

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Martin Šimeček

Zdravotní gramotnost u nízkoprahových uživatelů KC SANANIM
Health literacy among low threshold service users of KC SANANIM

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, 17. 7. 2019

.....

Martin Šimeček

Identifikační záznam

ŠIMEČEK, Martin. *Zdravotní gramotnost u nízkoprahových uživatelů KC SANANIM. [Health literacy among low threshold service users of KC SANANIM]*. Praha, 2019. 69s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Barták, Miroslav.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Zdravotní gramotnost je souhrn dovedností, které vedou ke zlepšení chování, které se týká zdraví. Omezená zdravotní gramotnost může souviset s rizikovým chováním, jako je užívání návykových látek.

CÍLE: Cílem práce je výzkum úrovně zdravotní gramotnosti u nízkoprahových uživatelů kontaktního centra Sananim. Práce si klade za cíl porovnat skupiny respondentů dle výsledků zdravotní gramotnosti a zjistit, zda dosahují významných rozdílů.

METODY: Studie zahrnovala 194 respondentů. Úroveň zdravotní gramotnosti byla změřena dotazníkem HLS-EU-Q16, sociodemografická data byla změřena dotazníkem In-come

VÝSLEDKY: Většina respondentů patří do skupiny s omezenou zdravotní gramotnosti. Primární návykovou látkou v obou skupinách byl pervitin, primární způsob aplikace byl injekční.

ZÁVĚRY: Mezi skupinami s omezenou a adekvátní zdravotní gramotnosti nejsou signifikantní rozdíly.

Klíčová slova

Zdravotní gramotnost - nízkoprahové centrum - užívání drog - veřejné zdraví - HLS-EU-Q

Abstract

BACKGROUND: Health literacy is the sum of skills which leads to improved behavior related to the health. Limited health literacy can be related to a risk behavior such as addictive substance use.

OBJECTIVES: The goal of the study is to research the level of health literacy among low-threshold users in the Sananim contact centre. The study aims to compare groups of respondents on the basis of health literacy and to ascertain if there are some significant differences between them.

METHODS: The study included 194 respondents. The level of health literacy was measured by HLS-EU-Q16 questionnaire, sociodemographic data were measured by In-come questionnaire.

RESULTS: Most of the respondents belong into a group with limited health literacy. Methamphetamine was the primary addictive substance in both groups, the primary method of application was injection.

CONCLUSIONS: There are no significant differences among the groups with limited and adequate health literacy.

Key words

Health literacy - low-threshold - drug using - Public health - HLS-EU-Q

Obsah

1	ÚVOD	3
2	TEORETICKÁ ČÁST	4
2.1	Zdravotní gramotnost	4
2.2	Zdravotní gramotnost a závislosti	10
2.3	Přístup veřejného zdraví a harm reduction.....	12
2.3.1	Nízkoprahové/harm reduction centrum	14
2.3.2	Kontaktní centrum Sananim	15
2.4	Problémoví uživatelé návykových látek	16
2.5	Injekční užívání návykových látek.....	16
2.6	Vybrané návykové látky	17
2.6.1	Psychomotorická stimulancia	17
2.6.2	Opioidy a opiáty.....	17
2.6.3	Marihuana	18
2.6.4	Alkohol	18
2.7	Farmaka s psychotropním účinkem	19
2.8	MDMA	19
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	20
3.1	Výzkumná otázka.....	20
3.2	Výzkumné cíle	20
3.3	Metoda sběru a tvorby dat.....	21
3.3.1	Metody matematické statistiky	21
3.4	Výzkumný nástroj	21
3.5	Metody výběru	23
3.6	Etika	24
3.7	Časový harmonogram výzkumu	24
3.8	Personální a technické zázemí výzkumu.....	25
3.9	Výsledky	25
3.9.1	Úroveň zdravotní gramotnosti	25
3.9.2	Korelační matice pro skupinu s výslednou hodnotou omezené zdravotní gramotností	43
3.9.3	Korelační matice pro skupinu s výslednou hodnotou adekvátní zdravotní gramotností	44
3.9.4	Zastoupení mužů a žen ve výběrovém souboru.....	44
3.9.5	Rozložení podle pohlaví a výsledné úrovni zdravotní gramotnosti.....	45
3.9.6	Rozložení výběrového souboru podle věku a pohlaví	45

3.9.7	Rozložení respondentů podle pohlaví a začátku paravidelného užívání	48
3.9.8	Rozložení respondentů podle věku a prvního injekčního užití.....	49
3.9.9	Druh léčby v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti	51
3.9.10	Druh primární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti	51
3.9.11	Způsob aplikace primární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti	52
3.9.12	Druh sekundární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti	53
3.9.13	Druh aplikace sekundární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti	54
3.9.14	Injekční aplikace v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti...	55
4	Diskuse a závěry	56
5	Limity.....	60
6	Zdroje.....	61
7	Seznam tabulek	63
8	Seznam grafů	63

1 ÚVOD

Zdravotní gramotnost je jedna z oblastí, která zásadně určuje zdraví jedince i společnosti. Jde o soubor poznatků, které pomáhají správně posuzovat informace a vedou ke zlepšení chování, které se týká zdraví (WHO, 2013).

Dle výzkumu Kučery at al. (2016) má v ČR téměř 60 % populace omezenou zdravotní gramotnost, Česká republika zaujímá předposlední místo v porovnání s Evropským výzkumem zdravotní gramotnosti (Sørensen et al, 2015).

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je poměrně závažným rizikovým faktorem a vede k většímu výskytu nemocí, jejich delšímu průběhu a ve výsledku k vysokým nákladům na zdravotní péči.

V České republice se tématem zabývá např. prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc. a PhDr. Zdeněk Kučera. Je vhodné a zásadní zkoumat úroveň zdravotní gramotnost u specifických skupin.

V České republice se tímto tématem zabývala Rolová at al. (2018), která zkoumala úroveň zdravotní gramotnosti u lidí léčících se ze závislosti na alkoholu. Výsledky výzkumu ukazují, že téměř polovina lidí měla omezenou úroveň zdravotní gramotnosti.

Ovšem tématem zdravotní gramotnosti u problémových uživatelů se doposud nikdo nezabýval. U adiktologických klientů jde o zcela nové téma.

