту, уобичајене активности, присуство бола/нелагодности и анксиозности/депресије (104). Свака димензија се изражава у 5 нивоа: нема проблема, постоје неки проблеми, има екстремно изражене проблеме. Испитаник одговара заокруживањем одговора који најближе описује стање у коме се налази за сваку од наведених 5 димензија.

EQ VAS бележи оцену здравља на вертикалној аналогној скали која се протеже од најгорег могућег (0) до најбољег могућег здравља (100), а добија се кроз самопроцену испитаника. Може се користити као квантитативна мера исхода третмана здравствене заштите, као агрегатна мера здравља и квалитета живота, при чему се вредности индекса исказују у процентима (математичка вредност је у опсегу од 0 до 1).

У овом истраживању примењене су дескриптивна верзија (EQ-5D-3L) и верзија визуелне аналогне скале (EQ 5D-VAS).

Оцена здравственог статуса (квалитета живота у вези са здрављем) у дескриптивној верзији изведена је на бази преваленце проблема у 3 димензије здравља (мобилност, самозаштита, свакодневне активности) и постојања симптома (бола / неугодности, анксиозности / депресије). Свако обележје градирано је и оцењено у 3 нивоа (без проблема, са мало проблема или екстремни проблеми).

Оцена здравственог статуса (квалитета живота у вези са здрављем) у верзији визуелне аналогне скале (EQ 5D-VAS) изведена је као оцена на скали од 0 до 100.

4.4.3. Карактеристике зависности

За регистравање озбиљности зависничког понашања у седам аспеката функционисања, као и за добијање података о одабраним демографским карактеристикама испитаника коришћен је АСИ упитник (Addiction Severity Index, McLellan, 1992) (106). Апострофирани аспекти тичу се здравственог, професионалног, социјалног, породичног, правног, зависничког и психијатријског функционисања, и то у последњих 30 дана и током целокупног живота испитаника. Процену озбиљности проблема за сваку област функционисања, на десетостепеној скали, као и потребе за третманом и веродостојности података дао је испитивач - специјалиста психијатрије. Испитаници су дали податке у четири нивоа мерења, после чега је, уз помоћ софтвера, добијен композитни скор за сваку од седам субскала.

Психијатријски статус у оквиру АСИ упитника био је коришћен као контрола утицаја присуства других психичких поремећаја на вредности критеријумске варијабле.

Индекс професионалног, породичног и социјалног функционисања у оквиру АСИ упитника коришћен је као контрола утицаја функционалности у три наведене области живота на вредности зависних варијабли.

4.4.4. Квалитет живота

Инструмент за прикупљање података о квалитету живота био је стандардизовани Упитник за израчунавање WHOQOL-BREF индекса (16).

Квалитет живота који се мери стандардизованим упитником Светске Здравствене Организације за мерење општег квалитета живота, а изражава индексом WHOQOL-BREF даје оцену квалитета живота на бази процене испитаника, који у оцену нужно уносе своје стандарде и норме и своја очекивања.

Индекс изражава процену испитаника о његовом стању, функционисању и задовољству различитим аспектима живота у 26 области. Општи квалитет живота и здравље испитаници су оцењивали на петостепеној Ликертовој скали као врло лоше, лоше, ни лоше ни добро, добро и врло добро. Истом скалом, у категоријама никада, понекад, прилично често, веома често, и увек оцењиване су и остале карактеристике (постојање болова који ограничавају способност извршења намераваних активности, потреба за медицинским третманом за функционисање у свакодневном животу, могућност уживања у животу, процена обима у коме је његов/њен живот сврсисходан, способност концентрисања пажње, процена безбедности, здравља његовог/њеног физичког окружења, процена довољности животне енергије за вођење свакодневног живота, прихватљивости свог телесног изгледа (појаве), процена довољности расположивог новца за задовољење потреба које има, довољности расположивих информација за свакодневни живот, обима могућности за слободне активности, способност сналажења у околини и друштву, процена задовољства спавањем и сном, способности за извршавање свакодневних животних активности, капацитета за рад, задовољства собом, персоналним односима, сексуалним животом, подршком коју добија од пријатеља, условима живота, пре свега стамбеним условима, приступачношћу здравствених услуга, транспортом, као и присуство негативних осећања као што су нерасположење, очај, анксиозност, депресија).

Квалитет живота у овом раду изражава се перцепцијом квалитета живота и измереним нивоом квалитета живота у 4 различита домена (физичко функционисање, психичко функционисање, социјално функционисање, окружење).

4.5. Статистичка обрада података

У овом истраживању испитивана је статистичка значајност разлике у нивоу квалитета живота зависника од опијата који су обухваћени метадонским третманом, зависника који нису укључени у метадонски програм и здравих испитаника.

Предмет анализе били су и извори тих разлика; истраживањем су испитиване релације које постоје између квалитета живота (укупног и у појединим доменима) и различитих фактора (карактеристика испитаника, њиховог здравља и здравствене заштите, карактеристика третмана, карактеристике средине) на другој страни.

4.5.1. Начин приказивања података

Узорак је описан дистрибуцијом фреквенције испитаника у категоријама испитиваних (демографских, социјално економских, здравствених) обележја. Подаци о овим обележјима приказани су табеларно и графички, паралелно за све три посматране групе.

Укупан квалитет живота приказан је расподелом учесталости у категоријама одговора испитаника у вези са перцепцијом квалитета живота, графички, паралелно за све три посматране групе.

Ниво квалитета живота у различитим доменима описан је дескриптивним статистичким параметрима (аритметичка средина, стандардна девијација, коефицијент варијације). Подаци о нивоу квалитета живота у различитим доменима приказани су табеларно паралелно за све три групе испитаника и графички.

Квалитет живота у вези са здрављем приказан је табеларно, а описан на два начина: као дистрибуција фреквенција испитаника у категоријама испитиваних обележја (EQ-5D-3L), паралелно за све три посматране групе и дескриптивним статистичким параметрима - аритметичка средина, стандардна девијација, коефицијент варијације (EQ-5D-VAS), паралелно за све три посматране групе и графички.

АСИ индекс (Addiction Severity Index) који је коришћен за регистровање озбиљности зависничког понашања у седам аспеката функционисања, описан је дескриптивним статистичким параметрима (аритметичка средина, стандардна девијација, коефицијент варијације), табеларно за две групе зависника.

4.5.2. Методе статистичке анализе

У овом раду коришћене су следеће статистичке технике:

а) за испитивање корелације мерила квалитета живота и квалитета живота у вези са здрављем - анализа конкордансе

б) за утврђивање значајности разлика између група код непараметарских обележја:
- χ^2 тест

в) за утврђивање значајности разлика између група у код параметарских обележја:
- за испитивање нормалности расподеле испитаника - Kolmogorov-Smirnov тест
- Kruskal-Wallis, за анализу значајности разлика када су вредности p мање од 0,05
- тест једнофакторске анализе варијансе (One Way ANOVA), када су вредности p мање од 0,05

г) за утврђивање шта производи значајност разлике између група:
- тест хомогености варијансе, да би се правилно изабрао неки од Post Hoc тестова
- Bonferroni Post Hoc тест, за испитивање значајности разлике између појединих група

д) за издвајање потенцијалних чинилаца од утицаја на ниво квалитета живота зависника - мултипла линеарна регресија и корелација

5. Резултати

5.1. Демографске карактеристике испитаника

Испитаници мушког пола чине велику већину - 84,4 до 85,5% сваке групе. Испитиване групе не разликују се статистички значајно по полу ($p > 0,05$) (Табела 1).

Табела 1: Расподела учесталост испитаника по категоријама демографских обележја

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p	
	N	%	N	%	N	%		
Пол	Мушки	27	84,4	27	84,4	53	85,5	0,985
	Женски	5	15,6	5	15,6	9	14,5	
Старост	До 30 година	7	21,9	7	21,9	14	22,2	1,000
	31-35 година	13	40,6	13	40,6	24	38,1	
	36-40 година	7	21,9	7	21,9	15	23,8	
	40 и више година	5	15,6	5	15,6	10	15,9	

Испитаници старости 31-35 година чине 38,1 до 40,6% сваке групе. Следе испитаници са 30 и мање година – 21,9 до 22,2% и 36 до 40 година 21,9 до 23,8%. Испитаници старости 40 и више година чине 15,6 до 15,9% испитиваних група.

Описане разлике између група по старости нису статистички значајне ($p > 0,05$) (Табела 1).

5.2. Социјално економске карактеристике испитаника

Највећи део испитаника свих испитиваних група чине испитаници са средњошколским образовањем. Ове категорије чине 50 до 63,5% испитаника. Најмање испитаника има са вишом школом или завршеним факултетом (Табела 2).

Испитиване групе се високо статистички значајно разликују у односу на ово обележје ($\chi^2 = 21,397$ $df = 8$ $p = 0,006$). Група здравих испитаника има далеко бољу образовну структуру него група зависника на метадонском програму. У целини посматрано, већина испитаника у групи здравих концентрише се у категоријама средњег и вишег/високог образовања, док је у групи метадонских зависника већина испитаника концентрисана у категоријама средњег и нижег образовања (Табела 2)

Сличан налаз забележен је и у односу на друга обележја социјално-економске позиције.

Највећи део здравих (75,8%) спада у категорију запослених, без обира да ли је реч о стално или привремено запосленим особама. У групи зависника на метадонском програму у категорију запослених спада свега 12,4% испитаника. Обрнут налаз региструје се у категорији незапослених, у коју спада 21% здравих, 68,8% опијатских зависника који нису и 87,5% зависника који јесу у метадонском програму (Табела 2).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 54,108$ $df = 6$ $p = 0,000$).

Највећи број испитаника који не раде су у статусу незапослених лица до 3 године (33,3%). Незапослени који чекају на запослење 3 до 6 година чине 24,4% испитаника који немају

запослење; 7 до 10 година чека на посао 20,0% свих незапослених, а 22,2% чека преко 10 година на посао.

Чак 89,3% зависника на метадонском програму и 95,5% опијатских зависника који нису били у метадонском програму било је запослено раније, за разлику од здравих испитаника, код којих је раније било запослено свега 62,5% испитаника (Табела 2).

И ове разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 8,57$ df = 2 p = 0,014).

У погледу структуре занимања за које су квалификовани, група здравих је у целини померена „навише“ ка курентнијим и боље плаћеним занимањима, за разлику од зависника у метадонском програму и других зависника од опијата, код којих се већина испитаника концентрише у нижим и лошије плаћеним категоријама занимања.

Међутим, ове разлике нису и статистички значајне (Табела 2).

Табела 2: Расподела учесталост испитаника по категоријама обележја социјално-економске позиције

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Образовање							p = 0,006
Основна школа	3	9,4	2	6,2	0	0	
Средња школа (3.год)	12	37,5	9	28,1	8	12,7	
Средња школа (4.год)	16	50	19	59,4	40	63,5	
Виша школа	0	0	2	6,2	10	15,9	
Висока школа/факултет	1	3,1	0	0	5	7,9	
Тренутни радни статус							p = 0,000
Запослен/а (стални рад.однос)	2	6,2	3	9,4	39	62,9	
Запослен/а на одређ. време	2	6,2	7	21,9	8	12,9	
Самозапослен/а	0	0	0	0	2	3,2	
Незапослен/а	28	87,5	22	68,8	13	21	
Раније запослење							p = 0,014
Били су запослени	25	89,3	21	95,5	10	62,5	
Никад нису били запослени	3	10,7	1	4,5	6	37,5	
Занимање							p = 0,277
Менаџери највишег нивоа	0	0	0	0	2	3,3	
Менаџери средњег нивоа	1	3,2	2	6,2	10	16,7	
Менаџери нижег нивоа	2	6,5	2	6,2	5	8,3	
Високо квалификовани радници	8	25,8	12	37,5	23	38,3	
Квалификовани радници	8	25,8	8	25	10	16,7	
Полуквалификовани радници	5	16,1	3	9,4	5	8,3	
Неквалификовани радници	6	19,4	3	9,4	2	3,3	
Домаћица	0	0	1	3,1	0	0	
Ученици, студенти, онеспособљени за рад	1	3,2	1	3,1	3	5	
Месечни приходи							p = 0,000
Високо изнад просека	2	6,2	0	0	1	1,8	
Изнад просека	0	0	0	0	3	5,4	
Просечна зарада	0	0	1	3,1	7	12,5	
Испод просека	4	12,5	10	31,2	34	60,7	
Минимална зарада	5	15,6	2	6,2	3	5,4	
Испод минималне зараде	10	31,2	11	34,4	8	14,3	
Без примања	11	34,4	8	25	0	0	

Разлике на високо статистички значајном нивоу постоје у погледу висине месечних прихода

($\chi^2 = 49,030$ df = 12 p = 0,000). Лица без прихода и лица чији су приходи испод минималне зараде чине доминантне групе у групи зависника у метадонском програму (65,6%) и групи зависника од опијата (59,4%). За разлику од њих, у групи здравих лица без прихода или са приходима испод минималног нивоа чине свега 14,3% ове групе (Табела 2).

Испитиване групе статистички значајно се разликују и у погледу већине карактеристика породице и домаћинства.

У групи здравих има 57,9% ожењених/удатих, за разлику од група зависника код којих ожењени/удати заузимају 34,4% (код зависника који нису у метадонском програму), односно 21,9% групе (код зависника који су укључени у метадонски програм). Разлике су веома изражене у категорији испитаника који живе у ванбрачној заједници којих има 3,5% у групи здравих, односно 9,4% код опијатских зависника изван, и 15,6% код зависника у метадонском програму. Разлике су такође изражене и у погледу учешћа категорије разведених: она је много већа у групи зависника у метадонском програму (25,0%) и групи других зависника (18,8%), него код здравих (7,0%). Разлике између група у погледу категорије неожењених/неудатих су мање изражене.

Међутим, у целини посматрано, описане разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 15,836$ df = 6 p = 0,015) (Табела 3).

Табела 3: Расподела учесталост испитаника по категоријама обележја породице и домаћинства

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Брачни статус							p = 0,015
Ожењен/удата	7	21,9	11	34,4	33	57,9	
Разведен/а	8	25	6	18,8	4	7	
Живе у ванбрачној заједници	5	15,6	3	9,4	2	3,5	
Неожењен/неудата	12	37,5	12	37,5	18	31,6	
Број деце							p = 0,000
Без деце	12	37,5	14	43,8	0	0	
Једно	15	46,9	10	31,2	29	63	
Двоје	2	6,2	7	21,9	15	32,6	
Троје	3	9,4	1	3,1	2	4,3	
Домаћинство има више од једног члана							p = 0,149
Да	28	87,5	31	96,9	58	96,7	
Не	4	12,5	1	3,1	2	3,3	
Број чланова домаћинства							p = 0,005
До 2 члана	9	28,1	3	9,7	4	6,9	
Три члана	11	43,4	10	32,3	31	53,4	
Четри члана	5	15,6	15	48,4	18	31	
5 и више чланова	7	21,9	3	9,7	5	8,6	

У погледу броја деце највећи број зависника од опијата налази се у категорији без деце (43,8%); код зависника у метадонском програму испитаници без деце чине 37,5%, а испитаници са једним дететом чак 46,9% групе. У групи здравих овим категоријама припада значајно мањи број испитаника.

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 32,216$ df = 6 p = 0,000) (Табела 3).

Статистички значајне разлике нису нађене када се испитаници класификују у две категорије структуре домаћинства (једночлано и вишечлано домаћинство). У категорији једночланог домаћинства, код зависника у метадонском програму има 4 пута више испитаника (12,5%), него код других група, код којих се учешће испитаника у овој категорији креће од 3,1 до 3,3% (Табела 3).

Када се структура чланова домаћинства изрази у више категорија добију се битно другачији резултати. Иако највећи број испитаника групе зависника у метадонском програму живе у трочланом домаћинству (43,4%), велики број њих живи у домаћинству које има до два (28,1%) или пет и више чланова (21,9%). Доминантну групу код зависника који нису у метадонском програму чине испитаници који живе у четворочланом (48,4%), а код здравих - испитаници који живе у трочланом домаћинству (53,4%).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 31,325$ $df = 14$ $p = 0,005$).

Сви зависници у метадонском програму живе у граду или приградским насељима, као и већина опијатских зависника (86,9%). За разлику од њих, чак 11,1% здравих настањено је на селу (Табела 4).

Описане разлике нису статистички значајне.

Мањи део зависника у метадонском програму (43,2%) живи у становима; учешће ове категорије у структури осталих група је далеко веће (47,8 у групи здравих и чак 56,2% у групи зависника који нису у метадонском програму).

Описане разлике нису статистички значајне.

Услови становања анализирани су преко већег броја варијабли (Табела 4).

Зависници у метадонском програму, остали зависници и здрави испитаници се високо статистички значајно разликују у погледу укупне површина објеката у којима станују ($\chi^2 = 17,377$ $df = 4$ $p = 0,002$) (Табела 4).

Највећи део зависника који нису у метадонском програму станује у објектима чија стамбена површина не прелази 20 м² (84,4%); за разлику од њих, учешће ове категорије у друге две групе испитаника (зависници у метадонском програму и здрави) је много мање (43,8% односно 42,9%); на другој страни, учешће категорије добро стамбено обезбеђених (испитаници који живе у објектима површине 41 и више м²) креће се од 25,0% (код зависника у метадонском програму) и 21,0% (код здравих) до 3,1% (код зависника који нису у метадонском програму) (Табела 4).

Када се узме у обзир просечна површина објекта за становање по члану домаћинства, резултати анализе показују да нема статистички значајне разлике међу испитиваним групама (Табела 4).

Одвојен део за спавање, обедовање и тоалет нису одвојени у стамбеном простору 12,5% зависника у метадонском програму.

По овом обележју, група зависника у метадонском програму се високо статистички значајно

разликује од осталих група, у којима није било таквих налаза ($\chi^2 = 12,261$ df = 2 p = 0,002) (Табела 4).

Табела 4: Расподела учесталост испитаника по категоријама услова становања

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Тип насеља у ком живе							
Град	29	90,6	27	84,4	49	77,8	p = 0,246
Приградско насеље	3	9,4	4	12,5	7	11,1	
Село	0	0	1	3,1	7	11,1	
Површина простора у коме станују							
До 20 м ²	14	43,8	27	84,4	27	42,9	p = 0,002
21-40 м ²	10	31,2	4	12,5	24	38,1	
41 и више м ²	8	25	1	3,1	12	21	
Површина простора у коме станују по члану домаћинства							
До 20 м ²	8	26,7	11	35,5	9	15,5	p = 0,115
5 до 10 м ²	12	40,0	16	51,6	31	53,4	
10 и више м ²	10	33,3	4	12,9	18	31,0	
Објекат у ком живе							
У кући са двориштем	17	53,1	14	43,8	32	50,8	p = 0,761
У помоћној дворишној згради	1	3,1	0	0	1	1,6	
У стану	14	43,8	18	56,2	30	47,6	
Простор у коме станују има одвојени део за спавање, обедовање и тоалет							
Да	28	87,5	32	100	63	100	p = 0,002
Не	4	12,5	0	0	0	0	
Загревање простора							
Парно, централно или етажно грејање	11	34,4	9	28,1	26	41,3	p = 0,716
Пећи на струју	8	25	11	34,4	16	25,4	
Пећи на чврсто гориво	13	40,6	12	37,5	21	33,3	
Поседују радио апарат							
Да, и користе га	24	75	22	68,8	51	81	p = 0,167
Да, али га не користе	7	21,9	7	21,9	12	19	
Не	1	3,1	3	9,4	0	0	
Поседују телевизор							
Да, и користе га	29	90,6	31	96,9	59	93,7	p = 0,589
Да, али га не користе	3	9,4	1	3,1	4	6,3	
Не	0	0	0	0	0	0	
Поседују телефон							
Да, и користе га	27	84,4	29	93,5	61	96,8	p = 0,056
Да, али га не користе	5	15,6	1	3,2	2	3,2	
Не	0	0	1	3,2	0	0	
Имају приступ компјутеру и интернету							
Да, и користе га	20	62,5	27	84,4	54	85,7	p = 0,039
Да, али га не користе	3	9,4	2	6,2	5	7,9	
Не	9	28,1	3	9,4	4	6,3	

Пећи на чврста горива су главни извор снабдевања топлотом у обе групе зависника, док је код здравих то парно (централно или етажно) грејање. Међутим, описане разлике нису статистички значајне (Табела 4).

Највећи део испитаника свих група поседује радио и ТВ пријемник, независно од тога да ли га користи или не. Разлике између испитиваних група у учесталости испитаника у категоријама наведених обележја су минималне и нису статистички значајне (Табела 4).

Слична је ситуација и у погледу телефона. Иако се у групи зависника у метадонском програму бележи 5 пута више (15,6%) испитаника који не користе телефон, него у осталим групама (3,2%), описана разлика није и статистички значајна (Табела 4).

Статистички значајна разлика између испитиваних група утврђена је једино у односу на приступ компјутеру и интернету ($\chi^2 = 10,104$ $df = 4$ $p = 0,039$). Број испитаника који нема приступ компјутеру и интернету 3 пута је већи код зависника у метадонском програму (28,1%) него код других зависника (9,4%) и више него 4 пута већи него код здравих (6,3%) (Табела 4).

Сви испитаници у свим испитиваним групама живе у простору који има прикључак на електромрежу и водовод, па су ова питања избачена из даље обраде.

5.3. Здравствене карактеристике испитаника

5.3.1. Здравствени статус (Квалитет живота у вези са здрављем)

За разлику од других група, испитаници у метадонском програму у 9,4% случајева имају неке проблеме с ходањем.

Ова разлика је статистички значајна ($\chi^2 = 9,122$ $df = 2$ $p = 0,010$) (Табела 5)

Табела 5. Покретљивост

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Покретљивост							p = 0,010
Немам проблема са ходањем	29	90,6	32	100	63	100	
Имам неких проблема са ходањем	3	9,4	0	0	0	0	
Везан/а сам за кревет	0	0	0	0	0	0	

За разлику од других група, испитаници у метадонском програму у 6,2% случајева имају мало проблема приликом купања и/или облачења.

Ова разлика је статистички значајна ($\chi^2 = 6,033$ $df = 2$ $p = 0,049$) (Табела 6)

Табела 6. Брига о себи

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Брига о себи							p = 0,049
Могу да бринем о себи	30	93,8	32	100	63	100	
Имам мало проблема приликом купања, облачења	2	6,2	0	0	0	0	
Не многу сам/а да се окупам или обучем	0	0	0	0	0	0	

За разлику од других група, испитаници у метадонском програму у 6,2% случајева имају мало потешкоћа приликом обављања свакодневних активности.

Ова разлика је статистички значајна ($\chi^2 = 6,033$ df = 2 p = 0,049) (Табела 7).

Табела 7. Свакодневне активности

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Свакодневне активности							p = 0,049
Може да обавља свакодневне активности	30	93,8	32	100	63	100	
Има мало потешкоћа при обављању свакодневних активности	2	6,2	0	0	0	0	
Није способан/на да обавља свакодневне активности	0	0	0	0	0	0	

За разлику од 98,4% здравих и 84,4% зависника који нису у програму, свега 43,8% испитаника у метадонском програму не осећа болове и неугодности. Умерене болове осећа 56,2% ове групе, четири пута мање зависника од опијата који нису у програму (15,6%) и тридесет пута мање здравих (1,6% испитаника ове групе) (Табела 8).

Табела 8. Бол/нелагодност

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Бол/нелагодност							p = 0,000
Не осећам бол или нелагодност	14	43,8	27	84,4	62	98,4	
Осећам умерени бол или нелагодност	18	56,2	5	15,6	1	1,6	
Осећам јак бол или нелагодност	0	0	0	0	0	0	

Ова разлика је високо статистички значајна ($\chi^2 = 41,671$ df = 2 p = 0,000) (Табела 8).

У групи зависника у метадонском програму има 59,4% умерено и 9,4% изузетно раздражљивих/депресивних испитаника. Број испитаника у овим категоријама у групи осталих зависника који су изван метадонског програма је скоро дупло мањи (40,6%), док је код здравих он вишеструко мањи (3,2%).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 47,024$ df = 4 p = 0,000) (Табела 9).

Табела 9. Раздражљивост/депресија

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Раздражљивост/депресија							p = 0,000
Нисам раздражљив/а ни депресиван/на	10	31,2	19	59,4	61	96,8	
Умерено сам раздражљив/а или депресиван/на	19	59,4	11	34,4	2	3,2	
Изузетно сам раздражљив/а или депресиван/на	3	9,4	2	6,2	0	0	

На скали за самопроцену здравственог стања од 0 до 100 зависници у метадонском програму оцењују своје здравље просечном оценом 62,19 +/- 19,17; зависници који нису у метадонском програму оцењују здравље оценом 69,06 +/-18,55, а здрави испитаници просечном оценом 82,22 +/- 15,18.

Индекси здравља (квалитета живота у вези са здрављем) приказани су у Табели 10.