Tato práce si klade za cíl prozkoumat a zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u nízkoprahových uživatelů. To by mohlo vést k větší informovanosti a podpoře chování, které je prospěšné pro lepší zdraví. Zmírnily by se tak nerovnosti mezi uživateli.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Zdravotní gramotnost

Jako zdravotní gramotnost se někdy označuje kritický koncept veřejného zdraví. Ta bývá bohatým tématem pro akademický výzkum i praxi. Zdravotní gramotnost je základní životní dovedností každého jednotlivce, je imperativem veřejného zdravotnictví, zásadní součástí sociálního kapitálu a také kritickým ekonomickým tématem (Kickbush & Maag, 2008).

Původně se pojem zdravotní gramotnosti vztahoval zejména na zdravotnické služby, respektive schopnost porozumět lékařským textům. Během let se pojem rozšířil na schopnost jednat na základě medicínských informací, schopnost sdělit lékařům zdravotní potřeby a také porozumět pokynům od lékaře. Později si pojem našel cestu do oblasti veřejného zdraví, kde se zdravotní gramotnost začala spojovat s tématy jako je účast na preventivních prohlídkách, aktivitách podporující zdraví, screeningových vyšetřeních a dodržování léčebného postupu. V současné době koncept zahrnuje také schopnost vyhledávání informací o zdraví, řešení problémů a rozhodování o zdraví, kritické myšlení ve vztahu ke zdraví a také osobní kognitivní dovedností, které zlepšují funkci systému péče o zdraví (Van den Broucke, 2004).

Autoři píší o zdravotní gramotnosti jako o konceptu patřící do moderní společnosti (společnosti, která zohledňuje otázky zdraví ve svých aktivitách) a uvádí, že trendem v soudobých společnostech je zvyšující se střední délka života a délka života prožívaná ve zdraví, expanze zdravotnictví a péče o zdraví, rostoucí trh soukromých služeb ve zdravotnictví, prevalence zdraví jako klíčového tématu společenské a politické debaty a prosazování zdraví jako základního osobního cíle občanského práva (Kickbush & Maag, 2008).

Zejména v USA je termín zdravotní gramotnost využíván pro vysvětlení vztahu mezi pacientovou gramotností a jeho schopností naplnit požadavky předepsaného léčebného režimu. Z tohoto přístupu vyplývá, že adekvátní zdravotní gramotnost znamená aplikovat gramotnost v oblastech, jakými jsou předepsaná léčiva, pozvánky na vyšetření, popisky léčiv a doporučení pro domácí péči. Ukazuje se, že nízká úroveň takto pojímané funkční zdravotní gramotnosti představuje hlavní bariéru edukace chronických pacientů, a může představovat hlavní náklady zdravotnictví na nevhodné nebo neodpovídající využívání léčiv (Nutbeam, 2000).

Autor upozorňuje, že tato definice je relativně úzká a nezahrnuje všechny pohledy, kterými lze na zdravotní gramotnost nahlížet. Rozlišit tak lze jak jednotlivé typy gramotnosti, tak měřením zjištěný pokrok, zejména ve smyslu, co zdravotní gramotnost umožňuje. Nutbeam (2000) předkládá následující typy: základní gramotnost – ta představuje základní dovednosti v oblasti čtení a psaní a

umožňuje efektivní fungování v každodenních situacích. Toto vymezení je plně kompatibilní s úzkým vymezením zdravotní gramotnosti.

Dalším typem je komunikační/interakční gramotnost – více rozvinuté kognitivní dovednosti a schopnosti číst a psát, která umožňuje společně se sociálními dovednostmi aktivní podílení se na každodenních aktivitách, dále schopnost extrahovat informace a vytvářet soudy na základě různých forem komunikace a aplikovat nové informace na měnící se podmínky.

Posledním typem je kritická gramotnost, tedy více rozvinuté kognitivní schopnosti, které společně se sociálními dovednostmi umožňují kritickou analýzu informací a jejich využití pro získání kontroly nad životními situacemi. (Nutbeam, 2000).

Autorka Kickbush et al. (2013) v přehledové publikaci WHO The solid facts: Health Literacy uvádí, že v současné době dochází k určitému paradoxu v evropských zdravotních systémech. Na jedné straně jsou lidé stále více konfrontováni s požadavky na zdravý životní styl a na zdravá rozhodnutí, na straně druhé dnešní společnosti svým způsobem propagují také nezdravý životní styl. Je problematické se orientovat v tomto prostředí i pro nejvzdělanější část evropské populace. Kickbush s autory uvádějí, že na základě šetření v osmi evropských státech odhadují, že je asi polovina dospělé populace zdravotně negramotná, respektive její se zdravím související rozhodnutí nejsou díky tomu v mnoha případech správná, což vede k nezdravému životnímu stylu, zhoršení zdraví a také ke zvýšené potřebě zdravotních služeb.

Tabulka č. 1 nabízí pohled do různých dimenzí zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence onemocnění, porozumění informacím, jejich hodnocení a využití.

Tabulka 1: Dimenze zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost	Dostupnost relevantních informací o zdraví	Porozumění relevantních informací o zdraví	Hodnocení a oceňování relevantních informací o zdraví	Využití informací relevantních pro zdraví
Zdravotní péče	Schopnost získávat informace o medicínských a klinických tématech	Schopnost chápat medicínské informace	Schopnost interpretovat a hodnotit medicínské informace	Schopnost činit informovaná rozhodnutí o medicínských tématech

Prevence nemocí	Schopnost získávat informace o rizikových faktorech zdraví	Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech	Schopnost interpretovat a hodnotit informace o rizikových faktorech	Schopnost hodnotit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	Schopnost obnovovat své informace o zdravotních tématech	Schopnost chápat se zdravím související informace	Schopnost interpretovat informace o tématech souvisejících se zdravím	Schopnost formovat a reflektovat názory na zdravotní téma

Zdroj: Barták in Miovský, 2015

Ilona Kickbush a kolektiv autorů (Kickbush et al., 2013) shrnují poznatky v oblasti zdravotní gramotnosti. Konstatují, že zdravotní gramotnost je mnohem významnějším faktorem individuálního zdravotního stavu, více než příjem, pozice na trhu práce, dosažené vzdělání nebo příslušnost k národnosti či etnické skupině. Zdravotní gramotnost patří mezi determinanty zdraví, které lze ovlivnit na úrovni jedince a nejsou tak mimo jeho kontrolu, jako mnoho dalších faktorů, které se podílejí na ovlivnění zdraví. Vysoká úroveň gramotnosti je v populaci prospěšná pro celou společnost, lidé s vyšší úrovní gramotnosti jsou zpravidla ekonomicky úspěšnější, více se účastní společenského života a jsou také obecně zdravější. Omezená zdravotní gramotnost (změřená pomocí čtenářské gramotnosti) výrazně ovlivňuje zdravotní stav. Je spojena s nižším podílem na aktivitách podporující zdraví, zdravotně rizikovým chováním, větším množstvím pracovních úrazů, problematičtějším dodržováním léčebného režimu, vyšší úrovní hospitalizací a také s předčasnými úmrtími.

U zdravotní gramotnosti se projevuje sociální gradient. Lidé s nižší úrovní vzdělávání a také lidé ohrožení sociálním vyloučením vykazují relativně nižší úroveň zdravotní gramotnosti. Lze potvrdit, že omezená zdravotní gramotnost vede k dalšímu prohlubování nerovnosti ve zdraví (Wilkinson & Marmot, 2003).

Budování zdravotních dovedností a osobní zdravotní gramotnosti je celoživotní proces a nikdo není zcela zdravotně gramotný. I velmi vzdělaní lidé mohou mít problémy s porozuměním zdravotnickému systému, zejména pokud jsou oslabeni onemocněním. Přesto, že je zdravotní gramotnost také individuální kategorií, její rozvoj není závislý na společenských podmínkách. Nedostatečná zdravotní gramotnost je zdrojem vyšších výdajů na zdravotní péči a způsobuje omezenou efektivnost zdravotnictví (Kickbush et al., 2013).

Tabulka 2: Přístupy k měření zdravotní gramotnosti

Typ měření	Účel a omezení
Klinické screeningové testy, čtenářské schopnosti, rozpoznání slov a matematické dovednosti	Identifikace obtíží při pokusech porozumět zdravotním informacím, včetně popisku a příbalových letáků na léčivech
Nepřímá měření pomocí populačních výzkumů zdravotní gramotnosti v populaci	Poskytovat odhady podílů populace s nedostatečnými znalostmi s cílem postihnout komplexní nároky každodenního života. Neúplné pokrytí všech aspektů zdravotní gramotnosti. Poskytuje málo návodů pro vývoj a aplikaci intervencí.
Přímá měření schopností lidí porozumět, získat, vyhodnocovat a využívat zdravotní informace a zdravotnické služby	Rychle se rozrůstající oblast. Nové škály aplikované na skupiny, nebo celé populace mohou poskytnout informace, které umožní zdravotníkům a organizacím poskytovat lepší služby pro občany s omezenou zdravotní gramotností

Zdroj: Barták in Miovský, 2015

Ke zlepšení zdravotní gramotnosti lze přispět v mnoha oblastech. Jak uvádí Kickbush & Maag (2008), jedná se především o systém vzdělávání, zdravotnictví, obce, pracoviště, politiku a trh. Školy a instituce dalšího vzdělávání hrají hlavní roli v šíření zdravotní gramotnosti. Děti by měly být učeny vybírat zdravá rozhodnutí ve svém životě a v tomto smyslu by měla být zdravotní gramotnost hlavním tématem školské agendy. Dalším odvětvím, kde je potřeba zvyšovat úroveň zdravotní gramotnosti, je zdravotnictví. Mělo by přijmout fakt, že gramotnost je součástí celistvé péče. Zdravotnický personál by měl být seznámen s problémy v gramotnosti pacientů a zdravotní materiály by měly být sepsané jednoduchým jazykem. Zdravotnický personál by také měl svoji komunikaci přizpůsobit potřebám pacientů.

Další oblastí je domov či komunita. Komunity podporují své členy tím, že vytvářejí stabilní struktury a zdravé okolí, tím činí zdravá rozhodnutí srozumitelně dostupnými. Další oblastí, kde se dá zlepšit zdravotní gramotnost, je pracovní

prostředí. Pracovníci by měli mít jistotu, že zdravé volby mohou uskutečnit i na pracovištích. Jde například o možnost výběru zdravého jídla ve stravování nebo zajištění souladu mezi pracovním životem a volnočasovými aktivitami, které souvisejí se zdravím (Miovský at al., 2012)

Prostor pro zlepšení je také v oblasti politiky. Paradigma zdravotní gramotnosti by mělo být integrováno do politiky a tvorby zdravotní politiky, stejně jako do agendy výzkumu. Ve Velké Británii byla např. vytvořena politika Zdravých voleb. Další oblastí je trh. Zde jde například o jednoznačné a pochopitelné označování potravin nebo nastavení pravidel pro posuzování zdravých voleb (Kickbush & Maag, 2008).

Jak uvádí Holčík (2010), dobrým příkladem v Evropě je zdravotní politika Švédska, přijatá v roce 2003. Je zaměřená na determinanty zdraví, zve k aktivní účasti veřejnou správu a společenské struktury. Počítá s účastí rodin i jednotlivců. Motivace lidí se v tomto případě nezvyšuje sankcemi, ale rozvojem zdravotní gramotnosti.

Politika ve Švédsku je orientována na hlavní cíle:

Podíl na společenském a politickém životě – je žádoucí rozšiřovat účast občanů na společenském a politickém životě. Rozšiřuje se zejména účast občanů na společenském, a politickém životě v obcích, okresech, krajích i v celostátním měřítku. Pozornost by měla být věnována zejména dětem, mládeži, starším lidem a sociálně znevýhodněným občanům.

Ekonomická a sociální bezpečnost – jde o jednu z nejdůležitějších podmínek pro zajištění dobrého zdravotního stavu lidí. Je důležité posilovat soudružnost společnosti a vzájemnou důvěru mezi jejími členy.

Bezpečné a příznivé podmínky během dětství a dospívání – z dlouhodobého hlediska má dětství pro zdraví lidí zásadní význam. Je důležité, aby děti žily v příznivém a bezpečném prostředí. Je žádoucí věnovat pozornost duševnímu zdraví v tvorbě zdravého životního stylu.

Zdravější pracovní podmínky – přispívají k ochraně a rozvoji zdraví, snižují výskyt nemocí u povolání a přispívají ke zvládnutí sociálních problémů.