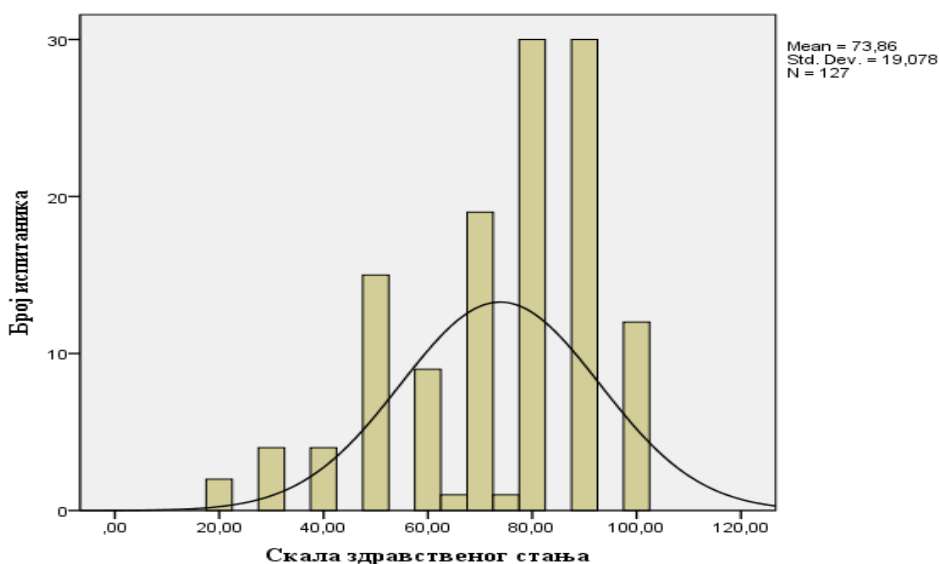
Табела 10. Дескриптивни статистички параметри индекса здравља

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Група А	32	25,2	62,19	19,17	30,82	60	3,39	30	100
Група Б	32	25,2	69,06	18,55	26,86	70	3,28	20	100
Група Ц	63	49,6	82,22	15,18	18,46	90	1,91	30	100

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по индексу здравља (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности р свуда мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,175 DF=32 p=0,015, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,2395 DF=32 p=0,000, код здравих Statistic=0,235 DF=63 p=0,000).

То указује да ни у једној од испитиваних група не постоји нормална расподела (Графикон 1), те је за анализу значајности разлика у перцепцији властитог здравља између испитиваних група изабран и коришћен непараметарски тест Kruskal-Wallis.

Графикон 1. Индекс здравља - здравственог стања (EQ-5D-VAS)



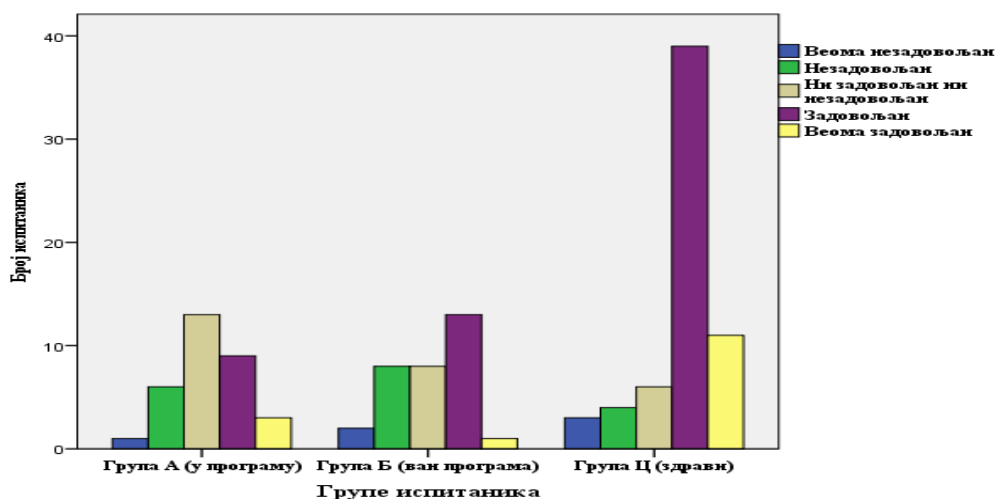
Тест је показао да између испитиваних група постоји високо статистички значајна разлика ($\chi^2 = 29,909$ df = 2 p = 0,000) у погледу оцене сопственог здравља (индекса здравља), које су рангиране 41,22 у групи зависника на метадону, 52,91 у групи зависника ван програма и 81,21 у групи здравих.

5.3.2. Перцепција здравља

Своје здравље перципира као позитивно (као „добро“ и „веома добро“) 37,5% зависника у метадонском програму, 43,7% зависника изван програма и чак 79,4% здравих испитаника. Као негативно („лоше“ и „веома лоше“) перципира своје здравље 21,9% зависника у метадонском програму, 31,2% других зависника и 11,1% здравих (Графикон 2).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=25,54$ DF=8 $p=0,001$) (Графикон 2)

Графикон 2. Перцепција здравља



5.3.3. Здравствени проблеми

Код зависника у метадонском програму има чак 6,2% испитаника који су имали одређене психичке проблеме у развоју (Табела 11). У другим групама нису регистровани испитаници са проблемима у развоју.

Описане разлике нису статистички значајне.

Табела 11: Расподела учесталост испитаника по категоријама здравственог стања

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Проблеми у развоју							p = 0,069
Не	30	93,8	32	100	52	100	
Да, психички поремећаји	2	6,2	0	0	0	0	
Болести последњих 5 година							p = 0,000
Болести срца	0	0	0	0	1	11,1	
Болести крвних судова	1	5,9	0	0	2	22,2	
Болести плућа	0	0	0	0	1	11,1	
Болести јетре и жучи	14	82,4	21	95,5	0	0	
Болести бубрега	0	0	1	4,5	1	11,1	
Системске болести	0	0	0	0	3	33,3	
Ментални поремећаји	2	11,8	0	0	1	11,1	
Душевне болести и поремећаји							p = 0,011
Немају поремећаје	27	84,4	28	87,5	62	98,4	
Алкохолизам	0	0	2	6,2	0	0	

Депресија	5	15,6	2	6,2	1	1,6
-----------	---	------	---	-----	---	-----

Доминантну категорију болести од којих су боловали зависници у метадонском програму су болести јетре и жучи (82,4% болести у анамнези испитаника ове групе припада наведеним болестима). Од наведених болести боловао је сваки други зависник ове групе. Сличан налаз регистрован је и код других зависника (болести јетре и жучи чине 95,5% свих болести опијатских зависника који нису у метадонском програму). Ментални поремећаји чине 11,8% свих болести зависника у метадонском програму.

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 39,322$ df = 12 p = 0,000) (Табела 11).

Депресију има 15,6% зависника у метадонском програму, што је више него два пута чешћи налаз него код опијатских зависника који нису у програму (код којих депресија постоји у 6,2% случајева) и скоро десет пута чешће него код здравих (где депресију има свега 1,6% испитаника). Међутим, за разлику од других група, алкохолизам је присутан код 6,2% зависника од опијата (Табела 11).

Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 13,129$ df = 4 p = 0,011) .

5.3.4. Здравствена заштита

Сви здрави испитаници имају свог лекара опште медицине. Изабраног лекара има и 96,9% зависника. Описане разлике нису статистички значајне (Табела 12).

Свог стоматолога има 75,4% здравих испитаника. Стоматолога има значајно мање зависника (54,8% зависника у метадонском програму и 40,6% других зависника).

Ова разлика је високо статистички значајна ($\chi^2 = 11,43$ df = 2 p = 0,003).

Иако је сличан налаз забележен и у погледу гинеколога, статистичка значајност разлика није утврђена (Табела 12).

Сви зависници који су укључени у метадонски програм имали су бар једну посету лекару опште медицине у последњих годину дана. Број испитаника који су имали бар једну посету лекару опште медицине мањи је у групи опијатских зависника ван метадонског програма (93,8%) и здравих (92,1%).

Описане разлике, међутим, нису и статистички значајне (Табела 12).

Број испитаника у категоријама већег броја посета (4-6, 7 и више посета) лекару опште медицине у категорији зависника у метадонском програму је већи (53,1%) него у другим групама испитаника; већи број посета имало је 40,6% других опијатских зависника и свега 5,6% здравих. Број испитаника у категорији са највише посета (7 и више за годину дана) код зависника у метадонском програму је чак 2,5 пута већи него код осталих зависника и скоро 6 пута већи него код здравих.

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 15,757$ df = 4 p = 0,003) (Табела 12).

Главни разлози посете су административне природе (прописивање лекова или добијање

упута). У структури разлога наведени разлози заузимају 84,4% (код зависника у метадонском програму), 75% (код осталих зависника) до 47,7% (код здравих).

Насупрот томе, контролу здравља као главни разлог посете наводи 3,1% зависника из групе зависника у метадонском програму, 6,2% осталих зависника и чак 15,9% здравих испитаника.

Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 20,194$ df = 8 p = 0,010) (Табела 12).

Табела 12: Расподела учесталост испитаника по категоријама обележја здравствене заштите

Категорије / Групе	Група А		Група Б		Група Ц		p
	N	%	N	%	N	%	
Да ли имају свог лекара опште медицине							
Да	31	96,9	31	96,9	63	100	p = 0,368
Не	1	3,1	1	3,1	0	0	
Да ли имају свог стоматолога							
Да	17	54,8	13	40,6	46	75,4	p = 0,003
Не	14	45,2	19	59,4	15	24,6	
Да ли имају свог гинеколога							
Да	2	40	4	66,7	11	68,8	p = 0,498
Не	3	60	2	33,3	5	31,2	
Посета лекару опште медицине у последњих годину дана							
Да	32	100	30	93,8	58	92,1	p = 0,496
Био/ла сам пре више од год. дана	0	0	1	3,1	4	6,3	
Никад нисам био/ла у животу	0	0	1	3,1	1	1,6	
Број посета лекару опште медицине							
До 3 пута	15	46,9	19	59,4	44	81,5	$\chi^2 = 15,757$ df = 4 p = 0,003
4-6 пута	7	21,9	9	28,1	7	13	
7 пута и више	10	31,2	4	12,5	3	5,6	
Главни разлог посете лекару							
Контрола здравља	1	3,1	2	6,2	10	15,9	p = 0,010
Болест, повреда	4	12,5	6	18,8	23	36,5	
Само да ми препише лекове	11	34,4	13	40,6	19	30,2	
Добијање потврде, упута	16	50	11	34,4	11	17,5	
Коришћења услуга хитне помоћи							
Да, 1-3 пута	3	9,4	3	9,4	4	6,3	p = 0,818
Не, нису користили услуге	29	90,6	29	90,6	59	93,7	
Коришћење услуга лекара специјалисте задњих годину дана							
Да	17	53,1	12	37,5	15	24,2	p = 0,019
Не	15	46,9	20	62,5	47	75,8	
Коришћење услуга превентивне заштите задњих годину дана							
Да	7	21,9	9	29	13	20,6	p = 0,012
Да, али пре годину дана	2	6,2	8	25,8	24	38,1	
Не	23	71,9	14	45,2	26	41,3	
Врсте услуга превентивне заштите							

Контролни прегледи	2	20	10	66,7	15	45,5	p = 0,001
Вакцинација	1	10	0	0	13	39,4	
Мамографија	0	0	1	6,7	2	6,1	
Папаниколау	1	10	1	6,7	2	6,1	
Нешто друго	6	60	3	20	1	3	

Код зависника из обе испитиване групе забележено је веће коришћење услуга хитне службе (9,4%) него у групи здравих испитаника (6,3%), међутим, ове разлике нису и статистички значајне (Табела 12).

Већи део групе зависника који су у метадонском програму користио је услуге лекара специјалисте (53,1%), што је више него код зависника који нису у програму (37,5%) или код здравих (24,2%). Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 7,899$ df = 2 p = 0,019) (Табела 12).

Чак 71,9% зависника у метадонском програму никада није користило превентивне здравствене услуге, што је високо значајно већи број од оног који се региструје у категорији других зависника (45,2%) или здравих (41,3%). Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2 = 12,825$ df = 4 p = 0,012) (Табела 12).

Доминантну категорију превентивних услуга чине контролни прегледи у свим групама (66,7 код осталих зависника и 45,5% код здравих), осим код зависника у метадонском програму; испитаници ове групе најчешће наводе „нешто друго“ као превентивну услугу. Описане разлике су такође високо статистички значајне ($\chi^2 = 25,8$ df = 8 p = 0,001) (Табела 12).

5.4. Зависност

5.4.1. Карактеристике зависности

Практично сви зависници припадају групи опијатских зависника, иако је забележено спорадично коришћење и других дрога.

Зависност је настала на темељу узимања психоактивних супстанци у периоду до 5 година (код 14,1% зависника), 5 до 10 година (код 32,8% зависника), 11 до 15 година (код 29,7% зависника) и 16 и више година (код 23,4% зависника). Статистички значајне разлике између две групе зависника у погледу дужине наркоманског стажа - нису утврђене.

Вредности ASI Composite Score описане су у табелама 13 и 14.

Табела 13. Дескриптивни статистички параметри ASI Composite Score код зависника у програму

ASI COMPOSITE SCORES	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
	X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Medical Composite Score	0,211	0,268	127,264	0,056	0,047	0,000	0,889
Employment Composite Score	0,550	0,253	45,979	0,603	0,045	0,084	0,853
Alcohol Composite Score	0,005	0,029	554,717	0,000	0,005	0,000	0,167
Drug Composite Score	0,065	0,063	97,836	0,077	0,011	0,000	0,250
Legal Composite Score	0,111	0,170	153,021	0,000	0,030	0,000	0,600

Family Composite Score	0,115	0,097	84,743	0,117	0,017	0,000	0,400
------------------------	-------	-------	--------	-------	-------	-------	-------

Вредност скорова (Табела 13, Табела 14) показује следеће:

Код зависника у метадонском програму региструју се нешто веће (теже) последице зависности у односу на запосленост (способност за рад) и сукобе са законом, а мање у сфери здравственог стања, алкохолизма, породичног функционисања. Кад је реч о последицама у вези са дрогом оне су практично исте.

Међутим, с обзиром на велики варијабилитет обележја, исправније би било судити на основу медијане, која још више приближава стање у две испитиване групе, па су разлике још мање.

Табела 14. Дескриптивни статистички параметри ASI Composite Score код зависника ван програма

ASI COMPOSITE SCORES	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
	X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Medical Composite Score	0,296	0,328	110,665	0,222	0,058	0,000	1,000
Employment Composite Score	0,488	0,246	50,379	0,584	0,044	0,077	0,853
Alcohol Composite Score	0,020	0,091	452,239	0,000	0,016	0,000	0,500
Drug Composite Score	0,066	0,066	99,849	0,041	0,012	0,000	0,180
Legal Composite Score	0,052	0,104	200,971	0,000	0,018	0,000	0,300
Family Composite Score	0,142	0,105	73,803	0,133	0,018	0,000	0,457

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Medical Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p свуда мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,284 DF=32 $p=0,000$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,237 DF=32 $p=0,000$), што указује на то да ни у једној од две испитиване групе зависника не постоји нормална расподела.

У погледу Medical Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадону износи 30,0 а код других зависника он износи 35,0.

Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Medical Composite Score у две групе зависника (у и ван метадонског програма).

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Employment Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p у обе испитиване групе зависника мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,188 DF=32 $p=0,005$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,182 DF=32 $p=0,009$), што указује на то да ни у једној групи не постоји нормална расподела.

У погледу Employment Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадону износи 34,84 а код других зависника он износи 30,16.

Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Employment Composite Score у две групе зависника (у и ван метадонског програма).

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Alcohol Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p у обе испитиване групе зависника мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,510 DF=32 $p=0,000$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,501 DF=32 $p=0,000$), што указује на то да ни у једној групи не постоји нормална расподела.

У погледу Alcohol Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадону износи 31,98 а код других зависника он износи 33,02.

Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Alcohol Composite Score у две групе зависника (у и ван метадонског програма).

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Drug Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p у обе испитиване групе зависника мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,222 DF=32 $p=0,000$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,185 DF=32 $p=0,007$), што указује на то да ни у једној групи не постоји нормална расподела.

У погледу Drug Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадону износи 31,72 а код других зависника он износи 33,28.

Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Drug Composite Score у две групе зависника (у и ван метадонског програма).

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Legal Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p у обе испитиване групе зависника мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,337 DF=32 $p=0,000$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,472 DF=32 $p=0,000$), што указује на то да ни у једној групи зависника не постоји нормална расподела.

У погледу Legal Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадону износи 35,45 а код других зависника он износи 29,55.

Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Legal Composite Score у две групе зависника (у и ван метадонског програма).

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Family Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p у обе испитиване групе зависника мање од 0,05 (у групи зависника у метадонском програму Statistic=0,155 DF=32 $p=0,048$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,178 DF=32 $p=0,011$), што указује на то да ни у једној групи не постоји нормална расподела.

У погледу Family Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадоу износи 29,94 а код других зависника он износи 35,06.

Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Family Composite Score у две групе зависника (у и ван метадоноског програма).

Тест за испитивање нормалности расподеле испитаника по обележју Psychiatric Composite Score (Kolmogorov-Smirnov) показао је да су вредности p у обе испитиване групе зависника мање од 0,05 (у групи зависника у метадоноском програму Statistic=0,184 DF=32 $p=0,008$, у групи зависника који нису у програму Statistic=0,231 DF=32 $p=0,000$), што указује на то да ни у једној групи не постоји нормална расподела.

У погледу Psychiatric Composite Score, ранг АСИ индекса код зависника на метадоу износи 35,88 а код других зависника он износи 29,13.

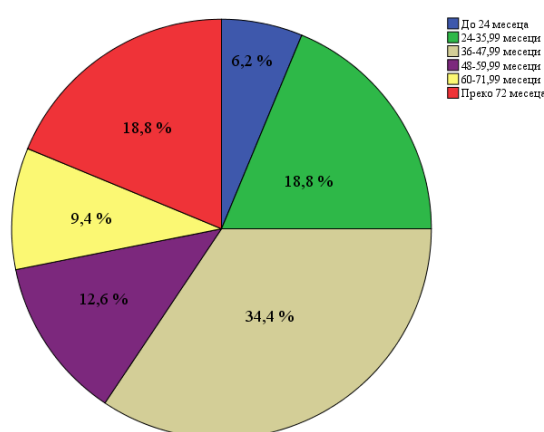
Kruskal-Wallis тест коришћен за испитивање разлика у тежини зависности, није утврдио постојање статистички значајних разлика у АСИ скоровима, односно, ефектима које мери Psychiatric Composite Score у две групе зависника (у и ван метадоноског програма).

5.4.2. Карактеристике третмана зависности

Сви испитаници прве групе укључени су у метадоноски програм са високим прагом.

Највећу подгрупу унутар зависника укључених у метадоноски програм чине зависници који су с узимањем метадоу почели пре пре 36 до 48 месеци (34,4%), затим 24 до 36 месеци (18,8%) и преко 72 месеца (18,8%), а најмање подгрупе чине зависници који су узимање метадоу започели пре 48 до 60 месеци (12,6% зависника), 60 до 72 месеца (9,4%) и у периоду до 24 месеца (6,2% зависника ове групе) (Графикон 3).

Графикон 3: Структура према дужини учешћа у метадоноском програму



Највећи број њих није прекидао програм (78,1%). Нешто преко петине испитаника ове групе (21,9%) имало је прекиде у метадоноском програму, било да су их из њега искључили (9,4%) или су га самовољно напустили (6,2%), односно, прекинули из других (непознатих) разлога (6,2%).

Највећи број зависника укључених у метадоноски програм узимали су, поред метадона још једну врсту лека (81,2%), док је 18,8% били искључиво третирано метадоном.

Зависници који нису били у метадоноском програму третирано су у већини случајева једним леком (71,9%). Преостали (28,1% испитаника) добијали су, поред основног, још један (15,6%), два (6,2%), три или више (6,2%) врста лекова.

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 13,047$ df = 3 p = 0,005) (Табела 15).

Најчешће су коришћени Bensedin и Xalol (код зависника у метадоноском програму по 34,4%, код зависника изван програма 21,9 односно 15,6%), знатно ређе Bromazepam (код зависника у метадоноском програму 6,2%, код осталих зависника дуполо мање) и Leporex.

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2 = 73,606$ df = 10 p = 0,000) (Табела 15).

Табела 15: Расподела учесталост испитаника по категоријама обележја супортативна терапија

Категорије / Групе	Група А		Група В		Група С		P
	N	%	N	%	N	%	
Какву терапију користе							p = 0,005
Само основни лек	6	18,8	23	71,9	63	100	
Основни + још 1 врсте лека	26	81,2	5	15,6	0	0	
Основни + још 2 врсте лекова	0	0	2	6,2	0	0	
Основни + још 3 или више врста лекова	0	0	1	3,1	0	0	
Врста допунске терапије							p = 0,000
Не узимају допунску терапију	6	18,8	18	56,2	63	100	
Bensedin	11	34,4	7	21,9	0	0	
Bromazepam	2	6,2	1	3,1	0	0	
Leporex	2	6,2	0	0	0	0	
Peg	0	0	1	3,1	0	0	
Xalol	11	34,4	5	15,6	0	0	

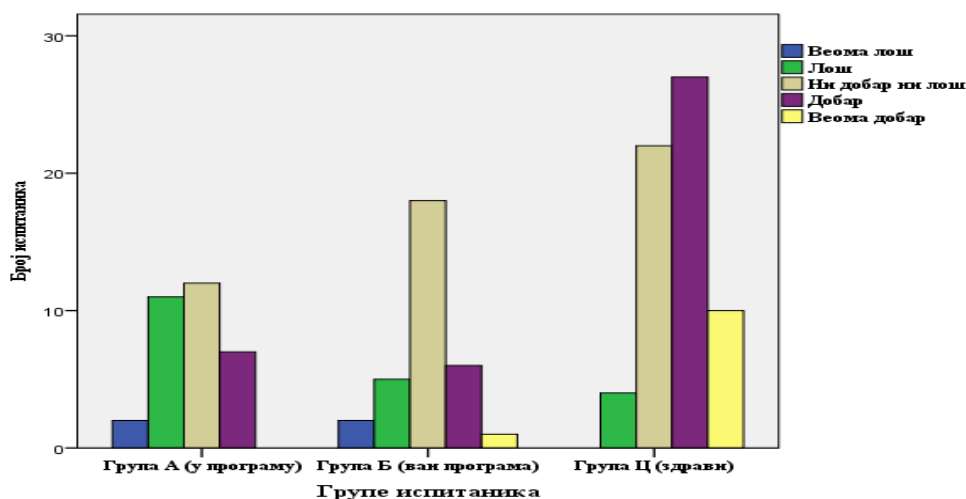
5.5. Квалитет живота

Чак 40,6% зависника у метадоноском програму оцењује квалитет свог живота негативно; то чини 21,8% зависника који нису у програму и 6,3% здравих особа. Ни један испитаник из групе здравих особа није оценио квалитет свог живота као “веома лош”, што је учинило по 6,2% испитаника из обе групе зависника (Графикон 4).

Само 21,9% зависника (у метадоноском програму и ван њега) оцењује квалитет свог живота позитивним оценама; истовремено то чини 58,8% здравих особа. Ни један испитаник из групе зависника у метадоноском програму није оценио квалитет свог живота као веома добар, што је учинило 3,1% зависника који нису у метадоноском програму и чак 15,9% здравих особа.

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=29,86$ DF=8 p=0,000) (Графикон 4)

Графикон 4. Перцепција квалитета живота



Испитивање корелације перцепције здравља и квалитета живота испитаника показује високо статистички значајан степен корелације између наведених ентитета ($F=0,580$ $DF=127$ $p=0,000$). Ова корелација је директно пропорционална, што значи да испитаници који дају веће оцене квалитета живота истовремено оцењују вишим оценама и сопствено здравље.

Овај налаз указује да се у даљим анализама укупног квалитета живота оцене квалитета живота могу користити као мерило укупног квалитета живота.

За описивање и анализу појединих аспеката квалитета живота користиће се оцене добијене калкулацијом БРЕФ индекса за одређене области.

5.5.1. Физички (функционални) домен

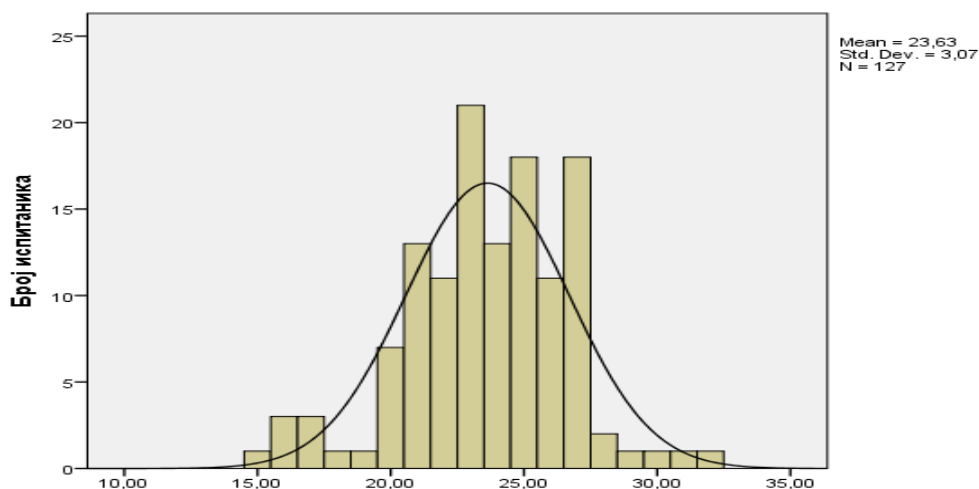
Обе групе зависника оцењују квалитет живота у домену физичког стања и функционисања нижим оценама него здрави (испитаници укључени у метадонски програм $23,72 \pm 3,57$, а зависници који нису у програму $22,12 \pm 3,35$).