Zdravé a bezpečné životní prostředí a zboží – k významným podmínkám zdraví patří péče o zdravé životní prostředí, výroba, která nezatěžuje životní prostředí, bezpečná, ekologická doprava, třídění odpadů a recyklace surovin.

Zdravotnické služby více přispívají ke zdraví – zdravotní pracovníci jsou odborně připraveni, mají autoritu a setkávají se s velkým počtem lidí. Mohou přispívat významně ke zdraví. Podpora zdraví a prevence je nesmírně důležitá součást péče.

Účinná ochrana proti infekčním nemocem – infekce představují trvalou hrozbu. Dosavadní úspěchy při jejich zvládnutí by byly ohroženy, pokud by bylo omezené úsilí vynaložené na jejich prevenci a účinnou léčbu.

Bezpečný pohlavní život a dobré reprodukční zdraví – jeden z předpokladů plného a uspokojivého lidského života. Důležitý je rozvoj výchovy, plánování rodiny, mateřská péče a pomoc rodinám s dětmi.

Soustavná tělesná aktivita je nezbytná nejen pro zdravý tělesný vývoj dětí a mládeže. Je důležitá pro udržení zdraví ve středním věku a soběstačnosti ve stáří.

Dobré stravovací návyky a bezpečné potraviny – dobré stravování a vhodně složená strava z bezpečných potravin je nezbytnou podmínkou rozvoje a udržení zdraví

Omezení škodlivých návyků, ohrožující zdraví – snížení potřeby tabáku a alkoholu, společnost bez návykových látek a dalších zakázaných látek, dopingů a snížení důsledků hráčství.

Uvedené cíle vytvářejí podmínky pro hodnocení a zlepšování zdravotní politiky a tím přímo i nepřímo zlepšují zdraví lidí. Určitou roli hraje i skutečnost, že Švédsko je bohatší země než ČR. Ve Švédsku se spotřebuje zhruba jen polovina alkoholu než v České republice, podobně je to s cigaretami (Holčík, 2010).

Zdravotní gramotnost je jedním z klíčových faktorů zdraví. Její definice dle WHO zní: „Zdravotní gramotnost je spojená s gramotností a označuje znalosti lidí, jejich motivace a kompetence získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat zdravotně relevantní informace tak, aby byli v každodenním životě schopni posoudit a rozhodovat se, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví v zájmu udržení či zlepšení kvality života v průběhu životního cyklu“ (WHO, 2013).

“Zdravotní gramotnost je jedna z významných determinantů ovlivňující jak úroveň a rozložení zdravotního stavu obyvatelstva, tak i účinnost, hospodárnost a kvalitu péče o zdraví a výsledky, a také dopad činnosti zdravotnictví. Zdravotní gramotnost je nepostradatelným nástrojem i charakteristikou zdravé demokratické společnosti” (MZ ČR, 2015).

Dle Holčíka (2017) je nízká zdravotní gramotnost často spojena s nezdravým životním stylem, například s kouřením a užíváním alkoholu, a je provázána vyšší nemocností a předčasnou úmrtností. Ačkoliv byl velmi málo vyzkoumán vliv zdravotní gramotnosti na rizikové chování, Lee, Arozullah & Choc (2003) uvádí, že je možné, že jedinci s nižší úrovní zdravotní gramotnosti mají větší pravděpodobnost užívání tabáku, alkoholu a jiných nelegálních návykových látek, a to z důvodu omezeného přístupu a porozumění zdravotnickým a lékařským informacím.

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je závažným zdravotně rizikovým faktorem, souvisí se sociálním gradientem a její nízká úroveň prohlubuje nežádoucí

zdravotní nerovnosti a vede k vysokým nákladům na zdravotní péči. Obecně lidé s nižší zdravotní gramotností podceňují péči o své zdraví i prevenci, se svými zdravotními problémy přicházejí k lékaři v pozdějších stádiích nemoci, kdy terapie již nemusí být dostatečně účinná, hůře spolupracují se zdravotnickými pracovníky, méně se podílejí na léčbě a znemožňují dosáhnout potřebných výsledků. Nízká zdravotní gramotnost vede k výskytu preventabilních nemocí (MZ ČR, 2015).

V České republice je akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti na období 2015-2020 nástrojem realizace programu Zdraví 2020 v ČR a východiskem Národního plánu zdravotní gramotnosti (MZ ČR, 2015).

2.2 Zdravotní gramotnost a závislosti

Tabulka 3: Přehled důležitých studií v oblasti zdravotní gramotnosti a užívání látek

Autoři, rok	Cíle	Metody	Výsledky
Lincoln at al., 2006	Předpoklad, že nízká zdravotní gramotnost je spojená s vyšší úrovní závislosti a s horší úrovní mentálního zdraví.	Mnoha rozměrová analýza, REALM, CES-D. Souhrnný přehled zdraví, index závažnosti závislosti na drogách, 380 dospělých respondentů.	V longitudinální analýze byla nízká gramotnost spojena s depresivními syndromy. Gramotnost nebyla významně spojena s kvalitou života či duševní závislostí.
Davis at al., 1993	Zmapovat úroveň čtení a schopnost porozumění u pacientů léčících se s užíváním látek. Posoudit čitelnost vzdělávacích materiálů.	114 dospělých pacientů, rozhovor s použitím strukturovaného dotazníku.	Průměrná schopnost číst byla signifikantně nižší u pacientů ve veřejné léčbě než v léčbě soukromé. Úroveň čtení a porozumění byla nižší, než je potřebná úroveň k porozumění vzdělávacím materiálům a formulářům.
Dermota at al., 2013	Popsat úroveň zdravotní	Součást kohortové studie o rizikovém	Uživatelé látek se zdají být více

	gramotnosti a souvislost s užíváním látek mezi mladými muži ve Švýcarsku.	užívání, zahrnující 11 930 respondentů. Dotazník obsahoval 3 složky zdravotní gramotnosti a 3 látky.	informování o rizicích látek než neuživatelé.
Degan at al., 2019	Prozkoumat profily zdravotní gramotnosti u osob navštěvující léčbu návykových látek. Zjistit, jak profily souvisí s kvalitou života, duševním zdravím a tělesným zdravím.	298 respondentů, dotazník HLS-EU-Q, multidimenzionální měřítko zdravotní gramotnosti. Provedena analýza profile zdravotní gramotnosti.	Byly identifikovány 3 rozdílné profily zdravotní gramotnosti. Účastníci nižší úrovně zdravotní gramotnosti měli nižší úroveň sociální podpory v domácím prostředí, nižší kvalitu života a vyšší úroveň stresu.

Zdroj: vlastní

Lee, Arozullah & Choc (2003) uvádí, že jedinci s nižší úrovní zdravotní gramotnosti mají větší pravděpodobnost užívání tabáku, alkoholu a jiných nelegálních návykových látek, a to z důvodu omezeného přístupu a porozumění zdravotnickým a lékařským informacím.

Rolová s autory (2018) publikovala pilotní studii o zdravotní gramotnosti u lidí, kteří podstoupili léčbu s abusem alkoholu. Data byla měřena pomocí dotazníku HLS-EU-Q47. Shledali, že téměř polovina vzorku měla omezenou úroveň zdravotní gramotnosti i přesto, že v souboru bylo vysoké procento vysokoškolsky vzdělaných respondentů.

Lincoln et al. (2006) zkoumali souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a mírou závislosti v detoxifikačních zařízeních. Nízká zdravotní gramotnost nemá významnou souvislost s vyšší mírou závislosti na nelegálních návykových látkách nebo alkoholu.

Dermota s autory (2013) zjistili, že rizikovní uživatelé alkoholu, marihuany a tabáku mají marginálně lepší schopnost porozumění zdravotním informacím než abstinenti. Intervence, které se zaměřují pouze na podávání informací, mohou být z hlediska prevence funkční jen omezeně.

Davis s autory (1993) zkoumali schopnost čtení u pacientů v soukromých a státních léčebných centrech. U pacientů ve státních zařízeních byla průměrná schopnost čtení hluboko pod úrovní porozumění potřebnou k přečtení a porozumění léčebným materiálům. Ve státních zařízeních byla úroveň nižší než v soukromých léčebnách.

Lee, Arozullah & Choc (2003) uvádí, že jedinci s nižší úrovní zdravotní gramotnosti mají větší pravděpodobnost užívání tabáku, alkoholu a jiných nelegálních návykových látek, a to z důvodu omezeného přístupu a porozumění zdravotnickým a lékařským informacím.

2.3 Přístup veřejného zdraví a harm reduction

Zneužívání návykových látek je největším rizikovým faktorem mortality mezi mladými lidmi ve vyspělých zemích (Rehm at al., 2006)

“Za princip harm reduction (dále HR) se označují programy, činnosti a koncepce, které v první řadě směřují k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních návykových látek, aniž by nutně muselo dojít ke snižování jejich spotřeby. HR je prospěšné pro uživatele návykových látek, jejich rodiny a pro celou společnost” (IHRA, 2010).

Newcombe (2010) uvedl, že HR rozlišuje poškození na různé úrovni – individuální, komunitních a na úrovni celospolečenské. Dále rozlišuje typy poškození na úrovních – zdravotní, sociální a ekonomické. Toto rozlišení poukazuje na široké zaměření HR a propojení s oblastí veřejného zdraví.

Uvedená definice poukazuje na fakt, že v rámci přístupu HR se nemyslí pouze na zdravotní stránku užívání návykových látek a možných poškození, ale zaměřuje se na všechny možná rizika, přičemž nacházíme paralelu s bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem rozvoje závislosti. Pracovník v drogové službě tedy neupozorňuje klienta pouze na rizika, která jsou spojená s přenosem infekčních chorob, ale také informuje např. o rizicích nesplacení dluhu, možnostech získání bydlení, sociálních dávek atd. (Janíková, 2015).

Kalina (2015) dodává, že se jedná se o ochranu veřejného zdraví celé společnosti, zejména před infekčními nemocemi. Přístup HR neboli snaha o snížení škod, vychází z možnosti zabránit, nebo alespoň zmírnit rizika, která jsou spojená s užíváním návykových látek. A to na úrovni celospolečenské i na úrovni samotného závislého jedince (Kalina at al., 2015).

Počátek přístupu HR se datuje do 80. let dvacátého století, kdy byl prokázán první případ nakažení virem HIV. Po prvních případech nakažení byl otevřen první výměnný program v Amsterdamu v roce 1984. V roce 1990 byla první HR

konference v Liverpoolu, načež vznikl IHRA – Mezinárodní asociace Harm Reduction (Kalina at al., 2015).

V užším pojetí můžeme HR definovat jako soubor praktických strategií, které snižují negativní dopady užívání návykových látek a zahrnují různé strategie, od bezpečnějšího užívání návykových látek, po strategie vedoucí k abstinenci. HR strategie se snaží pracovat s klienty “tam, kde právě jsou” a zaměřuje se na okolnosti i užívání samotné.

HR je věcný přístup, který umožňuje předcházet zdravotním komplikacím a do určité míry tak zabránit tělesnému a psychickému poškození klientů. Vytváří se tím tak časový prostor pro práci s klientem, během něhož má uživatel možnost se stabilizovat a postupně tak změnit své postoje k užívání návykových látek (Kalina at al., 2015).

Základem sítě HR služeb jsou nízkoprahová centra a terénní programy. Počet nízkoprahových programů se v posledních letech pohybuje okolo 100. Dle aktuální výroční zprávy to v roce 2017 bylo 54 kontaktních center a 54 terénních programů. V kontaktu s nimi bylo 39,2 tisíc uživatelů návykových látek (Mravčík at al., 2018).

Hlavními klienty nízkoprahových programů jsou uživatelé pervitinu (24,0 tisíc), potom opioidů (10,3 tisíc) a konopných látek (2,3 tisíc). Podíl injekčních uživatelů mezi klienty nízkoprahových programů výroční zpráva odhaduje na 80 %. Pokračuje trend průměrného věku klientů, (32,2 v roce 2017), ženy tvoří dlouhodobě podíl kolem 30 % klientů (Mravčík at al., 2018).