Применом теста за испитивање нормалности расподеле (Kolmogorov-Smirnov тест) утврђено је да су вредности p мање од $0,05$ ($Statistic=0,104$ $DF=127$ $p=0,002$), па је примењен тест једнофакторске анализе варијансе за испитивање разлике између група (One Way ANOVA).

Резултати овог тестирања приказани су и хистограмом фреквенције (Графикон 5).

Резултати једнофакторске анализе варијансе потврдили су да постоји високо статистички значајна разлика између група ($F=6,033$ $DF=2$ $p=0,003$), без указивања на то шта производи значајност разлике (Табела 16).

Графикон 5. Физичко здравље и функционисање



За утврђивање шта производи значајност разлике између група било је неопходно наставити даљу анализу. Да би се правилно изабрао неки од Post Hoc тестова, урађена је најпре анализа хомогености варијансе.

Табела 16. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота у области физичко здравље

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Група А	32	25,2	23,72	3,57	15,05	24	0,630	16	32
Група Б	32	25,2	22,12	3,35	15,14	22	0,593	15	29
Група Ц	63	49,6	24,35	2,34	9,61	25	0,294	17	28

Како је примена теста хомогености варијансе показала вредности p веће од 0,05 (Levene Statistic=2,256 ДФ1=2 ДФ2=124 $p=0,109$), за испитивање значајности разлике између појединих група изабран је Bonferroni Post Hoc тест.

Применом овог теста утврђено је постојање статистички значајних разлика једино између групе зависника који нису у метадономском програму и групе здравих (Mean Difference I-J= 2,224 SE=0,641 $p=0,002$).

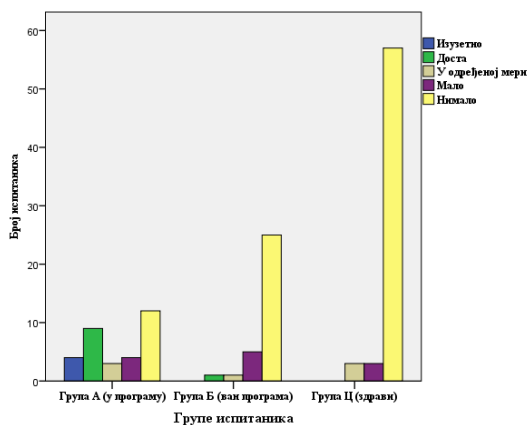
По просечним вредностима оцене квалитета живота у домену физичког стања и функционисања зависници у метадономском програму се не разликују статистички значајно од других зависника, али ни од здравих испитаника (Табела 16).

Разлике у одговорима испитаника по појединачним обележјима овог домена квалитета живота приказане су у наставку.

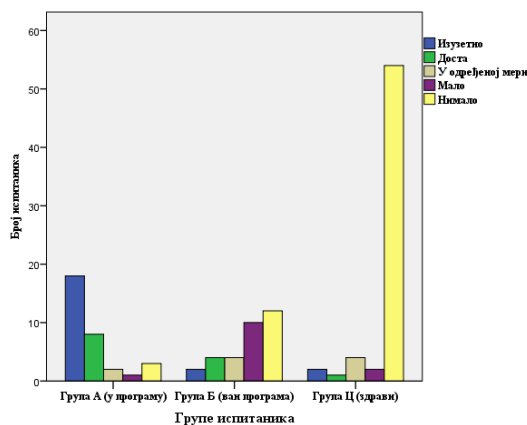
Чак 40,6% зависника у метадономском програму наводи да их физички бол спречава да раде ствари које су желели, доста или изузетно. То изјављује и 3,1% зависника који нису у

метадонском програму. Код здравих испитаника овакви одговори нису забележени (Графикон 6).

Графикон 6. Мера до које физички бол спречава да раде ствари које желе



Графикон 7. Потреба за медицинском терапијом у обављању свакодневних активности



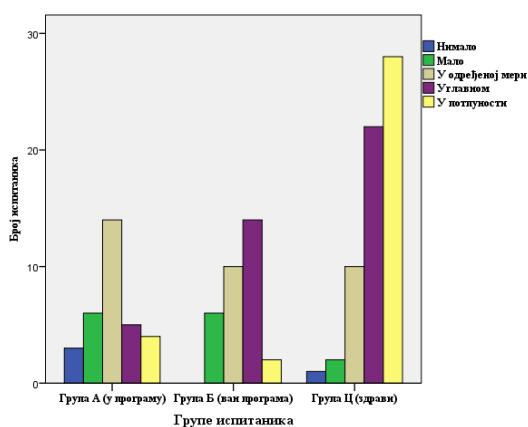
На другој страни, 96,3% здравих наводи да се то не дешава, односно немају болове или имају неку врсту бола, што тврди и 93,7% зависника ван програма и 50% зависника у метадонском програму (Графикон 6).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=46,90$ DF=8 $p=0,000$) (Графикон 6)

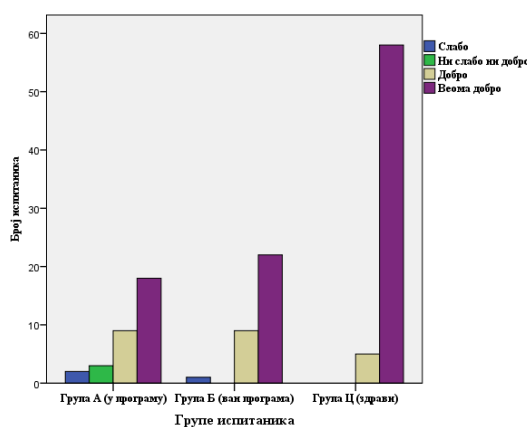
Чак 81,2% зависника у метадонском програму наводи да је медицинска терапија неопходна за обављање свакодневних активности. То наводи знатно мање зависника ван метадонског програма (18,7%) и здравих (4,8%). Свакодневне активности може да обавља без медицинске терапије 12,5% зависника у метадонском програму, 68,7% осталих зависника и 88,9% здравих испитаника (Графикон 7).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=93,72$ DF=8 $p=0,000$) (Графикон 7).

Графикон 8. Довољност енергије за свакодневни живот



Графикон 9. Способност да се крећу



У 28,2% случајева зависници у метадонском програму немају довољно енергије за свакодневни живот. Недовољно енергије пријављује 18,8% зависника ван метадонског програма и 4,8% здравих. Скоро исто учешће у структури зависника у метадонском програму 28,1% има и група која “углавном” и/или “у потпуности” има довољно енергије за свакодневни живот.

Учешће ових категорија значајно је веће код зависника ван програма (50,0%) и здравих (79,3%) (Графикон 8).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=37,91$ DF=8 p=0,000) (Графикон 8).

Иако категорије добре покретљивости (означене као „веома добра“ и „добра“) чине највећи део сваке испитиване групе, код зависника се појављују и категорије лоше покретљивости, и то чешће код зависника у метадонском програму 15,6% (9,4% „ни слаба ни добра“ и 6,2% „слаба“).

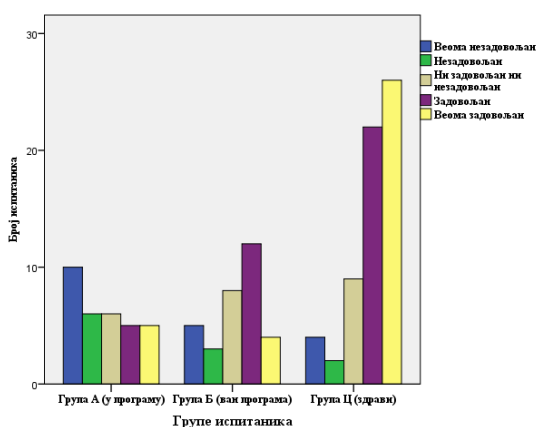
Код зависника ван програма лошија покретљивост заступљена је само у 3,1% случајева (Графикон 9).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=23,568$ DF=6 p=0,001) (Графикон 9).

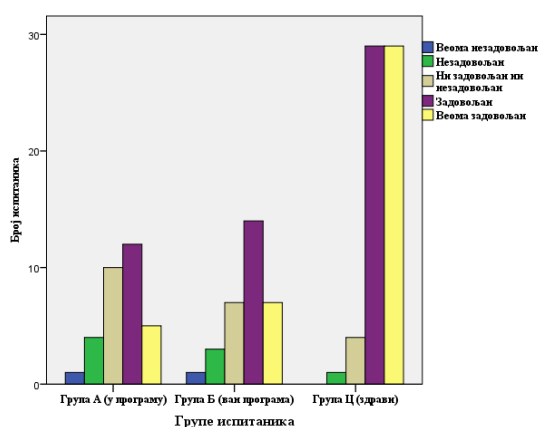
Задовољство сном исказује 31,2% зависника на метадону, 50% зависника изван метадонског програма и 76,2% здравих испитаника. Незадовољних и веома незадовољних сном има 50% зависника у програму, дупло мање (25%) зависника ван програма и 9,5% здравих (Графикон 10).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=27,93$ DF=8 p=0,000) (Графикон 10).

Графикон 10. Задовољство сном



Графикон 11. Задовољство способношћу да обављају свакодневне активности



Својом способношћу да обавља свакодневне активности веома је незадовољно или незадовољно 15,6% зависника у метадонском програму, 12,5% зависника изван програма и 1,6% здравих. Задовољних и веома задовољних код зависника у програму има 53,1%, 65,7% у групи зависника изван програма и 92,0% код здравих испитаника (Графикон 11).

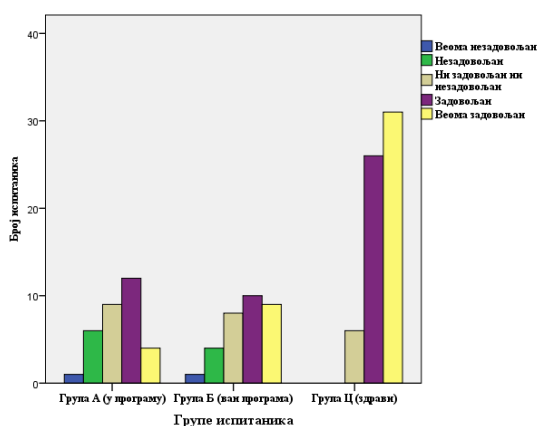
Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=23,19$ DF=8 p=0,003) (Графикон 11)

Слични резултати добијају се и у односу на радне способности, којима је задовољно и веома задовољно 50,0% зависника у метадонском програму, 59,3% зависника који нису у програму и 90,5% здравих људи.

Насупрот томе, 21,9% зависника у метадонском програму и 15,6% других зависника који нису укључени у програм је незадовољно или веома незадовољно својим радним способностима (Графикон 12).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=27,12$ DF=8 p=0,001) (Графикон 12)

Графикон 12. Задовољство способношћу за рад



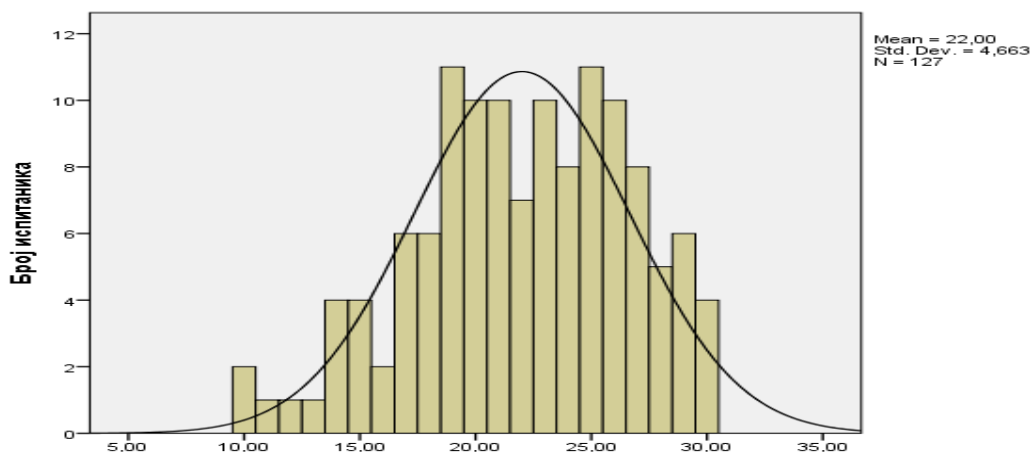
5.5.2. Психички домен

Испитаници укључени у метадонски програм оцењују квалитет живота у домену психичког здравља нижим оценама (18,78 +/- 4,35) него зависници који нису у програму (20,53 +/- 4,41) и здрави (24,35 +/- 2,34) (Табела 17).

Применом теста за испитивање нормалности расподеле (Kolmogorov-Smirnov тест) утврђено је да су вредности p мање од 0,05 (Statistic=0,086 DF=127 p=0,021), па је примењен тест једнофакторске анализе варијансе за испитивање разлике између група (One Way ANOVA).

Резултати овог тестирања приказани су и хистограмом фреквенције (Графикон 13).

Графикон 13. Психичко здравље



Резултати једнофакторске анализе варијансе потврдили су да постоји високо статистички значајна разлика између група ($F=23,699$ $DF=2$ $p=0,000$), без указивања на то шта производи значајност разлике (Табела 17).

Табела 17. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота у области психичко здравље

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Група А	32	25,2	18,78	4,35	23,16	19	0,768	10	27
Група Б	32	25,2	20,53	4,41	21,48	20,5	0,780	10	30
Група Ц	63	49,6	24,35	2,34	9,61	25	0,294	17	28

За утврђивање шта производи значајност разлике између група било је неопходно наставити даљу анализу. Да би се правилно изабрао неки од Post Hoc тестова, урађена је најпре анализа хомогености варијансе.

Како је примена теста хомогености варијансе показала вредности p веће од 0,05 (Levene Statistic=0,736 $DF_1=2$ $DF_2=124$ $p=0,481$), за испитивање значајности разлике између појединих група изабран је Bonferroni Post Hoc тест. Применом овог теста утврђено је да се здрави статистички значајно разликују од зависника, и то од зависника у метадонском

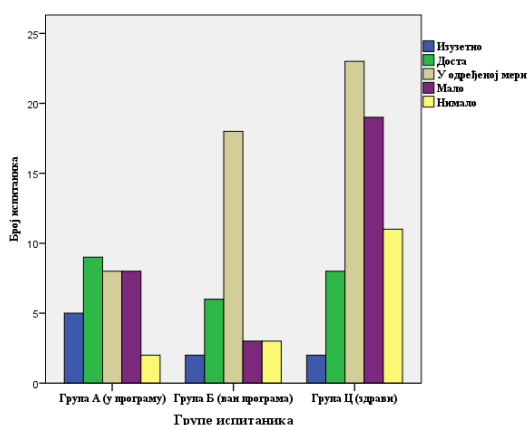
програму (Mean Difference I-J=-5,59970 SE=0,86794 $p=0,000$) и других зависника који нису у програму (Mean Difference I-J=-3,84970 SE=0,86794 $p=0,000$).

Иако су уочене и разлике између две групе зависника, оне нису и статистички значајне (Табела 17).

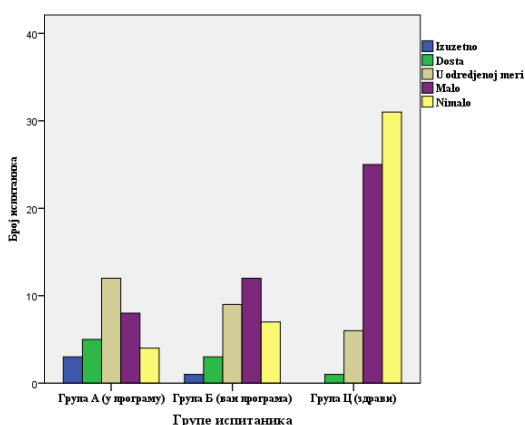
Мало или нимало у животу ужива 43,7% зависника у метадонском програму, 25,0% осталих зависника и 15,9% здравих. Насупрот томе, удео испитаника који уживају у животу изузетно или доста расте од зависника у метадонском програму (31,2%) до здравих, код којих ове категорије учествују са 47,7% (Графикон 14).

Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2=18,056$ $DF=8$ $p=0,021$) (Графикон 14).

Графикон 14. Колико уживају у животу



Графикон 15. До које мере њихов живот нема смисла



Учешће категорија испитаника који сматрају да њихов живот нема смисла („изузетно“ и „доста“) опада почев од групе зависника у метадонском програму (у којој се овакви ставови појављују у 25% случајева) преко зависника који нису у програму (12,5%) до здравих, код којих свега 1,6% испитаника тако мисли.

Насупротно томе, учешће категорија које се („мало“ или „нимало“) не слажу с тврдњама да њихов живот нема смисла пропорционално расте у истом смеру (Графикон 15).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=32,510$ DF=8 p=0,000) (Графикон 15).

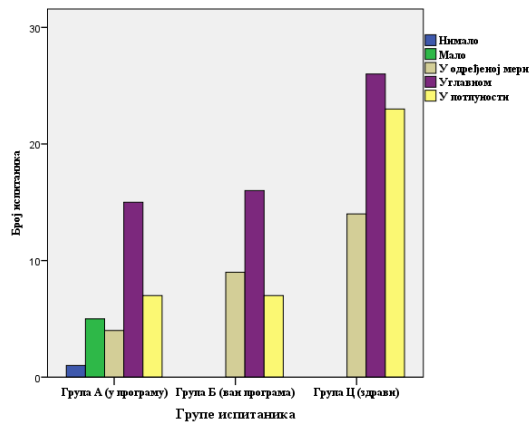
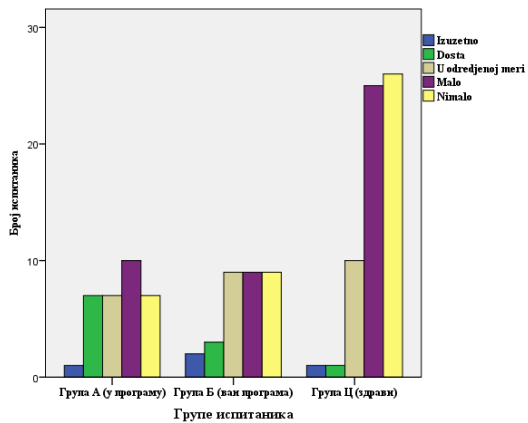
Могућност концентрације расте од зависника у метадонском програму ка здравима. Учешће категорија које се суочавају с проблемом концентрације („изузетно“ или „доста“) највеће је у групи метадонских зависника (25,0%); исти проблем има и 15,6% зависника који нису у програму, као и 3,2% здравих испитаника.

Проблем се среће ретко („мало“ или „нимало“) код 53,1% зависника у програму метадонског одржавања, код 56,2% других зависника и 81% здравих испитаника (Графикон 16).

Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2=16,862$ DF=8 p=0,032) (Графикон 16).

Графикон 16. Проблем с могућношћу концентрације

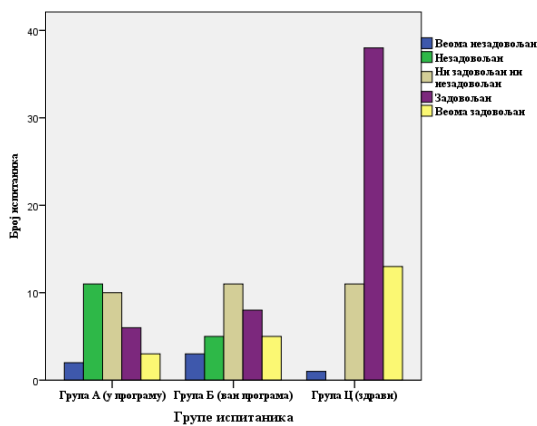
Графикон 17. Задовољство својим спољашњим изгледом



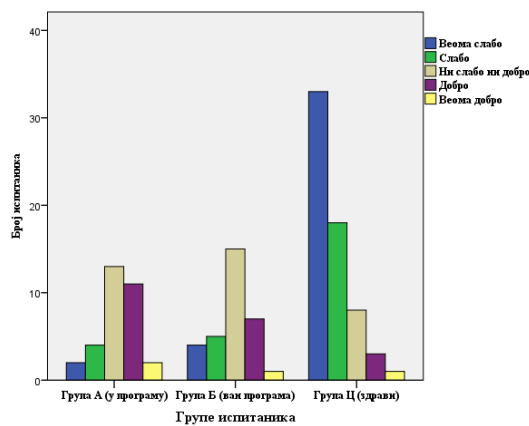
Највећи број здравих људи и зависника који нису у програму је задовољан својим спољашњим изгледом (у потпуности, углавном или у одређеној мери); 18,7% зависника у метадонском програму није задовољно својим физичким изгледом (Графикон 17).

И ове разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=22,436$ DF=8 $p=0,004$) (Графикон 17).

Графикон 18. Задовољство самим собом



Графикон 19. Учесталост негативног расположења (туге, очаја, депресије)



Задовољство самим собом исказује 80,9% здравих, 40,6% опијатских зависника који нису у програму и 28,2% зависника у метадонском програму. Обрнуто пропорционално је учешће незадовољних: 40,6% зависника у метадонском програму је незадовољно или веома незадовољно собом; таквих испитаника у категорији зависника који нису у програму има 25,0%, а у групи здравих свега 1,6% (Графикон 18).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=39,442$ DF=8 $p=0,004$) (Графикон 18).

Учесталост негативног расположења (присуство туге, очајања, депресије) забележено је код свега 6,4% здравих, код 25% зависника који нису у програму и чак 40,6% зависника у програму метадонског одржавања (Графикон 19).

Апострофиране разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=47,018$ DF=8 $p=0,000$) (Графикон 19).

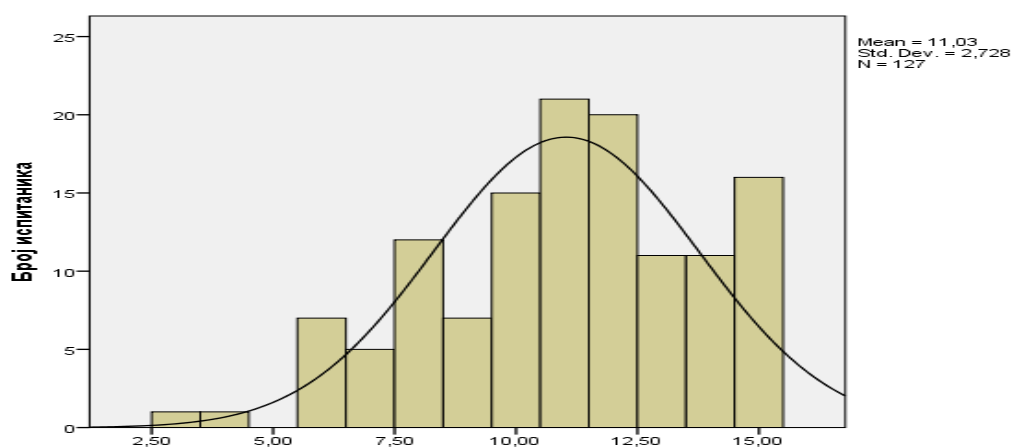
5.5.3. Домен социјалних односа

Испитаници укључени у метадонски програм оцењују квалитет живота у домену социјалних односа нижим оценама (9,40 +/- 2,82) него зависници који нису у програму (10,22 +/- 2,35) и здрави (12,27 +/- 2,26).

Применом теста за испитивање нормалности расподеле (Kolmogorov-Smirnov тест) утврђено је да су вредности p мање од 0,05 (Statistic=0,117 DF=127 $p=0,000$), па је примењен тест једнофакторске анализе варијансе за испитивање разлике између група (One Way ANOVA).

Резултати овог тестирања приказани су и хистограмом фреквенције (Графикон 20).

Графикон 20. Социјални односи



Резултати једнофакторске анализе варијансе потврдили су да постоји високо статистички значајна разлика између група ($F=17,049$ $DF=2$ $p=0,000$), без указивања на то шта производи значајност разлике (Табела 18).

За утврђивање шта производи значајност разлике између група било је неопходно наставити даљу анализу. Да би се правилно изабрао неки од Post Hoc тестова, урађена је најпре анализа хомогености варијансе.

Табела 18. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота у области социјалних односа

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Група А	32	25,2	9,40	2,82	30	9,5	0,497	4	15
Група Б	32	25,2	10,22	2,35	22,99	10	0,416	6	15
Група Ц	63	49,6	12,27	2,26	18,42	12	0,285	3	15

Како је примена теста хомогености варијансе показала вредности p веће од 0,05 (Levene Statistic=1,884 $DF1=2$ $DF2=124$ $p=0,156$), за испитивање значајности разлике између појединих група изабран је Bonferroni Post Hoc тест.