Jak uvádí Kalina (2015) s přístupem HR se lze setkat i mimo drogovou oblast, konkrétně v různých prostředcích, které minimalizují poškození zdraví při různých činnostech běžného života. Aktivita HR je zároveň aktivitou motivující. Vede ke spolupráci klienta se zařízením a v ideálním případě k léčbě a postupné resocializaci klienta. Mezi cíle patří HR patří snaha o zamezení opakovaného používání injekčního materiálu k aplikaci návykové látky, edukace o méně rizikové způsobu aplikace, informování o rizicích spojených s užíváním návykových látek, informování o bezpečnějším pohlavním styku, snaha o změnu chování směrem k co nejméně rizikovému, minimalizace fyzického poškození, podávání informací o systému fungování státní správy a orgánech činných v trestním řízení, upevňování nebo znovu vytváření hygienických návyků, navazování spolupráce klienta s ostatními zařízeními a důstojné zacházení s klientem s ohledem na maximum intervencí.

Princip HR je považovaný za jeden z pilířů protidrogové politiky, který bere v potaz problém mezi člověkem a substancí, který se může vyvíjet a měnit. Pracuje s klientem tam, kde se zrovna nachází a zaměřuje se na jeho okolnosti užívání nebo užívání samotné (IHRA).

Výskyt viru HIV/AIDS sleduje Státní zdravotní ústav Praha od roku 1985. Do roku 2016 rostl počet nově zachycených případů, v roce 2017 došlo k mírnému poklesu na 254 případů. Ovšem podíl přenosu viru zapříčiněným injekční aplikací návykových látek je dlouhodobě nízký. V roce 2017 bylo diagnostikováno 5 nových případů u mužů (2 %), u kterých došlo pravděpodobně k přenosu viru pomocí injekční aplikace (Mravčík at al., 2018).

Dominantní cestou nákazy HIV/AIDS je homosexuální styk mezi muži s 181 novými případy v roce 2017 (71,3 %). Počet nákazy virem mezi heterosexuály v poslední době roste, v roce 2017 dosáhl 58 osob (Mravčík at al., 2018).

2.3.1 Nízkoprahové/harm reduction centrum

Nízkoprahová služba je definovaná jako služba v drogové oblasti, která je nastavena tak, aby její potenciální uživatel cítil co nejmenší překážky v jejím užívání. Principem nízkého prahu je odstranění překážek, které by mohl klient vnímat jako ohrožující, nebo by ho odradily od využívání služby. V oblasti adiktologického systému péče se pod pojmem nízkoprahové jedná o programy zaměřené na rekreační užívání návykových látek, terénní programy, nízkoprahová substituční zařízení a kontaktní centra (Kalina, 2015).

Kalina (2003) uvádí, že mezi základní principy patří nepožadování abstinence, svobodné rozhodnutí se klienta o využití nabídky služeb a absence poplatků za nabízené služby. Dalším principem je respektování volby klienta pro život s návykovými látkami, či bez nich. Anonymní registrace odbourává stigmatizaci z návštěvy odborného zařízení a buduje důvěru mezi klientem a pracovníkem. Kód klienta je zpracován pomocí databáze FreeBase.

Cílovou skupinou klientů kontaktního centra jsou osoby závislé na návykových látkách starší 15 let, experimentátoři, skrytá drogová populace a problémoví uživatelé návykových látek, především ti s vysoce rizikovým scénářem, klienti s nízkým stupněm sociální autonomie, kteří jsou ohroženi sociálně patologickými jevy, blízké osoby a rodinní příslušníci uživatelů (Kalina at al., 2003).

V kontaktním centru lze předpokládat přinejmenším ambivalentní potřebu změny v chování, a to i v případě, že si klient přichází jen pro harm–reduction materiál. Jedná se především o klienty, kteří se nevyhýbají kontaktu a jsou sami ochotni ho navazovat. Za nejdůležitější se považuje navázat s klientem bezpečný a souladný vztah, který postupem času umožňuje s klientem pracovat (Kalina at al., 2003).

Obsah práce v nízkoprahovém kontaktním centru obnáší všechny formy včasné intervence – edukace, poradenství, krizová intervence, výměnný program, lékařské poradenství, kontakt na svépomocné aktivity, práce, motivaci ke strukturované terapii, účelné vedení klienta a sledování jeho postupu v léčbě a psychoterapie (Kalina at al., 2003).

Hlavním cílem poradenství v kontaktním centru je vytvoření bezpečného prostředí pro klientovu aktivitu a postupné přenášení odpovědnosti za jeho změnu ne něj samotného. Vytvoření jasných a srozumitelných krátkodobých cílů a nabídka dalších možností pro osobní růst. Do spektra služeb v kontaktním centru je zahrnuta kontaktní práce a výměnný program injekčního materiálu, základní zdravotní péče a poradenství, sociální práce a doplňkové služby (Kalina at al., 2003).

Kontaktní centrum představuje dveře do systému služeb. Spolupracuje s lékaři, s ambulantními psychiatry, s programem detoxifikace, terapeutickými komunitami, se stacionáři, s psychiatrickými léčebnami, odděleními právní pomoci, s probační a mediační službou a se zařízeními sociální péče (Kalina at al., 2003).

Před rokem 1989 existovaly na území Československé republiky ordinace pro alkoholismus a jiné toxikománie (AT ambulance, či ordinace), psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny a záchytné stanice. Po roce 1989, v rámci zlepšování systému péče, řada AT zanikla a začala se zohledňovat psychosociální stránka závislosti a důraz na veřejné zdraví. Došlo tak k částečnému přesunu od medicínského modelu závislosti k modelu zdůrazňování včasného kontaktu, s ohledem na nově vznikající generaci závislých osob. V roce 1992 došlo k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů návykových látek, nadace DROP-IN. Následovalo občanské sdružení Sananim, dnes Sananim z. ú., které zahajuje provoz kontaktního centra v roce 1993 (Kalina at al., 2003).

2.3.2 Kontaktní centrum Sananim

Projekt kontaktního centra byl zrealizován za finanční podpory Úřadu vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Magistrátu hlavního města Prahy, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Úřadu městské části Prahy 5. Kontaktní centrum je držitelem Certifikátu odborné způsobilosti pro kontaktní a poradenské služby a je registrovanou sociální službou podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách s ohledem na povinnost certifikace (Usnesení vlády ČR č. 300/2005 a 700/2005).

Smyslem tohoto zákona je chránit práva lidí, kteří jsou oslabeni v jeho prosazování. Mezi různé důvody patří různých například věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace apod. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů a státu, a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také rovněž upravena oblast, týkající se podmínek sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

Kontaktní centrum dále nabízí různorodé zdravotní služby, jako je základní ošetření a první pomoc, screeningové testování na infekční choroby (HIV, VHB, VHC, Syfilis) a psychiatrickou péči s možností nasazení medikace.

Kontaktní centrum dále nabízí speciální adiktologické služby, jako jsou programy pro snižování zdravotních a sociálních rizik (výměnný program, distribuce kondomů a zdravotnického materiálu, edukace o bezpečnějším užívání návykových látek a bezpečném sexu), před-léčebné poradenství, case-management a stáže pro odborníky a studenty, nabízí potravinový a hygienický servis, různé socioterapeutické aktivity, jako je arteterapie, výuka cizích jazyků, sportovní aktivity a promítání filmů.

Dle aktuální výroční zprávy Sananim za rok 2017, vykázalo kontaktní centrum 36 926 výkonů, 3808 kontaktů s klienty uživateli, vydalo se 1 137 915 injekčních setů. Poměr byl 75 % mužů k 25 % žen. Primární návykovou látkou u uživatelů byl pervitin 47 %, dále zneužívaný buprenorfin 35 %, heroin 13 %. Tým kontaktního centra je multidisciplinární. Tvoří jej psychiatr, psycholog, adiktologové, zdravotní pracovník, pedagogický pracovník, případně ex-useři. Vedoucím zařízení je Mgr. David Pešek.

Typickému klientovi je 35 let, je bez domova a bez práce, užívá různé návykové látky a alkohol 10 let. Náklady na jednoho klienta jsou 3150 Kč za rok. Devadesát procent klientů je v dlouhodobém kontaktu a průměrně odejdou do léčby 2 klienti týdně (Těmínová-Richterová, 2017).

2.4 Problémoví uživatelé návykových látek

V České republice se definuje problémoví uživatel drog jako injekční uživatel jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobý nebo pravidelný uživatel pervitinu a opioidů (tedy nikoliv uživatel kokainu, konopných a jiných drog).

V České republice je dle aktuální výroční zprávy za rok 2017 odhadnutu 47,8 tisíc problémových uživatelů návykových látek. Z toho 34,7 tisíc uživatelů pervitinu a 13,1 tisíc uživatelů opioidů, z čehož 6,9 tisíc uživatelů buprenorfinu, 3,9 tisíc uživatelů heroinu a 2,3 tisíc uživatelů jiných opioidů. Odhadnutý počet prevalence problémových uživatelů dosáhl 0,69 % obyvatel ve věku 15-64 let. V horizontu posledních 4 let zůstává počet problémových uživatelů drog stabilní (výroční zpráva)

Počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů se meziročně zvýšil. Nárůst se týká obou skupin. Toto se týká zejména počtu uživatelů heroinu a jiných opioidů, především opioidních analgetik (Mravčík at al., 2018)

2.5 Injekční užívání návykových látek

Množství injekčního materiálu k aplikaci návykových látek roz distribuovaný nízkoprahovými programy meziročně mírně klesl. Celkově bylo vydáno přibližně 6,4 milionu setů. V průměru si jeden uživatel v kontaktu s výměnným programem vyměnil 199 kusů injekčního materiálu za rok 2017. V přepočtu to na jednoho odhadnutého uživatele dělá 147 kusů ročně, což je dle odhadů WHO střední míra

pokrytí. Největší počet výměn představuje výměnný program v Ústeckém kraji a v Praze (Mravčík at al., 2018)

Alternativou k injekčnímu užívání může být např. hliníková folie určená ke kouření návykové látky nebo želatinové kapsle, které jsou vhodné k orální aplikaci. Kapsle nabízí 90 programů (Mravčík at al., 2018)

V roce 2017 uvedlo sdílení injekčního náčiní alespoň jednou v životě 34,0 % uživatelů, kteří žádali o léčbu. V horizontu posledních let je patrná klesající míra sdílení jehel (Mravčík a al., 2018)

2.6 Vybrané návykové látky

Míra užívání návykových látek v dospělé populaci neklesá a je na poměrně vysoké úrovni. Míra problémového užívání návykových látek je v evropském průměru, nadprůměrně vysoký je výskyt injekčního užívání drog. Společenské a veřejnozdravotní dopady problémového užívání pervitinu a opioidů (výskyt předávkování, infekcí) a případně i jiných drog, jsou na setrvale nízké úrovni a to včetně dopadů na veřejné rozpočty (RVKPP, 2019)

2.6.1 Psychomotorická stimulancia

Jak uvádí Kalina (2015), pervitin je nejčastěji užívanou psychostimulační návykovou látkou, odhad počtu problémových uživatelů je více než 20 000 osob. Převažuje injekční aplikace, typická je intranazální aplikace, méně častým způsobem je inhalace nebo per-os. Perspektivní je harm-reduction strategie aplikace pomocí želatinových kapslí. Účinkuje odstraněním únavy, urychlením myšlení a celkovým povzbuzením organismu, s tím je spojené nechutenství a snížený příjem potravy. Jako nežádoucí účinky se popisují přetížení krevního oběhu, strach a úzkostné prožívání, pocity ohrožení a pronásledování a stav útlumu s nepříjemnými pocity po odeznění účinku. Odvykací stav je doprovázený únavou, neklidem a intenzivním bažením. Po vysazení se dostavuje až několikadenní spánek s epizodami bdění a příjmem velkého množství potravy, objevuje se deprese a úzkosti.

2.6.2 Opioidy a opiáty

Jde o tlumivé látky s euforickým účinkem. Heroin byl původně jako lék proti kašli. Obvyklým způsobem je nitrovenózní aplikace, méně rizikovým je např. inhalace z hliníkové fólie. Obvyklá počáteční dávka bývá méně než 0,1 gramu za den, později pak dosahuje 1-3 gramu denně. Čistota pouličního heroínu značně kolísá a je špatně odhadnutelná. Po odvyknutí rychle klesá tolerance a vzrůstá tak riziko smrtelného předávkování dávkou předtím běžnou (Kalina, 2015).

Jak uvádí autor Kalina, Buprenorfin je syntetický opioid, účinek nastupuje během

1-2 hodin po sublingválním podání. Vyvolává jen minimum euforie. Při spolknutí je neúčinný. Vyrábí se pouze pro medicínské účely, nicméně hojně prosakuje na nelegální trh. V posledních letech se uplatňuje jako primární návyková látka před heroinem. Injekční aplikace je spojená s infekčními komplikacemi a pravděpodobným výskytem bakteriálních endokarditid. Injekční aplikace se týká asi 20 % uživatelů (Alho at al., 2007).