Применом овог теста утврђено је да се здрави статистички значајно разликују од зависника, и то од зависника у метадонском програму (Mean Difference I-J=-2,86359 SE=0,52872 p=0,000) и других зависника који нису у програму (Mean Difference I-J=-2,05109 SE=0,52872 p=0,001).

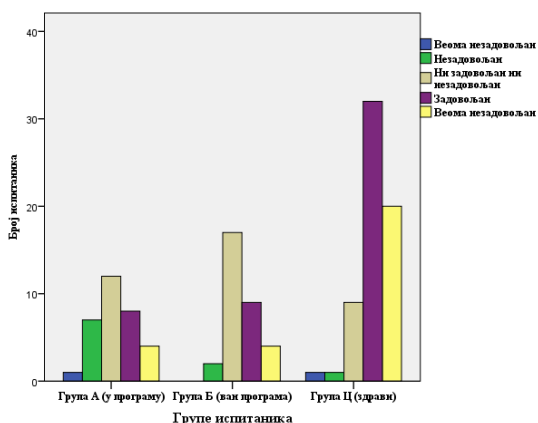
Иако су уочене и разлике између две групе зависника, оне нису и статистички значајне (Табела 18).

Највећи део здравих људи задовољно је или веома задовољно односима које има с другим људима из свог окружења (82,5%); више него duplo мање задовољних има у групи зависника који су ван метадонског програма (40,6%) и код зависника у програму (37,5%).

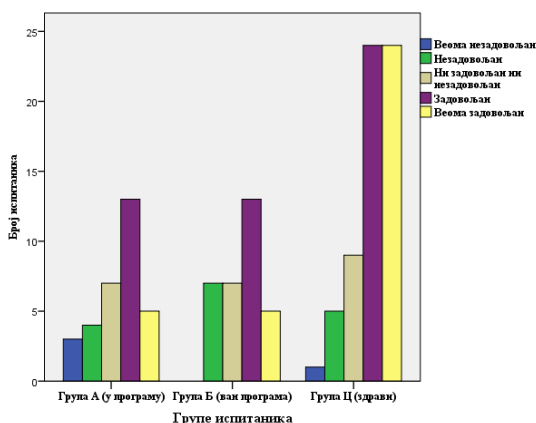
Број незадовољних највећи је у групи зависника у програму метадонског одржавања (25% ових испитаника је незадовољно или веома незадовољно односима с људима из свог окружења) (Графикон 21).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=33,954$ DF=8 p=0,000) (Графикон 21).

Графикон 21. Задовољство односима са другима



Графикон 22. Задовољство Сексуалним животом

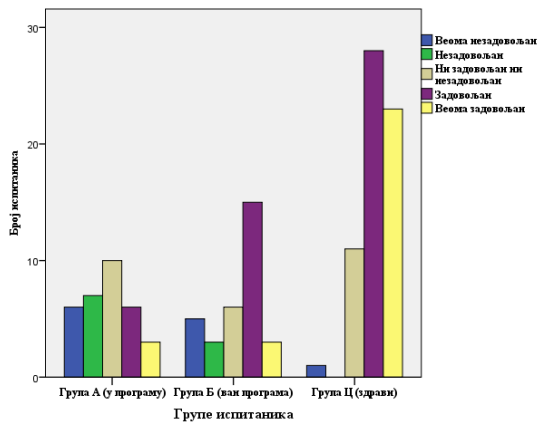


Учешће незадовољних својим сексуалним животом највеће је у групи зависника (21,9% у обе групе, с тим што је код зависника у метадонском програму значајно учешће „веома незадовољних“).

Исто толико (21,9%) зависника изјављује да је „ни задовољно, ни незадовољно“ својим сексуалним животом (Графикон 22).

Ове разлике су статистички значајне ($\chi^2=15,755$ DF=8 p=0,046) (Графикон 22).

Графикон 23. Задовољство подршком коју им пружају пријатељи



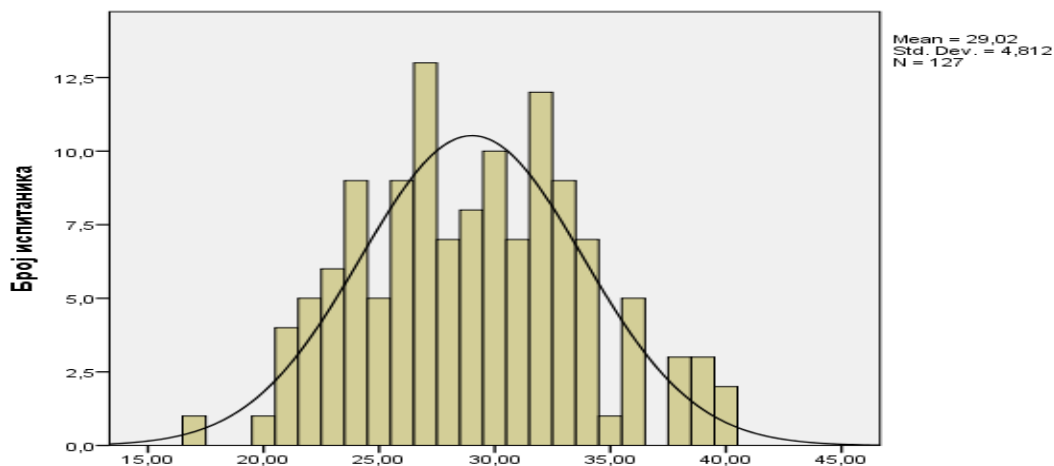
Незадовољство подршком коју им пружају пријатељи исказује 40,7% зависника у метадонском програму, 25% других зависника и 1,6% здравих људи. Код зависника у метадонском програму је скоро дупло веће учешће категорије индиферентних („ни задовољни, ни незадовољни“) (Графикон 23).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=38,015$ DF=8 p=0,000) (Графикон 23).

5.5.4. Домен окружења

Обе групе зависника оцењују квалитет живота у домену окружење нижим оценама него здрави (испитаници укључени у метадонски програм 28,03 +/- 4,77, а зависници који нису у програму 27,44 +/- 4,75).

Графикон 24. Окружење



Применом теста за испитивање нормалности расподеле (Kolmogorov-Smirnov тест) утврђено је да су вредности p мање од 0,05 (Statistic=0,080 DF=127 p=0,046), па је примењен тест једнофакторске анализе варијансе за испитивање разлике између група (One Way ANOVA).

Резултати једнофакторске анализе варијансе потврдили су да постоји високо статистички значајна разлика између група ($F=4,993$ $DF=2$ $p=0,008$), без указивања на то шта производи значајност разлике (Табела 19).

Табела 19. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота у домену окружења

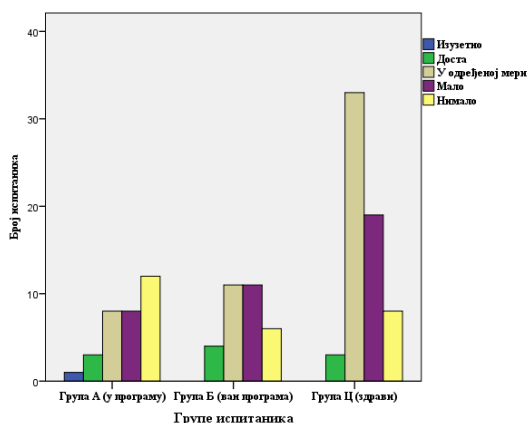
КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Група А	32	25,2	28,03	4,77	17,02	27,5	0,843	17	38
Група Б	32	25,2	27,44	4,75	17,31	27	0,839	21	39
Група Ц	63	49,6	30,31	4,57	15,08	30	0,575	20	40

За утврђивање шта производи значајност разлике између група било је неопходно наставити даљу анализу. Да би се правилно изабрао неки од Post Hoc тестова, урађена је најпре анализа хомогености варијансе.

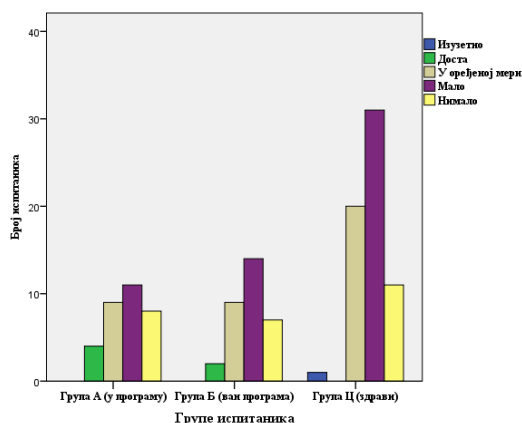
Како је примена теста хомогености варијансе показала вредности p веће од 0,05 (Levene Statistic=0,222 $DF_1=2$ $DF_2=124$ $p=0,801$), за испитивање значајности разлике између појединих група изабран је Bonferroni Post Hoc тест. Применом овог теста утврђено је да се здрави статистички значајно разликују од зависника који нису у метадономском програму (Mean Difference I-J=2,87996 SE=1,01304 $p=0,016$).

Разлике између зависника у метадономском програму и здравих нису статистички значајне. Иако су уочене и разлике између две групе зависника, оне такође, нису статистички значајне (Табела 19).

Графикон 25. Осећај недовољне безбедности у свакодневном животу



Графикон 26. Колико су здрави људи који их окружују



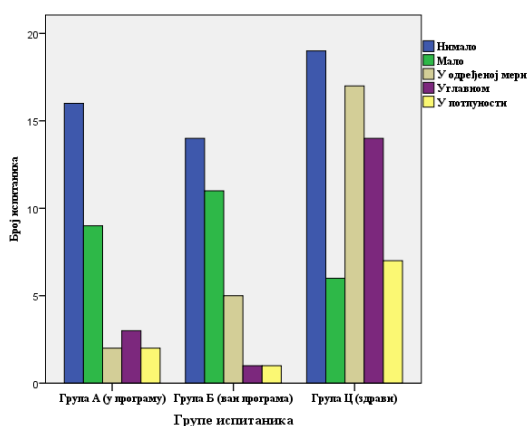
Осећај недовољне безбедности у свакодневном животу присутан је код 12,5% зависника (у обе групе) и 4,8% здравих испитаника. Зависници у програму метадоноског одржавања сматрају средину којој живе безбедном у 62,5% случајева, док је код других испитиваних група учешће ове категорије одговора мање (53,2% код зависника ван програма метадоноског одржавања и 42,9% код здравих) (Графикон 25).

Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2=15,952$ $DF=8$ $p=0,043$) (Графикон 25).

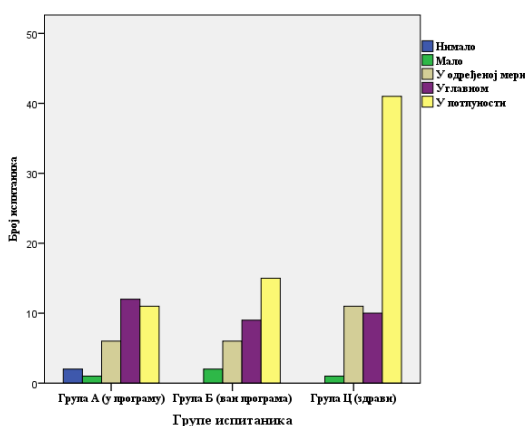
У процени здравља људи у окружењу запажа се да зависници у метадонском програму у 12,5% случајева оцењују људе у свом окружењу „изузетно“ или „доста“ здравим, за разлику од других група у којима је учешће оваквих ставова много мање (Графикон 26).

Међутим, статистички значајне разлике између ставова испитаника све три испитиване групе нису утврђене.

Графикон 27. Довољност новца за сопствене потребе



Графикон 28. Доступност потребних информација из дана у дан



Више од $\frac{3}{4}$ зависника (78,1% у обе испитиване групе) оцењује да нема довољно новца за сопствене потребе. Код здравих учешће ове категорије одговора је мање и износи 39,7%.

У групи зависника у метадонском програму 15,6% испитаника има довољно новца за сопствене потребе. Више него дупло мање - 6,2% оваквих одговора било је у другој групи зависника, који нису у метадонском програму (Графикон 27).

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=23,174$ DF=8 $p=0,003$) (Графикон 27).

Зависници у метадонском програму оцењују да немају довољно информација за функционисање „из дана у дан“ у 9,3% случајева. Код осталих зависника учешће ове категорије је нешто ниже (6,2%), док је код здравих скоро занемариво (1,6%).

Учешће категорија испитаника које оцењују да су информације којима располажу из дана у дан довољне за њихово функционисање расте од групе зависника у метадонском програму где је најниже (71,9%), преко групе других зависника (75%) до здравих (81%) (Графикон 28).

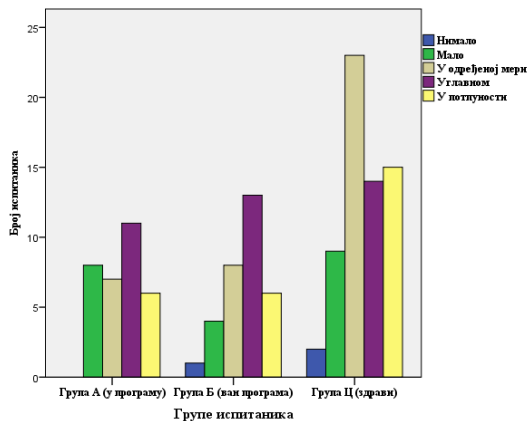
Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2=15,813$ DF=8 $p=0,045$) (Графикон 28).

Испитивањем могућности за бављење слободним активностима варира, али се не разликује статистички значајно између испитиваних група.

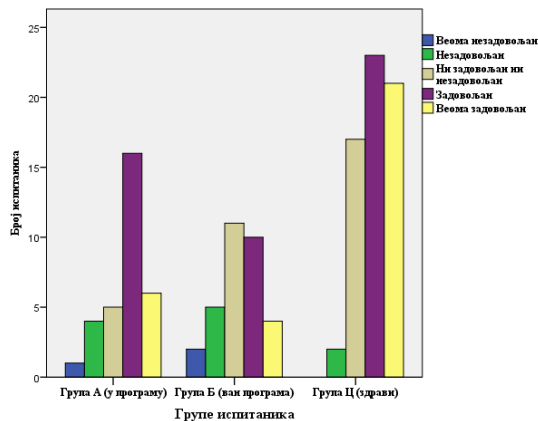
Код зависника у метадонском програму регистрован је нешто већи број испитаника (25,0%) који процењују могућности бављења слободним активностима негативно („мало“ или „нимало“), за разлику од других зависника (15,6%) и здравих (17,5%), код којих је учешће ове категорије ниже.

Учешће категорија позитивних одговора код зависника у метадонском програму (53,2%) је веће него код здравих (46,0%) али мање него других зависника (59,4%) (Графикон 29).

Графикон 29. Могућност бављења слободним активностима



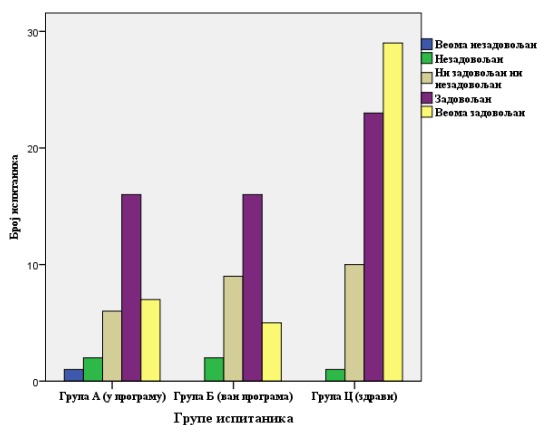
Графикон 30. Задовољство условима животног простора



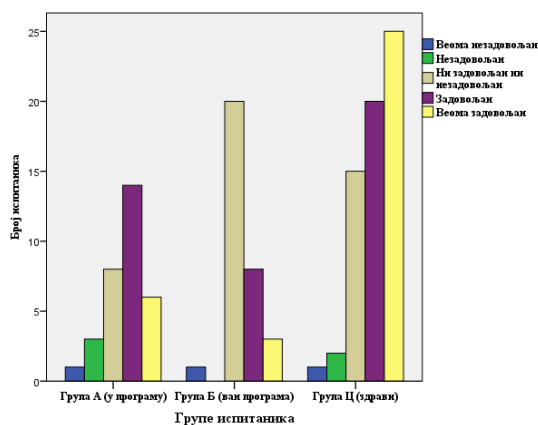
Условима за живот најмање су задовољни остали зависници, који нису у кључени у метадонски програм. На то указује највеће учешће категорија незадовољних (21,8% испитаника ове групе) и најмање учешће категорија задовољних (43,7%). Задовољство условима животног простора зависника у метадонском програму и здравих је скоро изједначено (68,8% зависника у метадонском програму и 69,8% здравих задовољно је или изузетно задовољно условима живота). У категорији незадовољних ове две групе се разликују; учешће незадовољних код зависника у метадонском програму (15,6%) је скоро 5 пута веће него код здравих (3,1%) (Графикон 30).

Описане разлике су статистички значајне ($\chi^2=16,285$ DF=8 p=0,038) (Графикон 30).

Графикон 31. Задовољни приступачношћу здравствених установа



Графикон 32. Задовољство транспортом



Описане разлике нису статистички значајне (Графикон 29).

Приступачност здравствених услуга процењује лоше 9,3% зависника у метадонском програму, 6,2% осталих зависника и 1,6% здравих. Учешће задовољних приступачношћу

здравствених услуга у групама зависника такође је веће (68,8% зависника у програму и 78,1% зависника ван програма) него код здравих, где је „задовољних“ и веома задовољних“ било 52,4% испитаника (Графикон 31).

Описане разлике међутим нису статистички значајне (Графикон 31).

У погледу оцене могућности превоза, највише незадовољних је у групи метадонских зависника (12,5% ових је „незадовољно“ или „веома незадовољно“ транспортом). Учешће незадовољних је мање код здравих (4,8%) и осталих зависника (3,1%). Задовољних транспортом је 62,6% зависника у метадонском програму (Графикон 32)

Описане разлике су високо статистички значајне ($\chi^2=25,524$ DF=8 p=0,002) (Графикон 32).

5.6. Анализа предиктора

Испитивањем предиктора перцепције квалитета живота и вредности БРЕФ индекса за поједине аспекте квалитета живота, утврђен је предиктивни утицај великог броја варијабли, које описују личне карактеристике испитаника, карактеристике зависности и/или третмана.

5.6.1. Перцепција квалитета живота- предиктори разлика

Анализа предиктора за перцепцију квалитета живота утврдила је предиктивни значај демографских карактеристика (пол), карактеристика социјално-економске позиције испитаника (ниво образовања, тип насеља) и карактеристика домаћинства (број чланова домаћинства, број деце).

Табела 20. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота – Предиктори разлика

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Medical Composite Score	-3,224	1,221	-0,991	-2,639	0,046
Drug Composite Score	-10,741	3,583	-0,803	-2,998	0,030
Legal Composite Score	-13,772	3,774	-2,672	-3,649	0,015
Family Composite Score	12,213	3,780	1,364	3,231	0,023
Psychiatric Composite Score	-8,771	2,568	-2,344	-3,416	0,019
Покретљивост	-4,797	1,861	-1,615	-2,577	0,050
Брига о себи	-9,640	2,452	-2,694	-3,932	0,011
Свакодневне активности	-1,719	0,590	-0,480	-2,915	0,033
Раздражљивост /депресија	2,344	0,667	1,622	3,515	0,017
Скала здравственог стања	-0,074	0,020	-1,602	-3,727	0,014
Пре колико месеци су укључени у метадонски третман	0,103	0,023	2,977	4,458	0,007
Број чланова домаћинства	2,164	0,544	4,245	3,978	0,011
Тип насеља у коме живе	2,915	1,019	0,981	2,860	0,035
Број деце	-0,774	0,296	-0,808	-2,619	0,047
Образовање	1,529	0,480	1,403	3,187	0,024
Пол	-4,175	0,939	-1,753	-4,448	0,007
Константа	10,611	2,831		3,748	0,013

$R^2=0,929$ SE=0,584 F=2.425 p=0,164

Анализа је утврдила и предиктивни утицај више здравствених карактеристика испитаника, које описују функционални статус (покретљивост, способност бриге о себи, могућност обављања свакодневних активности), присуство симптома (раздражљивост /депресија), као и перцепцију здравља.

Предиктори квалитета живота су АСИ индекси свих домена који описују зависност и њене последице, изузев оних који се односе на запослење и алкохол (Medical Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score, Psychiatric Composite Score).

Од карактеристика третмана предиктивни значај има само дужина трајања метадонског третмана.

Виши укупни квалитет живота може се очекивати код испитаника који имају нижи Medical Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Psychiatric Composite Score и виши Family Composite Score, који имају мање проблема у погледу покретљивости, способности бриге о себи, обављања свакодневних активности, код којих се чешће појављују раздражљивост и депресивност, чак и када процењују сопствено здравље нижим оценама, који су дуже укључени у програм метадонског одржавања, живе у домаћинству са већим бројем чланова и мањим бројем деце, имају више образовање и мушког су пола, а живе у граду.

5.6.2. Квалитет живота у домену физичког здравља - предиктори разлика

Анализа предиктора за квалитет живота у домену физичког здравља утврдила је предиктивни значај демографских карактеристика (пол), карактеристика социјално-економске позиције испитаника (ниво образовања, брачни статус, врста занимања, месечни приходи, тип насеља у коме живи) и карактеристика домаћинства (површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора).

Табела 21. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота у области Физичко здравље – Предиктори разлика

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Alcohol Composite Score	-152,055	3,012	-1,255	-50,487	0,013
Drug Composite Score	19,865	1,564	0,364	12,701	0,050
Свакодневне активности	-8,532	0,174	-0,588	-49,063	0,013
Скала здравственог стања	0,202	0,009	1,078	22,407	0,028
Главни разлог посете лекару (опште медицине, медицине рада)	3,038	0,122	1,091	24,824	0,026
Број пута код лекара опште медицине	0,818	0,034	0,948	24,030	0,026
За загревање простора у коме станују користе	1,659	0,109	0,625	15,197	0,042
Површина простора у коме живе (м2)	-0,112	0,009	-0,543	-13,168	0,048
Тип насеља у коме живе	-5,345	0,387	-0,444	-13,794	0,046
Колико дуго су узимали дрогу, број година	-0,539	0,019	-0,724	-28,189	0,023
Категорија занимања	-2,539	0,071	-1,061	-35,968	0,018
Месечни приходи	2,655	0,119	0,990	22,255	0,029
Брачни статус	1,665	0,073	0,784	22,907	0,028
Образовање	4,678	0,135	1,053	34,759	0,018

Пол	-10,943	0,254	-1,031	-43,095	0,015
Константа	-10,836	1,440		-7,526	0,048

$R^2=1,000$ $SE=0,151$ $F=572.779$ $p=0,033$

Анализа је утврдила и предиктивни утицај здравствених карактеристика испитаника, које описују функционални статус (могућност обављања свакодневних активности) и перцепције здравља. Поред наведених, утврђен је предиктивни утицај и карактеристика које описују здравствену заштиту испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине, главни разлог посете)

Предиктори квалитета живота у домену физичког здравља су АСИ индекси који описују специфичне ефекте у вези са врстом коришћене психоактивне супстанце (Alcohol Composite Score, Drug Composite Score), као и друге карактеристике које описују зависност (колико дуго су узимали дрогу). Карактеристике третмана нису показале предиктивни утицај на квалитет живота у домену физичког здравља.

Виши ниво квалитета живота у домену физичког здравља може се очекивати код испитаника који имају нижи Alcohol Composite Score и виши Drug Composite Score, који ређе имају проблеме у обављању свакодневних активности и процењују сопствено здравље вишим оценама, који се чешће обраћају лекару, а главни разлог обраћања је контрола здравља, који живе у становима мање површине и греју се на парно грејање, живе у мањим местима, имају краћи наркомански стаж, имају занимање који не спада у седална занимања, имају више приходе, живе у брачној или ванбрачној заједници, припадају категоријама са вишим степеном образовања и мушког су пола.

5.6.3. Квалитет живота у домену психичког здравља - предиктори разлика

Анализа предиктора за квалитет живота у домену психичког здравља утврдила је предиктивни значај демографских карактеристика (пол), карактеристика социјално-економске позиције испитаника (ниво образовања, врста занимања, месечни приходи, тип насеља у коме живи) и карактеристика домаћинства (број чланова домаћинства, објект у коме живе, површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора).

Анализа је утврдила и предиктивни утицај здравствених карактеристика испитаника, које описују функционални статус (покретљивост, способност бриге о себи), присуство симптома (бол/нелагодност, раздражљивост /депресија), као и перцепцију здравља. Поред наведених, утврђен је предиктивни утицај и карактеристика које описују здравствену заштиту испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине).

Предиктори квалитета живота у домену психичког здравља су АСИ индекси који описују специфичне ефекте и последице зависности, сем ефеката на запослење (Medical Composite Score, Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score, Psychiatric Composite Score), као и друге карактеристике које описују зависност (колико дуго су узимали дрогу).

Карактеристике третмана зависности које су показале предиктивни утицај на квалитет живота у домену психичког здравља су дужина трајања метадонског третмана и прекиди у метадонском третману.

Виши ниво квалитета живота у домену психичког здравља може се очекивати код испитаника који имају нижи Medical Composite Score, Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Psychiatric Composite Score и виши Family Composite Score, који ређе имају проблеме у погледу покетљивости и вођења бриге о себи,

Табела. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота у области Психичко здравље – Предиктори разлика

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Medical Composite Score	-20,035	0,964	-1,231	-20,774	0,031
Alcohol Composite Score	-161,630	4,695	-1,079	-34,429	0,018
Drug Composite Score	-60,389	2,438	-0,895	-24,769	0,026
Legal Composite Score	-85,674	2,465	-3,321	-34,758	0,018
Family Composite Score	80,029	2,681	1,762	29,850	0,021
Psychiatric Composite Score	-51,748	1,679	-2,697	-30,829	0,021
Покретљивост	-38,184	1,120	-2,565	-34,082	0,019
Брига о себи	-54,290	1,447	-3,028	-37,531	0,017
Бол/нелагодност	-7,577	0,250	-0,871	-30,312	0,021
Раздражљивост /депресија	12,027	0,376	1,549	32,028	0,020
Скала здравственог стања	-0,184	0,014	-0,795	-13,099	0,049
Да ли су прекидали метадонски третман	-3,284	0,128	-0,755	-25,623	0,025
Пре колико месеци су укључени у метадонски третман	0,451	0,015	2,310	29,325	0,022
Број пута код лекара опште медицине	0,692	0,053	0,649	13,047	0,049
Број чланова домаћинства	12,608	0,357	4,896	35,330	0,018
За загревање простора у коме станују користе	2,791	0,170	0,850	16,402	0,039
Површина простора у коме живе (м2)	0,250	0,013	0,976	18,794	0,034
Објекат у коме живе	4,914	0,234	1,109	20,986	0,030
Тип насеља у коме живе	14,031	0,604	0,942	23,230	0,027
Колико дуго су узимали дрогу, број година	0,463	0,030	0,503	15,537	0,041
Категорија занимања	-2,410	0,110	-0,815	-21,898	0,029
Месечни приходи	2,396	0,186	0,723	12,884	0,049
Образовање	6,965	0,210	1,269	33,197	0,019
Пол	-17,504	0,396	-1,334	-44,224	0,014
Константа	39,681	2,244		17,680	0,036

$$R^2=1,000 \text{ SE}=0,236 \text{ F}=360.767 \text{ p}=0,042$$

код којих се ређе појављују симптоми као што су болови и нелагодност, који процењују сопствено здравље вишим оценама, имају дужи наркомански стаж, дуже су укључени у метадонски програм и исти су ређе напуштали, који се иначе чешће обраћају лекару за помоћ, живе у домаћинству са већим бројем чланова, станују у кућама, веће површине и греју се на класичан начин, живе у граду, имају занимање који не спада у седална занимања, имају више приходе, припадају категоријама са вишим степеном образовања и мушког су пола.

5.6.4. Квалитет живота у домену социјалних односа - предиктори разлика

Анализа предиктора за квалитет живота у домену социјалног здравља (социјалних односа) утврдила је предиктивни значај карактеристика домаћинства (број чланова домаћинства). Остале карактеристике испитаника (демографске карактеристике, карактеристике социјално економске позиције) нису се показале као значајни предиктори квалитета живота у области социјалног здравља.

Анализа је утврдила и предиктивни утицај здравствене карактеристике испитаника, која описују функционални статус (способност бриге о себи). Присуство симптома, перцепција здравља, као и карактеристике здравствене заштите нису се показале као значајни предиктори квалитета живота у домену социјалног здравља.

Предиктори квалитета живота у домену социјалног здравља су АСИ индекси који описују специфичне ефекте и последице зависности (Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score). Друге карактеристике које описују зависност нису показале предиктивни утицај на квалитет живота у домену социјалног здравља.

Табела. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота у области Социјални односи – Предиктори разлика

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Alcohol Composite Score	-83,867	27,241	-0,870	-3,079	0,200
Legal Composite Score	-27,244	14,303	-1,640	-1,905	0,308
Family Composite Score	17,671	15,557	0,604	1,136	0,460
Брига о себи	-20,953	8,394	-1,815	-2,496	0,243
Број чланова домаћинства	3,547	2,071	2,139	1,713	0,336
Константа	-5,464	13,023		-0,420	0,747

$R^2=0,992$ $SE=1,370$ $F=4.402$ $p=0,363$

Виши ниво квалитета живота у домену социјалног здравља може се очекивати код испитаника који имају нижи Alcohol Composite Score и Legal Composite Score, виши Family Composite Score, који ређе имају проблеме у погледу вођења бриге о себи, који живе у домаћинству са већим бројем чланова.

5.6.5. Квалитет живота у домену окружења - предиктори разлика

Анализа предиктора за квалитет живота у домену окружења утврдила је предиктивни значај карактеристика социјално-економске позиције испитаника (брачни статус, тип насеља у коме живи) и карактеристика домаћинства (поседовање и коришћење компјутера). Није утврђен предиктивни утицај демографских карактеристика.

Анализа је утврдила и предиктивни утицај здравствених карактеристика испитаника, које описују здравствену заштиту испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине, главни разлог посете).

Предиктивни значај других здравствених карактеристика (функционисање, перцепција здравља) није утврђен.

Предиктори квалитета живота у домену окружења су АСИ индекси који описују специфичне ефекте зависности (Employment Composite Score, Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score, Psychiatric Composite Score), као и друге карактеристике које описују зависност (колико дуго су узимали дрогу).

Од карактеристика третмана зависности предиктивни утицај на квалитет живота у домену окружења показало је само обележје прекидање метадонског третмана.

Табела. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота у области Окружење – Предиктори разлика

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Employment Composite Score	3,431	6,840	0,176	0,502	0,704
Alcohol Composite Score	8,168	69,543	0,050	0,117	0,926
Drug Composite Score	-19,174	36,115	-0,263	-0,531	0,689
Legal Composite Score	-51,588	36,513	-1,850	-1,413	0,392
Family Composite Score	18,187	39,715	0,371	0,458	0,727
Psychiatric Composite Score	-23,208	24,864	-1,119	-0,933	0,522
Да ли су прекидали метадонски третман	-4,192	1,898	-0,892	-2,208	0,271
Број пута код лекара опште медицине	1,663	0,786	1,443	2,116	0,281
Да ли поседује и има приступ компјутеру и интернету	-4,077	2,342	-0,772	-1,740	0,332
Тип насеља у коме живе	14,570	8,947	0,905	1,628	0,351
Колико дуго су узимали дрогу, број година	0,648	0,442	0,651	1,466	0,381
Брачни статус	-3,705	1,678	-1,306	-2,208	0,271
Константа	30,469	33,246		0,916	0,528

$R^2=0,983$ $SE=3,498$ $F=1.884$ $p=0,528$

Виши ниво квалитета живота у домену окружења може се очекивати код испитаника који имају нижи Drug Composite Score, Legal Composite Score и Psychiatric Composite Score, виши Employment Composite Score, Alcohol Composite Score и Family Composite Score, који имају дужи наркомански стаж, ређе су прекидали учешће у метадонском програму, који се иначе обраћају лекару за помоћ, немају приступ компјутеру, живе у градским насељима, у браку или некој врсти ванбрачне заједнице.

6. Дискусија

6.1. Квалитет живота / квалитет живота у вези са здрављем

6.1.1. Мерења - главни налази

Квалитет живота у овом раду описан је резултатима који су добијени применом стандардизованог упитника WHO QL-BREF, на два начина: расподелом учесталости у категоријама перцепције укупног квалитета живота и просечним оценама измереног ниво квалитета у различитим доменима (16).

Перцепција квалитета живота зависника од опијата који су укључени у програм метадонског одржавања, зависника који нису обухваћени програмом и здравих људи се статистички значајно разликује. Најлошију перцепцију квалитета живота имају зависници у метадонском програму.

Ниво квалитета живота зависника од опијата у различитим доменима варира.

У свим посматраним доменима ниво квалитета живота зависника нижи је у него код здравих. Статистички значајна разлика у нивоу квалитета живота између зависника који нису обухваћени програмом и здравих постоји у свим посматраним доменима. Статистички значајна разлика у нивоу квалитета живота између зависника у метадонском програму и здравих постоји у домену психичког здравља и социјалних односа.

У доступној литератури постоји консензус око валидности коришћеног инструмента за мерење квалитета живота; све студије које су послужиле за израду теоријске основе овог рада наглашавају да је ниво квалитета живота зависника увек значајно нижи од нивоа квалитета живота здравих људи.

У том смислу, резултати нашег истраживања потврђују заснованост прве хипотезе са којом се ушло у истраживање.

Зависници који су укључени у метадонски програм имају виши ниво квалитета живота у домену физичког здравља и функционисања (23,72 +/- 3,57) и у домену окружења (28,03 +/- 4,77) него зависници који нису обухваћени програмом.

Овакав резултат не потврђује нашу хипотезу а разлог оваковом резултату би могао бити краћи период третмана наших испитаника бупренорфином. Наиме Ponizovsky у студији која је анализирао квалитет живота испитаника на метадонском програму и на супституцији бупренорфином је показао да позитивни утицаји третмана на квалитет живота у првим месецима су уочљивији код испитаника на метадону него код оних на бупренорфину (УБАЦИТИ ОВУ РЕФЕРЕНЦУ У ЛИТЕРАТУРУ И СТАВИТИ ПОСЛЕ БРОЈ ОВДЕ [Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance. Ponizovsky AM, Grinshpoon A. Am J Drug Alcohol Abuse. 2007;33\(5\):631-42.](#))

Из тих разлога би за доказивање наше хипотезе требало урадити друга истраживања која би укључила конзистентнију групу испитаника.

Зависници који су укључени у метадонски програм имају нижи ниво квалитета живота у домену психичког здравља (18,78 +/- 4,35) и социјалних односа (9,40 +/- 2,82) него зависници који нису обухваћени програмом.

Статистички значајне разлике између две групе зависника не постоје ни у једном од наведених домена.

Овакав резултат у одређеној мери потврђује нашу хипотезе (да је ниво квалитета живота зависника у програму метадонског одржавања нижи од нивоа квалитета живота зависника који нису укључени у програм), са којом се ушло у ово истраживање. Ово је у сагласју са другим сличним истраживањима Piralishvili у Грузији и Maremmani у Италији (УБАЦИТИ ОВЕ РЕФЕРЕНЦЕ *Evaluation of the quality of life (Whoqol-Bref) among methadone and suboxone substitution state program patients and healthy volunteers in Georgia. Piralishvili G, Gamkrelidze I, Nikolaishvili N, Chavchanidze M. Georgian Med News. 2012 Dec;(213):44-7. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. J Subst Abuse Treat. 2007 Jul;33(1):91-8. Epub 2007 Jan 16.*)

Квалитет живота у вези са здрављем описан је резултатима који су добијени применом стандардизованог упитника WHO EQ-5D, на два начина: расподелом учесталости проблема у функционисању и присуства симптома (WHO EQ-5D-5L) и просечним оценама здравља на визуелној аналогној скали 0-100 (WHO EQ-VAS) (105).

Код зависника укључених у метадонски програм статистички значајно чешће јављају се проблеми са покретљивошћу, вођењем бриге о себи и обављањем свакодневних активности, као и стања каква су бол/нелагодност и раздражљивост/депресија.

Зависници у метадонском програму оцењују своје здравље најнижом просечном оценом (62,19 +/- 19,17). Просечне оцене зависника који нису у метадонском програму и здравих су статистички значајно веће.

И ови резултати мерења потврђују наше хипотезе. Сензитивности коришћеног инструмента потврђена је у већем броју истраживања, па се и оцена квалитета живота не доводи у сумњу. Скорови квалитета живота у вези са здрављем зависника у метадонском програму дефинитивно су нижи него скорови квалитета живота осталих зависника, а што може бити у вези са различитим карактеристикама зависника, карактеристикама зависности у нашој популацији зависника, карактеристикама третмана, на шта указује доступна литература.

6.1.2. Мерења - методолошки аспекти

Претраживање литературе које представља теоријску основу овог истраживања показује да мере квалитета живота (индекс WHOQOL-BREF) и здравља, односно квалитета живота у вези са здрављем (индекс EQ-5D) корелирају. Ово је веома значајан налаз, с обзиром на сву конфузију која прати ова два концепта. Реч је о различитим појмовима који дефинишу различите приступе мерењу и који се морају јасно разликовати.

У основи, оба приступа представљају покушаје мерења истог ентитета - "доброг или бољег живота". У том контексту, квалитет живота у вези са здрављем може се сматрати "негативним приступом", јер мери присуство или одсуство симптома и ограничења (испада) у домену физичког, менталног и социјалног здравља који се могу довести у везу са третманом. Симптоми и ограничења су свакако важан чинилац који у одређеној мери утиче на квалитет живота. Међутим, квалитет живота за пацијента нису само одсуство симптома и

проблема, иако је из разумљивих разлога то веома битно здравственим радницима. Ову инсуфицијентност не умањује ни чињеница да се пацијент данас активно укључује у евалуацију, те да резултати мерења одражавају перцепцију самог пацијента. Са становишта здравствене професије ово је веома важан приступ, јер представља основу за евалуацију њиховог рада усмереног на отклањање симптома и ограничења.

Међутим, квалитет живота је шири и у основи "позитиван приступ", који се данас поистовећује с концептом "среће". Он се заснива на евалуацији "доброг живота" који обухвата домене који се односе на далеко шире садржаје и аспекте живота, него што је одсуство симптома и ограничења. С друге стране, иако је неспорно важна, третман није и једина детерминанта квалитета живота која је битна за пацијента. Поред тога, ма како добри, здравствени радници не могу знати шта све чини садржај среће једног пацијента. У покушају да ревазије овај недостатак, доступна литература сугерише да идеална мерила за процену квалитета живота треба да креирају сами испитаници чији се квалитет живота евалуира јер једино они могу да инкорпорирају у концепт квалитета живота све оно што је заиста битно и оцењују у контексту својих циљева, вредности и очекивања која имају. Таква мерила су валиднија и свакако сензитивнија. Међутим, бројност и разноврсност клиничких ентитета овај захтев често чини неостваривим.

У таквој ситуацији коришћење стандардизованих инструмената какви су упитници WHOQOL-BREF, који се користи за евалуацију квалитета живота, и EQ-5D, који се користи за евалуацију квалитета живота у вези са здрављем су једина приступачна алтернатива.

Теоријски, индекси добијени мерењем уз помоћ ова два инструмента требало би да корелирају, јер симптоми и проблеми који ограничавају човека свакако чине део квалитета живота. С друге стране јасно је да квалитет живота није само одсуство симптома и ограничења.

Ово истраживање је потврдило да перцепција здравља (индикатор здравствено релевантног квалитета живота) и перцепција квалитета живота корелирају. Ова корелација је високо статистички значајна и директно пропорционална.

То потврђује да оба индекса - WHO EQ-5D и WHO QL-BREF имају једнаку валидност. То омогућава даље коришћење WHO QL-BREF индекса за описивање и анализу појединих аспеката квалитета живота, будући да је квалитет живота пацијента далеко шири концепт, па коришћење овог инструмента даје објективнију и целовитију слику квалитета живота.

Овај налаз потврђује другу хипотезу с којом се ушло у истраживање.

6.2. Карактеристике зависника као детерминанте квалитета живота

6.2.1. Демографске карактеристике

Демографске карактеристике су често цитирани фактори од утицаја на квалитет живота зависника. Међутим, ове карактеристике се нису показале нарочито важним детерминантама квалитета живота. На то указују два неспорна резултата овог истраживања.

Први: Демографске карактеристике нису показале предиктивни утицај на перцепцију квалитета живота. Други: Сем утицаја пола на квалитет живота у домену физичког здравља и

функционисања, као и у домену психичког здравља, ни једна друга демографска варијабла не може објаснити варирање у нивоу квалитета живота ни у једном анализираном домену.

Међу зависницима у овом истраживању било је 15,6% жена. Удео жена у узорку овог истраживања далеко је мањи од оног који је нађен у доступној литератури, уколико се изузму истраживања која су урађена искључиво на популацији истог пола (80,88).

Иако овај узорак не може бити репрезент укупне популације зависника, учешће жена у структури зависника укључених у програм метадонског одржавања може бити индикатор њихове заинтересованости за овај вид третмана или индикатор става здравствене службе у погледу потребе за већим укључивањем жена.

Имајући у виду да друга алтернатива скоро да и не постоји, овакав налаз тражи детаљније истраживање.

Пол је показао предиктивни утицај на квалитет живота у домену физичког здравља и функционисања, као и у домену психичког здравља, али не и у другим доменима.

Резултати овог истраживања потврђују запажања које је изнео Bawor (82). Bawor је испитивао полне разлике у исходу метадонског третмана зависности (задржавање у третману, ремисије, злоупотреба већег броја супстанци, доза метадона, преваленца нежељених догађаја у вези са употребом дроге, здравствени статус, психолошки статус, морталитет, криминалне активности, високо ризично сексуално понашање, социјална подршка и односи са околином, запосленост). Он је утврдио да се разлике у исходу између мушкараца и жена могу довести у везу са специфичностима коришћења опиоида и карактеристикама улазног третмана (82).

Истраживање које чини основу ове дисертације показује да се пол може довести у везу са разликама у квалитету живота, нарочито у домену физичког и психичког здравља.

У том смислу чини се оправданом потреба разумевања родно специфичних предиктора здравствено релевантног квалитета живота, на коју указује Tran (80). Иако се његово истраживање бавило једном специфичном субпопулацијом (ХИВ/АИДС зависницима), закључци до којих је дошао су недвосмислено указали да су предиктори здравствено релевантног квалитета живота жена и мушкараца са ХИВ/АИДС-ом различити. У овом истраживању код мушкараца је регистрован виши ниво квалитета живота у домену физичког здравља, окружења, психолошким димензијама, док су жене имале више скорове у домену извршења. Испитивање предиктора је показало да се алкохол и ињекционо узимање дрога могу сматрати негативним предикторима здравствено релевантног квалитета живота код оба пола. Запосленост је била повезана са бољим извршењем код мушкараца, бољим физичким али лошијим срединским статусом код жена. Код жена које имају децу регистрован је пад у области социјалне подршке, у домену психичког здравља, срединском домену и домену извршења. На основу ових налаза Tran, 2012. сугерише да је потребно развити родно специфични приступ (стратегије третмана) у односу на пол зависника који улазе у третман метадонског одржавања (80).

Дизајн овог истраживања није имао у фокусу испитивање разлика у предикторима лошег квалитета живота два пола, али је неспорно утврђено да утицај пола постоји када је реч о два веома битна домена квалитета живота.

Доминантну категорију у групи зависника у метадонском програму чине зависници средњег животног доба (78,1%). Испитаници старости 31-35 година чине 40,6%, 36 до 40 година 21,9%, а испитаници старости 40 и више година чине 15,6% испитиваних група. У целини узевши, структура зависника на којима је урађено ово истраживање није упоредива са великим бројем других истраживања, у којима су много заступљеније млађе категорије испитаника. Није сасвим јасно да ли структура одражава приступ у третману или је реч о selection bias-у. То захтева додатно истраживање. У сваком случају, узраст се није показао значајном детерминатом квалитета живота ни у једном испитиваном домену.

Ни у доступној литератури нема експлицитних повезивања узраста са варијацијама у нивоу квалитета измерених индексом WHOQOL-BREF. Једна од ређих упоредивих студија је она чије је резултате публиковао Millson (83).

Millson (83) наводи да се узраст може повезати са варијацијама у нивоу квалитета живота у физичком домену. Његово истраживање показало је да квалитет живота у физичком домену детерминишу, поред узраста, многе друге варијабле: статус запослености, хронична стања, хоспитализација, емоционално злостављање, сексуално злостављање и старост при првом коришћењу дроге (епизода убризгавања). Ментални здравствени проблеми, сексуално злостављање, физичко злостављање, употреба седатива, употреба кокаина, дужина коришћења кокаина (број дана), употреба седатива и употреба већег броја супстанци у последњих месец дана били значајно повезано са квалитетом живота у менталном домену. Резултати Millson-овог истраживања апострофирају две битне ствари. Прво: варијације у физичком и менталном домену квалитета живота не могу се објаснити само једним фактором. И друго: Комплексни утицај мноштва фактора који утичу на квалитет живота у вези са здрављем корисника опијата указују на потребу за диференцираним приступом (различитим услугама, прилагођеним потребама различитих кластера зависника) у третману који се пружа у оквиру метадонског програма.

У нашем истраживању узраст није показао предиктивна својства. Да ли и на који начин он делује у садејству са другим факторима није утврђено.

На предиктивни значај узраста као детерминате исхода третмана зависника у метадонском програму указао је Huissoud (84). Он налази да се млађи узраст може сматрати предиктором ниског задржавања у третману. Испитујући шта детерминише дужину задржавања опиоидних зависника у метадонском супституционом третману, дужину прекида и вероватноћу повратка у третман после прекида, на великом узорку од 2.880 пацијената лечених у Швајцарској, у периоду 2001-2008.година Huissoud (84) је утврдио да се прекид третмана асоциран са високом вероватноћом повратка може повезати са прекидом узимања метадона, лошим физичким здрављем и високим дозама метадона. Млађи узраст, лоши животни услови на уласку у третман, први третман су предиктори ниског задржавања.

Иако ово истраживање није имало у фокусу исти исход (овде се испитују варијације у квалитету живота као исходу, Huissoud фокусира прекид третмана као исход) извесна паралела би се могла повући, да је анализа предиктора показала да узраст има предиктивни значај (84).

6.2.2. Социјално-економске карактеристике

Социјално економску позицију обликује више варијабли, међу којима су најзначајније ниво образовања, запосленост, занимање, приходи, брачно стање. Социјално-економску позицију

одражавају и карактеристике домаћинства као што су структура домаћинства, место живљења, стамбени услови. У погледу већине ових варијабли нађена је статистички значајна разлика између зависника на метадонском програму и осталих испитиваних група. Ово може бити узрок тзв. confounding ефекта, стога тумачење односа између ових карактеристика и нивоа квалитета захтева додатни опрез.

Ни једна карактеристика социјално економске позиције није показале предиктивни утицај на перцепцију квалитета живота. Међутим, анализа предиктора нивоа квалитета живота у појединим доменима показује да је овај утицај итекако изражен.

Иако је било логично очекивати, карактеристике социјално економске позиције нису се показале као значајни предиктори квалитета живота у домену социјалног здравља.

Образовна структура зависника на метадонском третману спуштена је ка нижим образовним нивоима, у чему се високо статистички значајно разликује од других група. У овој групи постоји највећи удео испитаника са основним (9,4%) и средњим образовањем (87,5%) док је удео високо образованих најмањи (3,1%).

Ниво образовања као значајна карактеристика социјално економске позиције испитаника показала је предиктивни утицај на квалитет живота испитаника у домену физичког здравља и функционисања и психичког здравља, али не и у домену социјалног здравља и окружења.

На значај нивоа образовања као предиктора разлика у нивоу квалитета указао је Baharom (85). Истражујући факторе који се могу довести у везу са променама у квалитету живота зависника после шестомесечног учешћа у метадонском третману у Малезији (85) овај истраживач је регистровао сигнификантну промену скор у сва четири домена квалитета живота. Највеће побољшање било је у психолошком домену. Промене у нивоу квалитета живота у психолошком и социјалном домену могу се довести у везу са терцијарном едукацијом зависника. Негативни ХИВ статус повезан је са унапређењем квалитета живота у домену средине, а промене у физичком домену не могу се довести у везу ни са једним предиктором.

Наше истраживање указује да се промене у нивоу квалитета живота у психолошком домену могу довести у везу са вишим степеном едукације, што делимично потврђује налазе изнете у литератури (85). Повезаност нивоа едукације са променама у физичком домену највероватније представља последицу confounding ефекта других испитиваних варијабли. Такође остаје нејасна иначе логична веза између нивоа едукације и квалитета социјалних релација и односа са окружењем, која се логички могла претпоставити и објаснити.

У групи зависника на метадонском програму запослених има свега 12,4%, за разлику од здравих код којих је овај удео знатно већи (75,8%). У категорији незапослених има 87,5% зависника који су у метадонском програму, што је значајно више него код других опијатских зависника (68,8%) и здравих (21%). Ове разлике су биле високо статистички значајне.

У одступној литератури наводи се да запослени пацијенти имају значајно боље психолошко и социјално функционисање (86). Значај статуса запослености апострофира и Millson (83); он наводи да је запосленост значајно повезана са квалитетом живота у физичком домену. И истраживање које је рађено у Вијетнаму (81) довело је у везу незапосленост са нижим здравствено релевантним квалитетом живота.

У нашем истраживању није утврђен предиктивни ефекат запосленост на ниво квалитета живота ни у једном од анализираних домена, иако се то могло очекивати. Може се претпоставити да извештај на то има чињеница да међу зависницима има веома мало запослених (12,4%), али остаје нејасно да губитак посла није оставио велики траг на квалитет живота (89,3% зависника на метадонском програму и 95,5% других зависника било је запослено раније). Ово би се могло објаснити чињеницом да запосленост у нашој земљи по себи нема велики утицај на социјално-економску позицију, с обзиром на приходе које обезбеђује. Већи број зависника такође нема никакву шансу да се запосли, а рад на одређено и самозапошљавање се не сматрају запосленошћу у правом смислу те речи.

По врсти занимања већина зависника концентрише се у категоријама нижих и лошије плаћених занимања. Иако ове разлике нису биле статистички значајне, анализа предиктора показала је да врста занимања има предиктивни утицај на квалитет живота испитаника у домену физичког здравља и функционисања и психичког здравља, мада не и у домену социјалног здравља и окружења.

Запослености по себи није предиктивни фактор квалитета живота, јер запошљавање често не одређује материјални положај човека, али приходи - јесу. Месечни приходи имају предиктивни утицај на квалитет живота испитаника у домену физичког здравља и функционисања и психичког здравља, мада не и у домену социјалних односа и окружења.

Већина зависника у метадонском програму концентрише се у категоријама прихода који су испод просека (12,5%), минимални (15,6%) или испод минималних (31,2%); више од трећине (34,4%) зависника у метадонском програму нема никакве приходе. Слична дистрибуција постоји и у групи зависника који нису у програму, за разлику од здравих који се битно другачије дистрибуирају по категоријама прихода.

На значај материјалних услова живота указала је и De Maeyer (87). У истраживању које је реализовано на узорку опијатских зависника укључених у ванболнички метадонски третман у Белгији, De Maeyer је урадила кластер анализу. Кластер анализа сврстала је зависнике у три кластера, доводећи у директну везу ниво квалитета и материјалне услове у првом кластеру. У овај кластер ушли су зависници, који живе у маргиналним условима и имају ниске скорове квалитета живота у свим доменима. Налази ове студије указују на повезаност нивоа квалитета живота, материјалног положаја, развијености социјалне мреже и односа у њој (социјалне подршке) (11,87).

Карактеристике домаћинства, као део карактеристика које описују социјално-економску позицију испитаника, нису показале предиктивни утицај на перцепцију квалитета живота. Међутим, анализа предиктора варијација у квалитету живота по појединим доменима показала је изражен утицај значајног броја карактеристика домаћинства.

Физичко здравље детерминише, поред осталих, неколико карактеристика домаћинства (површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора).

Психичко здравље може се довести у предиктивну везу са више карактеристика домаћинства (број чланова домаћинства, објекат у коме живе, површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора).

Социјалне односе, поред више других карактеристика, детерминише и једна карактеристика домаћинства (број чланова домаћинства).

Окружење, као домен квалитета живота може се довести у везу са једном карактеристиком домаћинства (поседовање и коришћење компјутера).

Пре него се приступи објашњавању овог утицаја, треба се осврнути на чињеницу да се испитиване групе статистички значајно разликују у погледу већине карактеристика породице и домаћинства.

Брачно стање је једна од карактеристика за коју сва доступна литература тврди да има значајан утицај на квалитет живота.

Међу зависницима који нису у метадонском програму има 34,4% ожењених; ожењених у групи зависника који су укључени у програм метадонског одржавања има свега 21,9%. Учешће ове категорије код здравих је скоро дупло веће. Сличне разлике између група постоји и у вези са учешћем категорије испитаника који живе у ванбрачној заједници (којих има 3 - 5 пута више међу зависницима) и категорије разведених (која је 2,5 до 3,5 пута већа код зависних).

Брачни статус као значајна карактеристика социјално-економске позиције показала је предиктивни утицај на квалитет живота испитаника у домену физичког здравља и функционисања и окружења. Супротно очекивањима, брачни статус није показао предиктивни утицај на квалитет живота у домену психичког здравља и социјалних односа.

За разлику од тога, број чланова домаћинства - јесте.

У двочланом домаћинству живи 28,1% зависника у метадонском програму; учешће ове категорије креће се од 9,7% код зависника изван програма до 6,9% код здравих. Разлике између група су високо статистички значајне.

Број чланова домаћинства представља предиктор квалитета живота у домену психичког здравља и социјалних односа.

И доступна литература апострофира важност развијености социјалне мреже и односа у њој.

Де Маеуер наводи да постојање бар једног доброг пријатеља као и структуриране дневне активности имају сигнификантан и позитиван утицај на квалитет живота (De Maeyer, 2011.).

Тран (81) сугерише да чланство у групама за самопомоћ знатно побољшава здравствено релевантни квалитет живота ХИВ позитивних зависника. Резултати његовог истраживања указују на потребу да се побољша психолошка и социјална подршка пацијената у раним фазама ХИВ инфекције у Вијетнаму (81)

На узорку од 159 опијатских зависника који су укључени у ванболнички метадонски третман у Белгији, у периоду 1997.-2002. Де Маеуер је урадила истраживање по типу студије пресека. Кластер анализа селектовала је три класе испитаника.

Класа ниског квалитета живота опијатских зависника обухвата зависнике који живе у маргиналним условима; ови зависници имају ниске скорове квалитета живота у свим доменима. Класа средњег квалитета живота обухвата стабилизоване али социјално искључене опијатске зависнике; ови зависници имају више скорове квалитета живота у домену безбедности и животних услова и ниске скорове квалитета живота у свим другим доменима. Висока класа квалитета живота обухвата социјално укључене опијатске зависнике; карактерише се високим скоровима квалитета живота у свим доменима изузев финансија. Налази ове студије указују на повезаност нивоа квалитета живота, материјалног положаја, развијености социјалне мреже и односа у њој (социјалне подршке) (87).

Студија која је рађена у Ирану, 2013., на узорку од 762 зависника од опијата мушког пола који су ушли у третман метадонског одржавања утврдила је да обезбеђење социјалне подршке зависника утиче на добар резултат у смислу пораста квалитета живота (88).

Милсон (83) апострофира важност насиља као карактеристике односа у мрежи. Он повезује сексуално и физичко злостављање са скоровима квалитета живота у менталном домену, а емоционално и сексуално злостављање са скоровима квалитета живота у физичком здрављу.

Наше истраживање потврдило је важност социјалне мреже и подршке, која је најснажнија у првом кругу (чланови породица и други чланови домаћинства у коме зависници живе). Утицај ширег круга социјалне мреже није потврђен.

Сви зависници у метадонском програму живе у граду или приградским насељима, као и већина опијатских зависника (86,9%). За разлику од њих, чак 11,1% здравих настањено је на селу. Иако нема статистички значајних разлика између група, тип насеља у коме живе показао је предиктивни утицај на квалитет живота испитаника у домену физичког здравља и функционисања, психичког здравља и окружења, али не и у домену социјалних односа.

Мањи део зависника у метадонском програму (43,2%) живи у становима; учешће ове категорије у структури осталих група је далеко веће. Иако ове разлике нису биле статистички значајне, анализа предиктора је утврдила да је објекат у коме живе значајан предиктор квалитета живота у домену психичког здравља

Услови становања анализирани су преко већег броја варијабли. Две карактеристике које описују услове становања показале су се као важни предиктори квалитета живота у домену физичког здравља и психичког здравља (површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора).

Највећи део зависника који нису у метадонском програму станује у објектима чија стамбена површина не прелази 20 м² (84,4%); за разлику од њих, учешће ове категорије у друге две групе испитаника је много мање (43,8% односно 42,9%).

Пећи на чврста горива су главни извор снабдевања топлотом у обе групе зависника, док је код здравих то парно (централно или етажно) грејање. Начин загревања стамбеног простора је предиктор квалитета живота у домену физичког здравља и психичког здравља .

Поседовање телефона, радио и ТВ пријемника, независно од тога да ли га користи или не нису карактеристике по којима се групе значајно разликују.

Међутим, разлике постоје у односу на приступ компјутеру и интернету. Број испитаника који нема приступ компјутеру и интернету 3 пута је већи код зависника у метадонском програму (28,1%) него код других зависника (9,4%) и више него 4 пута већи него код здравих (6,3%).

На важност животних услова указао је раније Huissoud, 2013. Он истиче да су лоши животни услови на уласку у третман веома важни предиктори ниског задржавања. Око једне половине пацијената који прекину третман вратиће се у току 5 година (84).

6.2.3. Здравствене карактеристике

Проблеми у функционисању региструју се само у групи зависника на метадонском третману. Симптоми бола/нелагодности и анксиозности/депресивности такође се статистички значајно чешће јављају у овој групи.

Tran (80) наводи да је учесталост пријављених проблема у свих 5 димензија здравствено релевантног квалитета живота мереног ЕК-5Д код ХИВ позитивних зависника (2.4-30.9%) знатно веће него у општој популацији (0.7-12.1%). У поређењу са пацијентима који примају антиретровирусну терапију, испитаници у ранијим фазама ХИВ инфекције пријављују постојање проблема сличних размера у четири димензија здравствено релевантног квалитета живота, осим бола/нелагодности; ови проблеми се јављају у знатно већем проценту код пацијената који примају антиретровирусну терапију. Интравенски корисници дрога који узимају антиретровирусну терапију имају нижи скор здравствено релевантног квалитета живота него корисници који не убризгавају дрогу (80).

Индекси здравља израчунати као просечна оцена на скали EQ-5D-VAS су најнижи у категорији зависника на метадонском програму; ова група зависника се по овом обележју статистички значајно разликују од свих осталих група.

Статистички значајна разлика постоји и у погледу перцепције здравља, иако је учешће зависника који сопствено здравље перципирају као "лоше" и "веома лоше" у овој групи мање него код других зависника, који нису у програму метадонског одржавања.

Карактеристике здравственог статуса (функционална способност) имају предиктивни утицај на физичко здравље и функционисање (могућност обављања свакодневних активности), психичко здравље (покретљивост, способност бриге о себи, присуство симптома - бол/нелагодност, раздражљивост /депресија) и социјалне односе (способност бриге о себи).

У прилог наших резултата говори и истраживање које је радио Millson (83). Овај истраживач наводи да су хронична стања, праћена мноштвом симптома и ограничења, као и хоспитализације значајно повезани са квалитетом живота у физичком домену.

С друге стране, на значај присуства психичких проблема указала је и De Maeyer (11). Она је утврдила постојање статистички значајног и негативног утицаја психолошког дистреса на квалитет живота. Тежина психолошког дистреса, узимање медикамената за психолошке проблеме и неспособност да се промени властита животна ситуација асоцирани су са ниским квалитетом живота. До сличних запажања о важности психичких сметњи дошао је и Millson. Он наводи да су у његовом истраживању ментални здравствени проблеми били

значајно повезано са квалитетом живота у менталном домену.

Перцепција здравља као значајна здравствена карактеристика испитаника има предиктивни утицај на физичко здравље и функционисање и психичко здравље.

Ово корелира са налазима које је изнео Parmenter (86). Он наводи да постоји снажна и позитивна корелација између физичког и менталног здравља и социјалног функционисања, што указује да се побољшањем било које компоненте може утицати на друге аспекте (димензије) здравља (квалитета живота).

Није утврђен предиктивни утицај здравствених карактеристика (функционисање, перцепција здравља) на ниво квалитета живота у домену окружење.

Зависници користе здравствену заштиту више него здрави (40,6% зависника ван програма и 53,1% зависника у програму метадонског одржавања код ристи здравствену заштиту више од 4 пута годишње). По броју посета зависници се статистички значајно разликују од здравих испитаника.

Контрола здравља као главни разлог посете статистички значајно ређе наводе зависници (3,1% зависници у програму, 6,2% зависници ван програма) него здрави (15,9%).

Карактеристика које описују здравствену заштиту испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине, главни разлог посете) имају предиктивни утицај на квалитет живота у домену физичког здравља и функционисања.

Са квалитетом живота у домену психичког здравља могу се, поред осталог довести у везу и карактеристике здравствене заштите испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине).

На значај континуитета указао је и Parmenter (86). Он истиче да је континуирани непрекинути третман био статистички значајно повезан са ослобађањем од дрога, те да представља најснажнији предиктор промена. Континуитет третмана статистички значајно редукује коришћење уличног хероина и ињектирање дроге, и статистички сигнификантно побољшава психосоцијално функционисање (86).

Карактеристике здравствене заштите нису се показале као значајни предиктори квалитета живота у домену социјалног здравља.

У предикторе квалитета живота у домену окружења ово истраживање сврстало је и неке карактеристике здравствене заштите испитаника (континуитет - број посета лекару опште медицине, главни разлог посете)

Важност континуитета заштите апострофира већи број истраживача. Parmenter (86) сматра континуитет заштите најснажнијим предиктором промена у исходу зависности; овај став он гради на бази резултата лонгитудиналне проспективне кохортне студије исхода зависника на метадонском третману у Великој Британији, код којих је утврђено статистички сигнификантно побољшање психосоцијалног функционисања (Parmenter, 2013.).

Важност континуитета такође потенцира Zhao (89).

С тим у вези је и приступачност здравствених услуга, којом се бавио Tran (81). У његовом истраживању које је урађено у Вијетнаму, на узорку ХИВ позитивних зависника мултипла регресија повезала је неприступачност здравствених услуга са нижим здравствено релевантним квалитетом живота. Резултати истраживања указали су на потребу да се побољша реферални систем (систем упућивања) и побољша психолошка и социјална подршка пацијената у раним фазама ХИВ инфекције у Вијетнаму (81).

6.3. Карактеристике зависности као детерминанте квалитета живота

У целини посматрано, по дужини зависничког стажа, узорком доминирају зависници који имају 5-10 година (32,8%) и 11-15 година стажа (29,7%). Статистички значајне разлике између зависника укључених у програм и других који су ван програма - не постоје!

Код зависника у метадонском програму региструју се нешто веће (теже) последице зависности у односу на запосленост (способност за рад) и сукобе са законом, а мање у сфери здравственог стања, алкохолизма, породичног функционисања. Кад је реч о последицама у вези са дрогом оне су практично исте. Међутим, статистички значајних разлика у тежини зависности, израженој АСИ скоровима, између две групе зависника, нема.

Постоји висок степен сагласности око тога да су карактеристике зависности (врста коришћене дроге, број злоупотребљаваних дрога, дужина наркоманског стажа, фреквенција узимања дроге) значајан чинилац квалитета живота.

Millson наводи да су у његовом истраживању употреба седатива, употреба кокаина, дужина коришћења кокаина (број дана) и употреба већег броја супстанци у последњих месец дана били значајно повезано са квалитетом живота у менталном домену. Wawor , 2014 такође истиче да постоје разлике у исходу између мушкараца и жена које се могу довести у везу са специфичностима коришћења опиоида и карактеристикама улазног третмана (82).

Међутим, постоје и истраживачи који утицај "фактора: дрога" свде на минимум. Међу њима је и De Maeyer, 2011. која није утврдила повезаност између варијабли везаних са дрогу и квалитета живота (11).

Карактеристике зависности - АСИ индекси свих домена који описују зависност и њене последице, изузев оних који се односе на запослење и алкохол (Medical Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score, Psychiatric Composite Score) показали су се у овом истраживању значајним детерминантама перцепције квалитета живота.

Карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте у вези са врстом коришћене психоактивне супстанце (Alcohol Composite Score, Drug Composite Score) као и дужина узимања дроге (наркомански стаж) показали су се као значајне детерминанте квалитета живота у домену физичког здравља и функционисања.

Карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте и последице зависности, сем ефеката на запослење (Medical Composite Score, Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score, Psychiatric Composite Score), као и друге карактеристике које описују зависност (наркомански стаж) показали су у

овом истраживању значајан предиктивни ефекат на квалитет живота у домену психичког здравља и функционисања.

Карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте и последице зависности (Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score) показали су значајан предиктивни утицај на квалитет живота у домену социјалних односа.

Карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте зависности (Employment Composite Score, Alcohol Composite Score, Drug Composite Score, Legal Composite Score, Family Composite Score, Psychiatric Composite Score), као и друге карактеристике које описују зависност (дужина наркоманског стажа) имају значајан предиктивни утицај на квалитет живота у домену окружења.

6.4. Карактеристике третмана метадонског одржавања као детерминанте квалитета живота

Сви зависници укључени су у програм метадонског одржавања високог прага. Коришћена доза метадона је иста (...), тако да је дискусија о утицају висине дозе - беспредметна. Међутим, друге карактеристике третмана завређују детаљнију елаборацију, пре свега дужина учешћа и прекиди у третману .

Највећу подгрупу унутар зависника укључених у метадонски програм чине зависници који су с узимањем метадона почели пре пре 36 до 48 месеци (34,4%), затим 24 до 36 месеци (18,8%) и преко 72 месеца (18,8%), а најмање подгрупе чине зависници који су узимање метадона започели пре 48 до 60 месеци (12,6% зависника), 60 до 72 месеца (9,4%) и у периоду до 24 месеца (6,2% зависника ове групе).

У овом истраживању показало се да дужина трајања метадонског третмана представља значајан предиктор перцепције квалитета живота, као и нивоа квалитета живота у домену психичког здравља.

Највећи број њих није прекидао програм (78,1%). Нешто преко петине испитаника ове групе (21,9%) имало је прекиде у метадонском програму, било да су их из њега искључили (9,4%) или су га самовољно напустили (6,2%), односно, прекинули из других (непознатих) разлога (6,2%).

Имајући у виду структуру зависника по дужини учешћа у третману, проценат рецидива у нашем истраживању је међу нижим у поређењу са резултатима који се наводе у доступној литератури. Примера ради, Хиао, 2010. наводи да после 90 дана у третману метадонског одржавања остаје 82,65% пацијената. Lashkaripour (78) истиче да после три месеца у третману остаје 83% пацијената. Dhawan (96), наводи да после девет месеци остаје у третману 64.1 % испитаника. Huissoud (84), налази да вероватноћа останка у програму одржавања годину дана износи 69%, 3 године 45%, а дуже од 5 година - 33%.

Овим истраживањем утврђено је да прекиди у метадонском третману представљају важан предиктор квалитета живота у домену психичког здравља и окружења.

Више од 4/5 зависника у програму метадонског одржавања (81,2%) користило је, поред метадона, још један лек, најчешће Бенседин (34,4%) или Ксалол (34,4%). Третман зависника ван супституционог третмана заснован је предоминантно на употреби једног лека (71,9%). Употреба више различитих лекова је скоро дупло ређа у третману зависника који нису обухваћени програмом метадонског одржавања (43,8% ових зависника користи два или више препарата за лечење зависности и њених последица). Разлике у приступу лечењу су високо статистички значајне.

Перцепција квалитета живота зависника од опијата који су укључени у програм метадонског одржавања, зависника који нису обухваћени програмом и здравих људи се статистички значајно разликује. Најлошију перцепцију квалитета живота имају зависници у метадонском програму.

Међу анализираним карактеристикама третмана, са варијацијама у перцепцији квалитета живота може се довести у везу само дужина трајања метадонског третмана.

Већина студија које су послужиле за израду теоријског оквира ове дисертације указују да дужина трајања метадонског третмана има снажан утицај на унапређење квалитета живота. Већина истраживача такође истиче да је напредак највећи на почетку третмана.

Истражујући промене у квалитету живота код 172 ванболнички лечених зависника на метадонском одржавању у Кини, Хiao (79) налази високо статистички значајан пораст нивоа квалитета током првих 30 дана третмана. Повећање квалитета живота одржава се и између 30. и 90. дана третмана. Напредак је нарочито значајан у домену физичког и психичког здравља.

Lashkaripour истиче да је орално давање метадона у програму метадонског одржавања ефикасан начин за повећање свеукупног квалитета живота током прва три месеца третмана зависника од супстанци. Истражујући промене у квалитету живота код 100 пацијената лечених 2009.-2010. у Ирану, он је утврдио да квалитет живота континуирано расте од уласка у третман до краја првог месеца, а затим се одржава током другог и трећег месеца. Третман је нарочито ефикасан у побољшању квалитета живота у домену физичког здравља и социјалних релација током времена, али не доводи до значајног унапређења квалитета живота у домену психичког здравља и средине (78).

Испитујући ефекте метадонског третмана (107 испитаника) и третмана бупренорфином (106 испитаника) на задржавање у третману, резултати анализе дроге у узорку урина, психијатријски статус, социјалну прилагођеност, и квалитет живота пацијената укључених у дуготрајни третман цитираним медикаментима Maremmani (66) је утврдио статистички значајно побољшање у коришћењу опиоида, психијатријском статусу и квалитету живота између 3 и 12 месеци за оба медикамента. Студија сугерише да постоји дуготрајна ефикасност ове две врсте третмана зависности од опијата на симптоме зависности и квалитет живота (66).

И резултати студије чије је резултате публиковао Icro (95) показују статистички значајна побољшања у квалитету живота између 3. и 12. месеца за оба лека. Ова студија сугерише дугорочну ефикасност метадонског третмана и третмана бупренорфином у односу на симптоме опиоидне зависности и квалитет живота.

У истраживању које је рађено у Литванији, по типу проспективне follow-up студије на узорку 102 зависника Padaiga (23) је утврдио да постоји значајно побољшање квалитета живота после 6 месеци метадонског одржавања. Унапређење квалитета нарочито долази до изражаја у домену физичког и психичког здравља, као и у срединској компоненти квалитета живота. У социјалној компоненти, међутим, нису утврђене статистички значајне промене.

Деветомесечна follow up студија коју је радио Dhawan (96) утврдила је побољшање квалитета живота зависника од опијата у сва четири домена у периоду деветомесечног праћења.

Истражујући ефекат метадонског одржавања на квалитет живота пацијената укључених у третман, у студији пресека на узорку од 46 ванболнички лечених зависника Gong, 2009. је утврдио постојање статистички значајног унапређења квалитета живота у сва четири домена у односу на ниво утврђен на пријему (94).

Rouhani¹ истражује улогу квалитета живота и његових раних промена као предиктора задржавања у третману метадонског одржавања. У лонгитудиналној студији праћено је 203 испитаника 6 месеци од почетка њиховог третмана. 2009 - 2010. Rouhani (100) тврди да је повећање квалитета живота током шест месеци третмана већа код људи са нижим нивоом квалитета живота пре отпочињања третмана. Квалитет живота пре третмана је предиктор раних промена у квалитету живота и дужем задржавању у програму (100).

Мерења које је вршио Baharom (85) показују да је разлика у нивоу квалитета високо статистички сигнификантна и позитивна у сва 4 домена у односу на почетак третмана. Највећа разлика средина је у психолошком домену, а најмања у социјалном домену (85).

Chou (97) такође истиче да третман метадонског одржавања доприноси дугорочном унапредјењу квалитета живота хероинских зависника у психолошком домену и домену социјалних односа. Квалитет живота мерен је код 285 испитаника после 6, а код 155 после 12 месеци. По искључењу утицаја демографских и клиничких карактеристика, Chou је утврдио да постоји статистички сигнификантно повећање квалитета живота у психолошком и срединском домену од нивоа на почетку и шест месеци после укључивања у третман. Статистички значајно унапређење нађено је у психолошком и социјалном домену после 12 месеци после почетка третмана метадонског одржавања. (97).

И истраживања рађена у нашој земљи предочавају да је третман метадонског одржавања ефикасан у смислу унапређења квалитета живота. У истраживању које је радио Маријановић (98) наводи се да пацијенти који су на терапији метадонским одржавањем 2 године или мање имају веће оцене у скоро свим аспектима квалитета живота. Код пацијената који су на терапији 2 – 5 година забележени су већи скорови у физичком и социјалном домену и домену животног окружења у односу на пацијенте који су на терапији дуже од 5 година, али ове разлике нису статистички значајне.

Међутим, Маријановић истиче да не постоји статистички значајна разлика у квалитету живота која се може довести у везу са дужином терапије метадонским одржавањем (98). Маријановић није усамљен у овој тврдњи. Постоје и други аутори који чак тврде да квалитет живота - опада у функцији времена.

Испитујући промене у квалитету живота зависника од опијата у третману метадонског одржавања који траје дуже од 5 година De Maeyer (11) је интервјуисала 159 испитаника. Она је регистровала низак скор квалитета живота у различитим доменима.

Испитивање повезаности промена вредности индекса WHOQOL-BREF и ASI индекса у различитим доменима са дозирањем и дужином (трајањем) третмана био је предмет систематског прегледа литературе који је обухватио 13 програма одржавања са 1.801 зависника на третману из 5 различитих земаља. Статистички значајне промене регистроване су у 4 домена квалитета живота (WHOQOL-BREF индекса) и 4 од 7 домена ASI индекса (дрого, психолошки, законски и породични). Међутим, аутор истиче да се дозирање фармаколошке медијације и трајање третмана ипак не могу довести у везу са променама у скоровима (90).

Повезаност дужине третмана и исхода - промене у квалитету живота коју је потврдило наше истраживање може се објаснити утицајем дужине третмана у комплексу мноштва других чинилаца.

Зависници у метадонском програму оцењују своје здравље - квалитет живота у вези са здрављем најнижом просечном оценом (62,19 +/- 19,17). Просечне оцене зависника који нису у метадонском програму и здравих су статистички значајно веће.

Код зависника укључених у метадонски програм статистички значајно чешће јављају се проблеми са покретљивошћу, вођењем бриге о себи и обављањем свакодневних активности., као и стања каква су бол/нелагодност и раздражљивост/депресија.

Ниво квалитета живота зависника од опијата мерен индексом WHO QL-BREF варира у зависности од домена.

Зависници који су укључени у метадонски програм имају виши ниво квалитета живота у домену физичког здравља и функционисања (23,72 +/- 3,57) и у домену окружења (28,03 +/- 4,77) него зависници који нису обухваћени програмом. Међутим, анализа предиктора није утврдила да карактеристике третмана имају предиктивни утицај на квалитет живота у домену физичког здравља.

Са квалитетом живота у домену окружења анализа предиктора довела је у везу прекидање метадонског третмана. Ови резултати потврдили су запажања која су изнели Gossop (102), Huissoud (84), Parmenter (86) и други.

Gossop (102) је испитивао исход двогодишњег третмана метадонског одржавања и метадонске редуције код 351 корисника дроге. Испитаници су били подељени у две групе у односу на прекиде у третману. Обе групе показују субстанцијалну редуцију коришћења незаконитих дрога и побољшање других исхода. Међутим, код пацијената на метадонском одржавању више дозе и задржавање у третману су асоцирани са побољшањима у смислу редуције коришћења забрањених (илегалних) дрога. Код пацијената на метадонској редуцији рапидно смањење дозе метадона повећава вероватноћу поновне злоупотребе хероина (102).

Parmenter (86) наводи да је континуирани непрекинути третман најснажнији предиктор промена у нивоу квалитета живота у свим доменима. Наводећи резултате студије

проспективна лонгитудинална кохортна студија на узорку од 123 пацијената која је рађена да би се утврдило у којим околностима се субституциони третман може повезати са побољшањем исхода после 11 година третмана, он наводи да је једино континуирани непрекинути третман био статистички значајно повезан са ослобађањем од дрога. Ова карактеристика је најснажнији предиктор промена. Осим тога, континуитет третмана доприноси сигнификантном побољшању психосоцијалног функционисања (86).

Зависници који су укључени у метадонски програм имају нижи ниво квалитета живота у домену психичког здравља (18,78 +/- 4,35) и социјалних односа (9,40 +/- 2,82) него зависници који нису обухваћени програмом.

Са квалитетом живота у домену психичког здравља могу се довести у везу две карактеристике метадонског третмана: дужина трајања третмана и прекиди у третману. До сличних закључака је дошао и Parmenter (86) о чему је већ напред дискутовано. Карактеристике третмана нису се показале као значајни предиктори квалитета живота у домену социјалног здравља.

Статистички значајне разлике између две групе зависника не постоје ни у једном од наведених домена. Овај налаз доводи у питање делотворност третмана у смислу унапређења квалитета живота и даје основ за одбацивање треће хипотезе са којом се ушло у истраживање.

У свим посматраним доменима ниво квалитета живота зависника нижи је у него код здравих.

Статистички значајна разлика у нивоу квалитета живота између зависника који нису обухваћени програмом и здравих постоји у свим посматраним доменима.

Статистички значајна разлика у нивоу квалитета живота између зависника у метадонском програму и здравих постоји у домену психичког здравља и социјалних односа.

И овај закључак у значајној мери потврђује наше хипотезе у погледу тврдњи да испитаници на метадонском третману имају нижи квалитет живота од опијатских зависника третираних бупренорфином или опијатским антагонистима.

7. 7. Закључци

На основу резултата истраживања може се закључити следеће:

7.1. Перцепција квалитета живота зависника од опијата који су укључени у програм метадонског одржавања, зависника који нису обухваћени програмом и здравих људи се разликује, уз најлошију перцепцију квалитета живота која се опсервира код зависника у метадонском програму.

7.2. Код зависника укључених у метадонски програм чешће се јављају проблеми са покретљивошћу, вођењем бриге о себи и обављањем свакодневних активности, као и стања каква су бол/нелагодност и раздражљивост/депресија, због чега они оцењују своје здравље најнижом просечном оценом (62,19 +/- 19,17).

7.3. Перцепција здравља (индикатор здравствено релевантног квалитета живота) и перцепција квалитета живота директно пропорционално корелирају.

7.4. Ниво квалитета живота зависника нижи је у него код здравих у свим посматраним доменама.

7.5. Зависници који су укључени у метадонски програм имају виши ниво квалитета живота у домену физичког здравља и функционисања (23,72 +/- 3,57) и у домену окружења (28,03 +/- 4,77) него зависници који нису обухваћени програмом.

7.6. Зависници који су укључени у метадонски програм имају нижи ниво квалитета живота у домену психичког здравља (18,78 +/- 4,35) и социјалних односа (9,40 +/- 2,82) него зависници који нису обухваћени програмом.

7.7. Предиктори перцепције квалитета живота су:

- здравствене карактеристике испитаника које описују функционални статус (покретљивост, способност бриге о себи, могућност обављања свакодневних активности), присуство симптома (раздражљивост /депресија), перцепција здравља,
- карактеристике зависности - АСИ индекси свих домена који описују зависност и њене последице, изузев оних који се односе на запослење и алкохол,
- карактеристике третмана - дужина трајања метадонског третмана.

7.8. Предиктори нивоа квалитета живота варирају у односу на врсту домена.

7.8.1 Предиктори квалитета живота у домену физичког здравља су:

- демографске карактеристике (пол),
- карактеристике социјално-економске позиције испитаника (ниво образовања, брачни статус, врста занимања, месечни приходи, тип насеља у коме живи),
- здравствене карактеристике испитаника, које описују функционални статус (могућност обављања свакодневних активности), перцепцију здравља,
- карактеристике домаћинства (површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора),
- карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте у вези са врстом коришћене психоактивне супстанце, колико дуго су узимали дрогу.

- карактеристика које описују здравствену заштиту испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине, главни разлог посете),

7.8.2. Предиктори квалитета живота у домену психичког здравља су:

- демографске карактеристике (пол),
- карактеристика социјално-економске позиције испитаника (ниво образовања, врста занимања, месечни приходи, тип насеља у коме живи)
- здравствене карактеристике испитаника, које описују функционални статус (покретљивост, способност бриге о себи), присуство симптома (бол/нелагодност, раздражљивост /депресија), као и перцепцију здравља
- карактеристика домаћинства (број чланова домаћинства, објекат у коме живе, површина стамбеног простора по члану домаћинства, начин загревања стамбеног простора)
- карактеристике здравствене заштите испитаника, пре свега континуитет (број посета лекару опште медицине)
- карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте и последице зависности, сем ефеката на запослење, као и друге карактеристике које описују зависност (колико дуго су узимали дрогу)
- карактеристике третмана (дужина трајања метадонског третмана и прекиди у метадонском третману).

7.8.3. Предиктори квалитета живота у домену социјалног здравља су:

- карактеристике домаћинства (број чланова домаћинства).
- здравствене карактеристике испитаника, која описују функционални статус (способност бриге о себи).
- карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте и последице зависности.

7.8.4. Предиктори квалитета живота у домену окружења су:

- карактеристике социјално-економске позиције испитаника (брачни статус, тип насеља у коме живи)
- карактеристика домаћинства (поседовање и коришћење компјутера)
- карактеристике здравствене заштите испитаника (континуитет - број посета лекару опште медицине, главни разлог посете)
- карактеристике зависности - АСИ индекси који описују специфичне ефекте зависности, као и друге карактеристике које описују зависност (колико дуго су узимали дрогу).
- карактеристике третмана (прекидање метадонског третмана).

7.9. Учешће у третману метадонског одржавања може се довести у везу са квалитетом живота, иако овај утицај није конзистентан, нити превише јак. Из тих разлога за утврђивање односа између карактеристика третмана зависника и ефеката на квалитет живота неопходно је ново истраживање, по типу проспективне студије, са већим бројем испитаника, које ће фокусирати специфичне разлике у третману зависника, уз искључење других варијабли које могу имати конфаундинг ефекат.

8. Литература

1. Laudet AB, The Case for Considering Quality of Life in Addiction Research and Clinical Practice. *Addiction Science & clinical practice*, 2011. 6 (1): 44-55.
2. NAOMI. The trials and tribulations of implementing a heroin assisted treatment study in North America. *Harm Reduction Journal*, 2009. 10.
3. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 2010. 21 (5): 364-80.
4. Lee K, Lim W, Lee S. High prevalence of HCV in a cohort of injectors on methadone substitution treatment. *Journal of Clinical Virology*, 2008; 41 (4): 297-300.
5. Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, O' Grady KE. A study of Methadone Maintenance For Male Prisoners-3-Month Postrelease Outcomes. *Criminal Justice Behaviour*, 2008. 35 (1): 34-47.
6. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T et al. Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. *European Addiction Research*, 2006. 12 (2): 74-82.
7. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: More than health-related quality of life?. *Social Indicators Research*, 2009. 90 (1): 107-126.
8. Zubaran C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Current Opinion in Psychiatry*, 2009. 22 (3): 281-6.
9. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 2010. 21 (5): 364-80.
10. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, van Nieuwenhuizen C, Broekaert E. Exploratory study on domain-specific determinants of opiate-dependent individuals' quality of life. *European Addiction Research*, 2011. 17 (4): 198-210.
11. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Camfield L, Vanheule S, Sabbe B, Broekaert E. A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 2011. 48 (10):1244-57.
12. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, Van Nieuwenhuizen C, Sabbe B, Broekaert E. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of Life Research*, 2011. 20 (1): 139-50.
13. Sovrlić M, Petrović A, Babić S. Lečenje adicije od opijata metadonskom terapijom u Kliničkom Centru "Kragujevac". *Racionalna terapija*, 2009. 1 (2):13-8.
14. Jakovljevic M, Jovanovic M. Sadašnji status i troškovi lečenja opioidne zavisnosti u domaćem zdravstvenom sektoru. *Psihijatrija danas*, 2011. 43 (2): 197-9.
15. Steering Committee on practice guidelines. Practice guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Second Edition. American Psychiatric Association, 2006. 275.
16. The World Health Organization. Quality of life (WHOQOL-BREF). Procedures Manual. Geneva: World Health Organization, 2004.

17. World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization, 2009. 134.
18. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. New York: United Nations. 2007. 167.
- 18a. European Monitoring Centre for Drugs, Drug Addiction (EMCDDA). 2007 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 2007.
19. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Lammertyn J, van Nieuwenhuizen C, Broekaert E. Exploratory study on domain-specific determinants of opiate-dependent individuals' quality of life. *Eur Addict Res.*2011; 17(4):198-210.
20. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global AIDS epidemic 2006. Geneva: UNAIDS. 2008.
21. Mark TL, Woody GE, Juday T, Kleber HD. The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug Alcohol Dependence*, 2001. 61 (2): 195-206.
22. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011. Issue 10. Art. No.: CD004147. DOI: 10.1002/14651858.CD004147. pub4.
23. Padaiga Z, Subata E, Vanagas G. Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 2007; 43(3): 235-41.
24. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005. 49: 699-706.
25. Tracy EM, Laudet AB, Min MO, Kim HS, Brown S, Jun MK, Singer L. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and alcohol dependence*, 2012. 124: 242-9.
27. Ní Mhaoláina AM, Gallagher D, O'Connell H, Chin AV, Bruce I, Hamilton F et al. Subjective well-being amongst community-dwelling elders: What determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International psychogeriatrics*. 2012. 24(2): 316-23.
28. Flanagan JC: A research approach to improving our quality of life. *Am Psychologist* 1978; 33:138-47.
29. The WHOQOL Group The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995. 41: 1403-9.
30. De Vries J, Van Heck GL. The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation Study with the Dutch Version. *European Journal of Psychological Assessment*. 1997. 13(3): 164-78.
31. Collins D. Pretesting Survey Instruments: An Overview of Cognitive Methods. *Quality of Life Research*. 2003. 12(3): 229-38.
32. Banta HD. Quality of life. *Pharmacy World and Science*. 1993. 15(2): 45-9.
33. Samman E. Psychological and Subjective Wellbeing: A proposal for International Comparable Indicators. OPHI Working Paper Series. Oxford: University of Oxford. 2007. 54.

34. Sartorius N. WHO Method for Assessment of Health-related Quality of Life. In: Walker SR, Rosser RM (Eds). *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers. 1993.
35. Ware JE, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998. 51(11): 945-952.
36. Brazier JE, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*. 2002. 21 :271-92.
37. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1980. 34: 281-6.
38. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, et al. The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Service*. 1976. 6: 393-415.
39. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*. 1981. 19:787-805.
40. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*. 1985. 8: 15-24.
41. Ferrans CE, Ferrell BR. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1990. 17(supplement): 15-9.
42. Bowling A, Windsor J. Discriminative power of the health status questionnaire 12 in relation to age, sex, and long-standing illness: findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1997. 51: 564-73.
43. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The Meanings of Self-Ratings of Health. A Qualitative and Quantitative Approach. *Research on Aging*. 1999. 21(3): 458-76.
44. McMullen CK, Luborsky MR. Self-Rated Health Appraisal as Cultural and Identity Process: African American Elders' Health and Evaluative Rationales. *Gerontologist*. 2006. 46(4): 431-38.
45. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013. 13:320.
46. The EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*. 1990. 16: 199-208.
47. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-Attribute Health Status Classification Systems: Health Utilities Index. *Pharmacoeconomics*. 1995. 7(6): 490-502.
48. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003. 1:54

49. Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med.* 1997. 11(1): 3-20.
50. 116. Lubinga SJ, Levine GA, Jenny AM, Ngonzi J, Mukasa-Kivunike P. Health-related quality of life and social support among women treated for abortion complications in western Uganda. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013, 11:118
51. Skodova Z, Nagyova I, van Dijk JP, Sudzinova A, Vargova H, Rosenberger J et al. Socioeconomic inequalities in quality of life and psychological outcomes among cardiac patients. *Int J Public Health.* 2009. 54: 233-40.
52. Rabin R, de Charro F. EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *The Finnish Medical Society Duodecim, Ann Med* 2001; 33: 337-343.
53. Dorman PJ, Waddell F, Slattery J, Dennis M, Sandercock P. Is the EuroQol a Valid Measure of Health-Related Quality of Life After Stroke? *Stroke.* 1997. 28: 1876-82.
54. 120. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring Health Related Quality Of Life In Rheumatoid Arthritis: Validity, Responsiveness and Reliability of EuroQol (EQ-5D). *British Journal of Rheumatology* 1997. 36: 551-9.
55. Wallace KA, Wheeler AJ. Reliability Generalization of the Life Satisfaction Index. *Educational and Psychological Measurement.* 2002. 62(4): 674-84.
56. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment.* 1985. 49(1):
57. Laudet, A.B., Becker, J.B., White, W.L., 2009. Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Subst. Use Misuse* 44, 227-252.
58. Laudet, A.B., White, W., 2010. What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *J. Subst. Abuse Treat.* 38, 51-59.
59. 97. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care.* 1992. 30: 473-83.
60. 98. Ware JE, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1998. 51(11): 945-952.
61. McLellan AT, Woody GE, Metzger D, McKay J, Durrell J, Alterman AI et al. Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. *Milbank Q,* 1996. 74: 51-85.
62. Karow A, Reimera J, Schäfera I, Krauszb M, Haasena C, Vertheina U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend,* 2010. 112: 209-15.
63. Rudolf H, Watts J. Quality of life in substance abuse and dependency. *Int Rev Psychiatry,* 2002. 14: 190-7.

64. Bell J, Dru A, Fischer B, Levit S, Sarfraz MA. Substitution therapy for heroin addiction. *Substance Use and Misuse*, 2002. 37 (8-10): 1145-74.
65. Giacomuzzi SM, Ertl M, Kemmler G, Riemer Y, Vigl A. Sublingual buprenorphine and methadone maintenance treatment: A three-year follow-up of quality of life assessment. *Scientific World Journal* 2005. 5: 452-68.
66. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007. 33: 91–8.
67. Cummins RA. Assessing quality of life. In: Brown RI (Ed.). *Assessing quality of life for people with disabilities: Models, research, and practice*. 116-150. London: Stanley Thornes Publishes Ltd. 1997.
68. Cummins RA. Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 2000. 52: 55–72.
69. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005. 49: 699–706.
70. Carr AJ, Higginson IJ. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 2001. 322: 1357–60.
71. Fischer B, Rehm J, Kim G. Quality of Life (QoL) in illicit drug addiction treatment and research: concepts, evidence and questions. In B. Westermann, Jellinek C, Belleman G (Eds.) *Substitution: Zwischen Leben und Sterben* (21–40). Weilheim: Beltz Deutscher Studien Verlag. 2001.
72. Fischer, B., Rehm, J., & Kim, G. Whose Quality of Life is it, really? *British Medical Journal*, 2001.322: 1357–60.
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Kirst, M. Eyes Wide Shut?—A conceptual and empirical critique of methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 2005. 11: 1–14
73. Hser YI, Hoffman V, Grella CE, & Anglin MD (2001) A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58, 503-508)
74. De Jong CAJ, Roozen HG, van Rossum LGM, Krabbe PFM, Kerkhof AJFM. High abstinence rates in heroin addicts by a new comprehensive treatment approach. *American Journal on Addictions*, 2007. 16: 124–30.
75. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T et al. Determinants of Health Related Quality of Life (HRQOL) of Opiate Users at Entry to Low Threshold Methadone Programs. *European addiction research* 2006, 12 (2): 74-82.
76. Farquhar M. Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 1995. 22: 502–8.
77. Costenbader EC, Zule WA, Coomes CM. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007. 89: 251–8.

78. Lashkaripour K, Bakhshani NM, Sadjadi SA. Quality of life in patients on methadone maintenance treatment: a three-month assessment. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(10): 1003-7.
79. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010. 53(1): S116-20.
80. Tran BX, Ohinmaa A, Nguyen LT, Oosterhoff P, Vu PX, Vu TV, Larsson M. Gender differences in quality of life outcomes of HIV/AIDS treatment in the latent feminization of HIV epidemics in Vietnam. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 2012. 24(10): 1187-1196.
81. Tran BX, Ohinmaa A, Nguyen LT, Nguyen TA, Nguyen TH. Determinants of health-related quality of life in adults living with HIV in Vietnam. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 2011. 23(10): 1236-1245.
82. Bawor M, Dennis BB, Anglin R, Steiner M, Thabane L, Samaan Z. Sex differences in outcomes of methadone maintenance treatment for opioid addiction: a systematic review protocol. *Syst Rev*, 2014. 16: 3:45.
83. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T et al. Determinants of Health Related Quality of Life (HRQOL) of Opiate Users at Entry to Low Threshold Methadone Programs. *Journal of Substance Use*, 2006. 11(2):137-49.
84. Huissoud T, Rousson V, Dubois-Arber F. Methadone treatments in a Swiss region, 2001-2008: a registry-based analysis. *BMC Psychiatry.* 2012; 12: 238.
85. Baharom N, Hassan MR, Ali N, Shah SA. Improvement of quality of life following 6 months of methadone maintenance therapy in Malaysia. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2012. 7: 32.
86. Parmenter J, Mitchell C, Keen J, Oliver P, Rowse G, Neligan I, Keil C, Mathers N. Predicting biopsychosocial outcomes for heroin users in primary care treatment: a prospective longitudinal cohort study. *Br J Gen Pract.* 2013; 63(612): e499-505.
87. De Maeyer J, van Nieuwenhuizen C, Bongers IL, Broekaert E, Vanderplasschen W. Profiles of quality of life in opiate-dependent individuals after starting methadone treatment: a latent class analysis. *Int J Drug Policy.* 2013; 24(4): 342-50.
88. Karami Matin B, Jalilian F, Alavijeh MM, Ashtarian H, Mahboubi M, Afsar A. Using the PRECEDE Model in Understanding Determinants of Quality of Life Among Iranian Male Addicts. *Global Journal of Health Science*, 2014; 6(6): 19-27.
89. Zhao L, Holzemer WL, Johnson M, Tulskey JP, Rose CD. HIV infection as a predictor of methadone maintenance outcomes in Chinese injection drug users. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 2012. 24 (2): 195-203.
90. Feelemyer JP, Des Jarlais DC, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review. *Drug and alcohol dependence* 2013; 10:

91. NICE (2007a) Drug misuse: opioid detoxification. NICE clinical guideline 52 NICE (2007b) Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. NICE technology appraisal guidance 114.
92. NICE (2007c) Drug misuse: psychosocial interventions. NICE clinical guideline 51. London: National Institute for Health and Clinical Excellence
93. NICE (2009) Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment. NICE public health guidance 18
94. Gong Wooi Huong A, Chong Guan N, Siddiq Amer Nordin A, Syarinaz Ahmad Adlan A, Habil H. Quality of Life Assessment of Opioid Substance Abusers on Methadone Maintenance Therapy (MMT) in University Malaya Medical Centre. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 2009. 10(1): XX
95. Icro M, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007. 33: 91–8.
96. Dhawan A, Chopra A. Does buprenorphine maintenance improve the quality of life of opioid users? *Indian J Med Res*, 2013. 137: 130-5.
97. Chou YC, Shih SF, Tsai WD, Li CR, Xu K, Lee TSH. Improvement of quality of life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. 2013. *BMC Psychiatry*, 2013. 13(1): p1
98. Marijanović M. Uticaj dužine terapije održavanja metadonom na kvalitet života zavisnika od opioda. *Racionalna terapija*. 2014. 6(1):
99. Shekarchizadeh H, Ekhtiari H, Khami MR, Virtanen JI. Patterns of pre-treatment drug abuse, drug treatment history and characteristics of addicts in methadone maintenance treatment in Iran. *Harm Reduction Journal*, 2012. 9 (18): 2-7.
100. Rouhani S, Kheirkhah F, Salarieh I, Abedi S. Quality of life, its early change and retention in MMT program in Iran: Evidence for policymakers and service providers. *Life Science Journal*, 2012. 9 (3): 2633-8.
101. Pang L, Hao Y, Mi G, Wang C, Luo W, Rou K, Li J, Wu Z. Effectiveness of first eight methadone maintenance treatment clinics in China. *AIDS*, 2007; 21(8): S103-7.
102. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study. *Drug Alcohol Depend*, 2001. 62 (3): 255-64.
103. The EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*. 1990. 16: 199-208.
104. EQ-5D value sets: Inventory, comparative review and user guide. Eds. Szende A, Oppe M, Devlin N. EuroQoL Group Monographs Volume 2. Springer, 2006.

105. The Measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective. Eds Brooks R, Rabin R, de Charro F. Kluwer Academic Publishers, 2005

106. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*, 1992. 9 (3): 199-213.

9. Прилози

9.1. Упитник

9.2. ASI упитник

9.3. WHOQL-BREF упитник

9.4. EQ-5D-3L упитник

9.5. Номенклатура и класификација обележја

9.5.1. Демографска обележја испитаника (Извор: Упитник А)

Упитник	Број питања	Обележје	Примарни податак		Обрада	
			Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
А	1	Пол	Мушки	1	Мушки	1
			Женски	2	Женски	2
А	2	Старост (година рођења)	_____		До 30 година	1
					31-35 година	2
					36-40 година	3
					40 и више година	4

9.5.2. Обележја социјално-економске позиције (Извор: Упитник А)

Упитник	Број питања	Обележје	Примарни податак		Обрада	
			Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
А	3	Године школовања	_____			
А	4	Образовање	Без школе	1	Основна школа	1
			Непотпуна основна школа	2	Средња школа (3 године)	2
			Основна школа	3	Средња школа (4 године)	3
			Средња школа (3 године)	4	Виша школа	4
			Средња школа (4 године)	5	Висока школа / факултет	5
			Виша школа	6		
	7	Висока школа / факултет				
А	5	Тренутни радни	Запослен / запослена (у сталном		Запослен / запослена (у сталном	

		статус	радном односу) Запослен / запослена (на одређено) Самозапослен / самозапослена (предузетник и сл) Сада незапослен	1 2 3 4	радном односу) Запослен / запослена (на одређено) Самозапослен / самозапослена Незапослен	1 2 3 4
A	6	Да ли су раније били запослени	Да, био запослен/запослена (у сталном или привременом / повременом односу ___ год Не, никад није био запослен / била запослена	1 2	Били су запослени Никад нису били запослени	1 2
A	7	Колико дуго не ради	_____			
A	8	Разлог незапослености	Ученик, студент Домаћица Пензионер Нисам способан / способна за рад	1 2 3 4		
A	9	Категорија занимања	Менаџери највишег нивоа (извршни директори), водећи професионалци, власници великих и средњих предузећа Менаџери средњег нивоа, власници фирми, друго (социјални радници, фармацеути, наставници, оптичари, медицинско особље) Менаџери нижег нивоа, предузетници, административно особље (туристички агенти, дилери аутомобила, цвећари, декоратери, глумци, репортери) Високо квалификовани радник (службеник, свештеник, трговац, техничар, секретар, банкарски чиновник, књиговођа, технички цртач) Квалификовани радник (пекар, берберин/фризер, предрадник, електричар, ватрогасац, чувар пруге, машински радник, кројач, варилац, полицајац, водоинсталатер) Полуквалификовани радник (болничар, молер, бармен, возач аутобуса, дрвосеча, кувар, чувар гараже, коноар, помоћник вариоца) Неквалификовани радник (физички радник, портир, незапослен) Домаћица Ученик, студент, онеспособљен, без занимања	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Менаџери највишег нивоа Менаџери средњег нивоа Менаџери нижег нивоа Високо квалификовани радник Квалификовани радник Полуквалификовани радник Неквалификовани радник Домаћица Ученик, студент, онеспособљен, без занимања	1 2 3 4 5 6 7 8 9
A	10	Месечни приходи	Високо изнад просека 54000 и више Изнад просека 4400 – 53000 Просечна зарада 43000 Испод просека 21000 – 42000 Минимална зарада 20000 Испод минималне зараде 19000 и мање	1 2 3 4 5 6	Високо изнад просека Изнад просека Просечна зарада Испод просека Минимална зарада Испод минималне зараде Без примања	1 2 3 4 5 6 7
A	11	Брачни статус	Ожењен/удата Разведен/разведена Удовац/удовица Живи у ванбрачној заједници Неожењен/неудата	1 2 3 4 5	Ожењен/удата Разведен/разведена Живи у ванбрачној заједници Неожењен/неудата	1 2 3 4
A	12	Број деце	_____		Без деце Једно Двоје Троје	1 2 3 4
A	17	Тип насеља у коме живе	Град Приградско насеље Село	1 2 3	Град Приградско насеље Село	1 2 3
A	18	Објекат у коме живе	У кући с двориштем	1	У кући с двориштем	1

			У помоћној згради у дворишту У стану У дому / установи социјалне заштите У затворској установи Друго, навести _____	2 3 4 5 6	У помоћној згради у дворишту У стану	2 3
A	19	Површина простора у коме живе (у м ²)	_____			
A	20	Простор у коме станује има одвојен део за спавање, дневни боравак и обедовање, тоалет	Да Не	1 2	Да Не	1 2
A	21	Простор у коме станује има прикључак на електромрежу	Да Не	1 2	-	1 2
A	22	Простор у коме станује има прикључак на водовод и канализацију	Да Да, само на водовод Не	1 2 3		
A	23	За загревање простора у коме станује користе се	Инсталације за парно грејање, централно или етажно Пећи на струју Пећи на течном гориву Пећи на чврстом гориву Не загрева се	1 2 3 4 5	Инсталације за парно грејање, централно или етажно Пећи на струју Пећи на чврстом гориву	1 2 3
A	24	Поседује или има приступ радио апарату	Да, и користи га Да, али га не користи Не	1 2 3	Да, и користи га Да, али га не користи Не	1 2 3
A	25	Поседује или има приступ телевизору	Да, и користи га Да, али га не користи Не	1 2 3	Да, и користи га Да, али га не користи	1 2
A	26	Поседује или има приступ телефону	Да, и користи га Да, али га не користи Не	1 2 3	Да, и користи га Да, али га не користи	1 2
A	27	Поседује и има приступ компјутеру и интернету	Да, и користи га Да, али га не користи Не	1 2 3	Да, и користи га Да, али га не користи Не	1 2 3
A	28	Домаћинство има више од једног члана	Да, има _____ чланова Не, живим сам/сама	1 2	До 2 члана Три члана Четири члана Пет и више чланова	1 2 3 4

9.5.3. Здравствене карактеристике (Извор: Упитник А, Упитник Д)

Упитник	Број питања	Обележје	Примарни податак		Обрада	
			Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
A	13	Проблеми у развоју	Не Да: 1) спорнији развој 2) отежан говор 3) ослабљен вид 4) психички поремећаји 5) ноћно мокрење 6) каснија контрола сфинктера	1 2	Не Да	1 2
A	14	Болести последњих 5 година (облео, боловао или болује)	Болести срца Болести крвних судова (хипертензија, проширене вене, тромбозе, тромбофлебитиси) Болести плућа и система за дисање (опструктивне болести плућа, астма, емфизем) Болести јетре и жучних путева (хепатитис Б, хепатитис Ц, цироза, болести жучне кесе)	1 2 3 4	Болести срца Болести крвних судова Болести плућа Болести јетре и жучних путева Болести бубрега Системске болести Ментални поремећаји	1 2 3 4 5 6 7

			Болести желуца и црева (чир на желуцу, чир на дванаестопалачном цреву)	5		
			Болести бубрега и система за мокрење	6		
			Системске болести (гојазност, дијабетес, лупус, ХИВ, алергија, реума)	7		
			Малигне болести	8		
			Менталне поремећаје и психијатријске болести	9		
A	15	Дијагноза душевних болести и поремећаја	_____		Немају душевне поремећаје	1
					Алкохолизам	2
					Депресија	3
A	29	Да ли има свог лекара (опште медицине, медицине рада)	Да Не	1 2	Да Не	1 2
A	30	Да ли има свог зубара	Да Не	1 2	Да Не	1 2
A	31	Да ли има свог гинеколога	Да Не	1 2	Да Не	1 2
A	32	Колико пута код лекара специјалисте у последњих годину дана	Да, ___ пута Био/била сам пре више од годину дана Никад нисам био/била у животу	1 2 3	До 3 пута 4-6 пута 7 пута и више	1 2 3
A	33	Главни разлог посете лекару (опште медицине, медицине рада)	Контрола здравља (кад је без тегоба), систематски преглед Болест, повреда Само да ми препише лекове Добијање потврде Добијање упута Друго, навести шта	1 2 3 4 5 6	Контрола здравља Болест, повреда Само да ми препише лекове Добијање потврде, упута	1 2 3 4
A	34	Коришћење услуга хитне помоћи у претходних годину дана	Да, више од 4 пута Да, 1-3 пута Не, нисам користио/ користила услуге хитне помоћи	1 2 3	Да, 1-3 пута Не, нисам користио/ користила услуге хитне помоћи	1 2
A	35	Коришћење услуга специјалисте у последњих годину дана (гинеколога, интернисте, хирурга, неуролога, психијатра)	Да Не	1 2	Да Не	1 2
A	36	Коришћење услуга превентивне заштите у претходних годину дана	Да Да, али пре годину дана Не	1 2 3	Да Да, али пре годину дана Не	1 2 3
A	37	Врста услуге превентивне заштите у претходних годину дана	Контролне (укључујући и систематске) прегледе, када није болестан/ болесна Вакцинација Мамографија Папаниколау тест Нешто друго, навести шта	1 2 3 4 5	Контрола Вакцинација Мамографија Папаниколау тест Нешто друго	1 2 3 4 5

Упитник	Број питања	Обележје	Примарни податак		Обрада	
			Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Д	1	Покретљивост	Немам проблема са ходањем	1	Немам проблема са ходањем	1
			Имам неких проблема са ходањем	2	Имам неких проблема са ходањем	2
			Везан/а сам за кревет	3	Везан/а сам за кревет	3
	2	Брига о себи	Могу да бринем о себи	1	Могу да бринем о себи	1
			Имам мало проблема приликом купања и облачења	2	Имам мало проблема приликом купања и облачења	2
			Не могу сам/а да се окупам и обучем	3	Не могу сам/а да се окупам и обучем	3
	3	Свакодневне	Могу да обављам свакодневне		Могу да обављам свакодневне	

		активности	активности Имам мало потешкоћа приликом обављања свакодневних активности Нисам способан/а да обављам свакодневне активности	1 2 3	активности Имам мало потешкоћа приликом обављања свакодневних активности Нисам способан/а да обављам свакодневне активности	1 2 3
	4	Бол/нелагодност	Не осећам бол ни нелагодност Осећам умерени бол или нелагодност Осећам јак бол или нелагодност	1 2 3	Не осећам бол ни нелагодност Осећам умерени бол или нелагодност Осећам јак бол или нелагодност	1 2 3
	5	Раздражљивост/депресија	Нисам раздражљив/а ни депресиван/на Умерено сам раздражљив/а или депресиван/на Изузетно сам раздражљив/а или депресиван/на	1 2 3	Нисам раздражљив/а ни депресиван/на Умерено сам раздражљив/а или депресиван/на Изузетно сам раздражљив/а или депресиван/на	1 2 3
	6	Скала здравственог стања	_____			

9.5.4. Обележја зависности и третмана зависности (Извор: Упитник А, Упитник Б)

Упитник	Број питања	Обележје	Примарни податак		Обрада	
			Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
А	16	Колико дуго су узимали дрогу	_____			
А	16а	Од које дроге су били зависни	_____			
А	38	Да ли су укључени у метадонски третман	Да Да, био/била сам укључен/а пре више од годину дана Не, никад нисам био/била у метадонском третману	1 2 3		
А	39	Када су укључени у метадонски третман	Месец_година_		До 24 месеца 24-35,99 месеци 36-47,99 месеци 48-59,99 месеци 60-71,99 месеци 72 месеца и више	1 2 3 4 5 6
А	40	Врста метадонског третмана у коју су укључени	Краткотрајна метадонска детоксикација (до 4 недеље) Дуготрајна метадонска детоксикација (примена метадона дуже од месец дана, са постепеним смањивањем дозе) Краткотрајно одржавање (примена метадона до 6 месеци) Дуготрајно одржавање (примена метадона дужа од 6 месеци)	1 2 3 4	-	
А	41	Врста метадонског програма на који су укључени	Програми са ниским прагом (програми за смањење штете) Програми са високим прагом (дуготрајна примена метадона са постепеним смањивањем дозе)	1 2	-	
А	42	Да ли су прекидали метадонски програм	Да, искључили су ме Да, напустио/ла сам Да, прекидао/ла сам, али сам се вратио/ла у програм Нисам прекидао/ла Никад нисам био/ла укључен/на	1 2 3 4 5	Да, искључили су ме Да, напустио/ла сам Да, прекидао/ла сам, али сам се вратио/ла у програм Није прекидао/ла	1 2 3 4
А	43	Да ли уз метадон користе још неку психијатријску терапију	_____			

Упитник	Број	Обележје	Примарни податак	Обрада
---------	------	----------	------------------	--------

питања		Категорије		Шифра	Категорије		Шифра
Б	Г19	Били у контролисаном окружењу у последњих 30 дана	Не Притвор/затвор У установи за одвикавање од дроге или алкохола У медицинској установи У психијатријској установи Остало	1 2 3 4 5 6	Не Притвор/затвор У установи за одвикавање од дроге или алкохола У медицинској установи У психијатријској установи Остало	1 2 3 4 5 6	
Б	Г20	Број дана у контролисаном окружењу	_____				
Б	М1	Хоспитализација због медицинских проблема, број пута	_____				
Б	М4	Редовно узимање лекова за физички проблем	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	М5	Примање инвалидске пензије због физичког инвалидитета	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	М6	Медицински проблеми у последњих 30 дана, број дана	_____				
Б	М7	Колико проблема или сметњи су имали због здравствених проблема	_____				
Б	М8	Колико им је важан третман за медицинске проблеме	_____				
Б	М10	Нетачност информација због лажног представљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	М11	Нетачност информација због немогућности пацијента да разуме	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	Е1	Завршено образовање					
Б	Е2	Обука или техничко образовање					
Б	Е4	Поседовање важеће возачке дозволе	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	Е5	Располагање и коришћење аутомобила	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	Е7	Занимање	_____				
Б	Е8	Да ли имају подршку	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	Е9	Подршка чини већину њихове помоћи	Не Да	0 1	Не Да	0 1	
Б	Е11	Колико су плаћени за рад у последњих 30 дана, број дана	_____				
Б	Е18	Колико људи зависи од њих (храна, склониште)	_____				
Б	Е19	Проблеми при налађењу посла у претходних 30 дана, број дана	_____				
Б	Е20	Проблеми или сметње при запошљавању у претходних 30 дана, скала рејтинга	_____				
Б	Е21	Важност саветовања у					

		вези проблема око запошљавања, скала рејтинга	_____		_____	
Б	Е23	Изобличеност информација због клијентовог лажног представљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Е24	Изобличеност информација због неспособности клијента да разуме	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Д0	Начин узимања опијата	Орално Назално Пушење Не интервенском инекцијом Интервенски	1 2 3 4 5	Орално Назално Пушење Не интервенском инекцијом Интервенски	1 2 3 4 5
Б	Д1	Алкохол				
Б	Д2	Алкохол (потпуна опијеност)				
Б	Д3	Хероин				
Б	Д4	Метадон				
Б	Д5	Други опијати / аналгетици				
Б	Д6	Барбитурати				
Б	Д7	Остали седативи, хипнотици, анестетици				
Б	Д8	Кокаин				
Б	Д9	Амфетамини				
Б	Д10	Конопља				
Б	Д11	Халуциногени				
Б	Д12	Инхалати				
Б	Д13	Више од једне супсанце дневно, укључујући и алкохол				
Б	Д14	По мишљењу анкетара која супстанца је главни проблем				
Б	Д17	Делиријум, број пута	_____			
Б	Д18	Предозирање лековима, број пута	_____			
Б	Д19	Колико пута су били лечени због злоупотребе алкохола	_____			
Б	Д21	Детоксикација због злоупотребе алкохола, број пута				
Б	Д23	Колико новца су потрошили на алкохол током претходних 30 дана				
Б	Д20	Колико пута су били лечени због злоупотребе дроге				
Б	Д22	Детоксикација због злоупотребе дроге, број пута				
Б	Д24	Колико новца су потрошили на дрогу током претходних 30 дана				
Б	Д25	Колико дана су били третирани у амбуланти због злоупотребе алкохола или дроге у				

		последњих 30 дана				
Б	Д26	Колико дана су доживели проблеме са алкохолом у претходних 30 дана				
Б	Д28	Колико невоља или сметњи су им изазвали проблеми са алкохолом у претходних 30 дана, Скала рејтинга				
Б	Д30	Колико је за њих важно лечење од алкохола, Скала рејтинга				
Б	Д27	Колико дана су доживели проблеме са дрогом у претходних 30 дана				
Б	Д29	Колико невоља или сметњи су им изазвали проблеми са дрогом у претходних 30 дана, Скала рејтинга				
Б	Д31	Колико је за њих важно лечење од дроге, Скала рејтинга				
Б	Д34	Нетачност информација због пацијентовог лажног представљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Д35	Нетачност информација због немогућности пацијента да разуме	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Л2	Да ли су на условној слободи	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Л3	Број хапшења и оптужби због кривичних дела / вандализма				
Б	Л4	Број хапшења и оптужби због ЈГ кршења условне казне				
Б	Л5	Број хапшења и оптужби због дроге				
Б	Л6	Број хапшења и оптужби због фалсификовања				
Б	Л7	Број хапшења и оптужби због напада оружјем				
Б	Л8	Број хапшења и оптужби због провале				
Б	Л9	Број хапшења и оптужби због пљачке				
Б	Л10	Број хапшења и оптужби због напада				
Б	Л11	Број хапшења и оптужби због подметања пожара				
Б	Л12	Број хапшења и оптужби због силовања				
Б	Л13	Број хапшења и оптужби због убиства				
Б	Л14	Број хапшења и				

		оптужби због проституције				
Б	Л15	Број хапшења и оптужби због непоштовање суда				
Б	Л16	Број хапшења и оптужби због, остало				
Б	Л17	Колико пријава је довело до осуђујућих пресуда				
Б	Л18	Колико пута у животу су били осуђени зог недолечног понашања, просјачења, јавне интоксикације				
Б	Л19	Колико пута у животу су били осуђени зог возње у пијаном стању				
Б	Л20	Колико пута у животу су били осуђени зог главне повреде саобраћајних прописа				
Б	Л21	Колико месеци у били у затвору у току живота				
Б	Л24	Да ли тренутно чекају оптужбе, суђење или пресуду	Не Да	1 2	Не Да	1 2
Б	Л25	Наведите разлог због којег чекате суђење или пресуду				
Б	Л26	Колико дана су били у притвору или затвору у последњих 30 дана				
Б	Л27	Колико дана су вршили незаконите активности ради прибављања профита у последњих 30 дана				
Б	Л28	Колико су озбиљни њихови проблеми са законом, Скала рејтинга				
Б	Л29	Колико је за њих важно саветовање или упућивање на правне проблеме - Скала рејтинга				
Б	Л31	Нетачност информација због лажног представљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Л32	Нетачност информација због немогућности пацијента да разуме	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф1	Брачно стање	У браку Поново у браку Удовац/удовица Одвојен/а Разведен/а Никада ожењен/удата	1 2 3 4 5 6	У браку Поново у браку Удовац/удовица Одвојен/а Разведен/а Никада ожењен/удата	1 2 3 4 5 6
Б	Ф3	Задовољни брачним стањем	Не Равнодушан/а Да	0 1 2	Не Равнодушан/а Да	0 1 2
Б	Ф4	Уобичајени животни	Са сексуалним партнером и децом	1	Са сексуалним партнером и	1

		статус (последње 3 године)	Само са сексуалним партнером Само са децом Са родитељима Са породицом Са пријатељима Сам/а Контролисана околина Без стабилног статуса	2 3 4 5 6 7 8 9	децом Само са сексуалним партнером Само са децом Са родитељима Са породицом Са пријатељима Сам/а Контролисана околина Без стабилног статуса	2 3 4 5 6 7 8 9
Б	Ф6	Задовољни животним статусом	Не Равнодушан/а Да	0 1 2	Не Равнодушан/а Да	0 1 2
Б	Ф7	Живе са неким ко има проблем са алкохолом	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф8	Живе са неким ко злоупотребљава лекове	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф9	Са ким проводе већину слободног времена	Породица Пријатељи Сам/а	1 2 3	Породица Пријатељи Сам/а	1 2 3
Б	Ф10	Задовољни начином провођења слободног времена	Не Равнодушан/на Да	0 1 2	Не Равнодушан/на Да	0 1 2
Б	Ф11	Колико имају блиских пријатеља				
Б	Ф18	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са мајком	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф19	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са оцем	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф20	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са браћом/сестрама	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф21	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са сексуалним партнером/супругом	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф22	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са децом	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф23	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са другим члановима породице	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф24	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са блиским пријатељима	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф25	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са комшијама	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф26	Имали су значајне периоде озбиљних проблема са сарадницима	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф27	Емоционално злостављани у претходних 30 дана	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф28	Физички злостављани у претходних 30 дана	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф29	Сексуално злостављани у претходних 30 дана	Не Да	0 1	Не Да	0 1

Б	Ф30	Број дана озбиљних конфликта који су имали са својом породицом у претходних 30 дана				
Б	Ф31	Број дана озбиљних конфликта који су имали са другим људима у претходних 30 дана				
Б	Ф32	Колико невоља или сметњи су имали у претходних 30 дана због породичних проблема, Скала рејтинга				
Б	Ф34	Колико је за њих важан третман или саветовање за породичне проблеме, Скала рејтинга				
Б	Ф33	Колико невоља или сметњи су имали у претходних 30 дана због социјалних проблема, Скала рејтинга				
Б	Ф35	Колико је за њих важан третман или саветовање за социјалне проблеме, Скала рејтинга				
Б	Ф37	Нетачност информација због пацијентовог лажног представљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	Ф38	Нетачност информација због немогућности пацијента да разуме	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П1	Колико пута су били лечени због психолошких или емоционалних проблема у болничком окружењу				
Б	П2	Колико пута су били лечени због психолошких или емоционалних проблема у ванболничком окружењу/приватно				
Б	П3	Да ли примају пензију за психијатријски инвалидитет	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П4	Значајан временски период у животу кад су били у озбиљној депресији (а да није директан резултат употребе дроге или алкохола)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П5	Значајан временски период у животу кад су имали озбиљну анксиозност, напетост	Не Да	0 1	Не Да	0 1

		(а да није директан резултат употребе дроге или алкохола)				
Б	П6	Значајан временски период у животу кад су искусили халуцинације (а да није директан резултат употребе дроге или алкохола)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П7	Значајан временски период у животу кад су имали проблеме са концентрацијом, памћењем(а да није директан резултат употребе дроге или алкохола)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П8	Значајан временски период у животу кад су имали проблем да контролишу насилничко понашање(упркос коришћењу разних алкохола и дрога)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П9	Значајан временски период у животу кад су имали озбиљне мисли о самоубиству(упркос коришћењу разних алкохола и дрога)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П10	Значајан временски период у животу кад су покушали да изврше самоубиство(упркос коришћењу разних алкохола и дрога)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П11	Значајан временски период у животу када им је преписиван лек за неки психолошки проблем(упркос коришћењу разних алкохола и дрога)	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П12	Колико дана у последњих 30 дана су искусили психолошке или емоционалне проблеме				
Б	П13	Колико проблема или сметњи су имали у претходних 30 дана због психолошких или емотивних тешкоћа , Скала рејтинга				
Б	П14	Колико им је важна терапија за психолошке проблеме, Скала рејтинга				
Б	П15	За време интервјуа пацијент је био очигледно				

		депресиван/повучен				
Б	П16	За време интервјуа пацијент је био очигледно непријатељски настројен	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П17	За време интервјуа пацијент је био очигледно анксиозан / нервозан	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П18	За време интервјуа пацијент је имао проблема са реалношћу, поремећајем размишљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П19	За време интервјуа пацијент је имао проблема са разумевањем тестирања, концентрацијом	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П20	За време интервјуа пацијент је имао суицидне мисли	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П22	Нетачност информација због пацијентовог лажног представљања	Не Да	0 1	Не Да	0 1
Б	П23	Нетачност информација због немогућности пацијента да разуме	Не Да	0 1	Не Да	0 1

9.5.5. Обележја квалитета живота (Извор: Упитник Ц)

Упитник	Број питања	Обележје	Примарни податак		Обрада	
			Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Ц	1	Оцена квалитета живота	Веома лош	1	Веома лош	1
			Лош	2	Лош	2
			Ни добар ни лош	3	Ни добар ни лош	3
			Добар	4	Добар	4
			Веома добар	5	Веома добар	5
Ц	2	Задовољство здрављем	Веома незадовољни	1	Веома незадовољни	1
			Незадовољни	2	Незадовољни	2
			Ни задовољни ни незадовољни	3	Ни задовољни ни незадовољни	3
			Задовољни	4	Задовољни	4
			Веома задовољни	5	Веома задовољни	5
Ц	3	До које мере их физички бол спречава да раде ствари које требају да раде	Нимало	5	Нимало	5
			Мало	4	Мало	4
			У одређеној мери	3	У одређеној мери	3
			Доста	2	Доста	2
			Изузетно	1	Изузетно	1
Ц	4	Потреба за медицинском терапијом у обављању свакодневних активности	Нимало	5	Нимало	5
			Мало	4	Мало	4
			У одређеној мери	3	У одређеној мери	3
			Доста	2	Доста	2
			Изузетно	1	Изузетно	1
Ц	5	Колико уживају у животу	Нимало	1	Нимало	1
			Мало	2	Мало	2
			У одређеној мери	3	У одређеној мери	3
			Доста	4	Доста	4
			Изузетно	5	Изузетно	5
Ц	6	До које мере им живот има смисла	Нимало	1	Нимало	1
			Мало	2	Мало	2

			У одређеној мери Доста Изузетно	3 4 5	У одређеној мери Доста Изузетно	3 4 5
Ц	7	Могућност да се концентришу	Нимало Мало У одређеној мери Доста Изузетно	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Доста Изузетно	1 2 3 4 5
Ц	8	Осећај безбедности у свакодневном животу	Нимало Мало У одређеној мери Доста Изузетно	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Доста Изузетно	1 2 3 4 5
Ц	9	Колико су здрави људи који их окружују	Нимало Мало У одређеној мери Доста Изузетно	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Доста Изузетно	1 2 3 4 5
Ц	10	Довољност енергије за свакодневни живот	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5
Ц	11	Задовољство спољашњим изгледом	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5
Ц	12	Довољност новца за сопствене потребе	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5
Ц	13	Доступност потребних информација из дана у дан	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5
Ц	14	Могућност бављења слободним активностима	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5	Нимало Мало У одређеној мери Углавном У потпуности	1 2 3 4 5
Ц	15	Способност да се крећу	Веома слабо Слабо Ни слабо ни добро Добро Веома добро	1 2 3 4 5	Веома слабо Слабо Ни слабо ни добро Добро Веома добро	1 2 3 4 5
Ц	16	Задовољни како спавају	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	17	Задовољство способношћу да обављају свакодневне активности	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	18	Задовољство способношћу да раде	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	19	Задовољни собом	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни	1 2 3 4	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни	1 2 3 4

			Веома задовољни	5	Веома задовољни	5
Ц	20	Задовољство односима са другима	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	21	Задовољство сексуалним животом	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	22	Задовољство подршком које им пружају пријатељи	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	23	Задовољство условима животног простора	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	24	Задовољство приступом здравствених установа	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	25	Задовољни транспортом	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5	Веома незадовољни Незадовољни Ни задовољни ни незадовољни Задовољни Веома задовољни	1 2 3 4 5
Ц	26	Учесталост негативног расположења - туге, очаја, депресије или раздражљивости	Веома слабо Слабо Ни слабо ни добро Добро Веома добро	1 2 3 4 5	Веома слабо Слабо Ни слабо ни добро Добро Веома добро	1 2 3 4 5