2.6.3 Marihuana

Drbohlavová a Mravčík uvádějí, že většina problémových uživatelů v kontaktu se službami jsou mladí lidé do 30 let věku, v 90 % muži. Ti se rozdělují zejména do dvou skupin: mladiství, kteří mají výchovné problémy jako je problém se školou případně se zákonem a užívají marihuanu ve skupině vrstevníků a mladí dospělí, jejichž užívání vede ke zhoršení se zvládáním běžných povinností a tím pádem vede ke kontaktu se službami.

2.6.4 Alkohol

Je jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR, cca 6 % celkové mortality jde na vrub alkoholu. Česká republika patří k zemím s nejvyšší mírou užívání alkoholu v Evropě. Spotřeba alkoholu na obyvatele je jedna z největších na světě (RVKPP,2019).

Alkohol rozšířený po celém světě, vzniká kvašením cukrů. Počet osob s vyjádřeným syndromem závislosti přesahuje pravděpodobně 300 000. Užití per os, dobře proniká hematoencefalickou bariérou do mozku. Účinek závisí na dávce a vlivu prostředí či dispozicích. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Postupně se dostavuje únava a spánek. Intoxikace je doprovázená ztrátou rovnováhy, svalového napětí, zpomalením reakčního času, zvracením. Při těžších intoxikacích porucha vědomí až smrt. Jako dlouhodobý účinek se uvádí zejména poškození gastrointestinálního traktu, dále funkční a orgánové poškození oběhového systému. Poruchy spánku a úzkostně-depresivní stavy. Odvykací stav se projevuje po dlouhodobém, intenzivním užívání alkoholu a rozvíjí se během hodin až dní. Maxima dosahuje během druhého dne. Mezi příznaky patří psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost a nevolnost, slabost. Halucinace, křeče a iluze a epileptické záchvaty jsou známkou vážnějšího průběhu. Nejtěžší formou je delirium tremens s relativně vysokou mortalitou. Zde dochází k poruchám vědomí a halucinacím zejména drobných zvířat a hmyzu, drobných rozsypaných předmětů, nebo scénické halucinace, maximum obtíží je v noci. Za rizika se označuje rozvoj fyzické i psychické závislosti. Značná toxicita alkoholu vede k vážnému poškození organismu (Kalina, 2015).

2.7 Farmaka s psychotropním účinkem

Jedná se o způsob užití léku neschváleným způsobem. Nejčastěji jde o skupinu opioidů a benzodiazepinů. Sedativa a hypnotika způsobují spánek, některé látky specificky potlačují strach a úzkost. Mechanismem je ovlivnění GABA-benzodiazepinového makromolekulárního receptorového komplexu. Anxiolytika působí v limbickém systému a vyvolávají pokles duševního napětí. Užití probíhá per-os, eventuálně v kombinaci s alkoholem. V případě, že je látka užitá jako sekundární návyková látka, bývá způsob aplikace shodný s primární drogou. Užívané látky mohou dosáhnout několikanásobných dávek terapeutických. Účinek nastupuje během desítek minut. Intoxikace je podobná opilosti, včetně zevních projevů. Látky navazují celkové zklidnění (Kalina, 2015).

Problémové užívání léčivých přípravků se vyskytuje jak v obecné populaci, tak mezi problémovými uživateli ostatních návykových látek. Počet osob, které zneužívají sedativa a hypnotika, se aktuálně odhaduje v České republice na 900 tisíc. V léčbě (především ambulantní psychiatrické a adiktologické) je přibližně 3000 uživatelů sedativ a hypnotik za rok. Problémové užívání především opioidních analgetik, sedativ a hypnotik je dlouhodobě skrytý problém, který se neřeší. Nejsou realizované informační, ani jiné aktivity mezi předepisujícími lékaři ani mezi pacienty (RVKPP, 2019).

Látky vedou k psychické i tělesné závislosti. Závislost bývá bez náhledu. Při odvykání nebo rychlém vysazení mohou nastat epileptické záchvaty. Předávkování vede k útlumu centrální nervové soustavy (Kalina, 2015).

2.8 MDMA

Neboli extáze, mechanismus účinku spočívá v ovlivnění serotoninergního, dopaminergního a noradrenergního neurotransmiterového systému. Rekreační užívání MDMA je patrné od 20. Století v USA. Dnes patří mezi rozšířenou drogu na taneční scéně. Způsob aplikace je obvykle per-os. Nástup účinku do 0,5-1 hodiny. V první fázi se projevuje zmatenost a neklid, poté pohoda, mizí stres. Při užití ve skupině nebo v páru nastupují pocity empatie a lásky. Nežádoucí účinky jsou nevolnost při nástupu účinku, zvýšení napětí kosterního svalstva, neschopnost erekce, nechutenství, snížená potřeba spánku a sucho v ústech. Rizikem je psychická závislost, jako u pervitinu, ale slabší. Rizikový je vznik serotoninového syndromu – změny psychiky, křeče, průjem, třes horečka a pocení – může vést ke smrti. Dalším rizikem je hypertermie, souvisí s řadou rizikových poškození (Kalina, 2015).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Výzkumná otázka

V České republice se touto zkoumanou problematikou doposud nikdo nezabýval. Toto šetření by mohlo přispět ke zmapování stavu a mohlo by pomoci k pochopení chování zkoumané skupiny. Hypotézou v této práci bylo, že uživatelé návykových látek, kteří využívají kontaktní centrum, budou mít omezenou zdravotní gramotnost.

3.2 Výzkumné cíle

Tato práce má charakter průřezové dotazníkové studie. V tomto typu studie byl sledován stav závislosti mezi výskytem nemoci a potenciální příčinou k určitému datu. Údaje jsou časově podmíněné, neboť jsou vázané k určitému datu (Disman, 2011).

Cílem práce bylo popsat a zanalyzovat úroveň zdravotní gramotnosti u klientů nízkoprahového kontaktního centra Sananim pomocí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16 (HLS-EU, 2012) a dotazníku In-come (Kunc, 2006). Dalším cílem práce bylo zjistit korelaci mezi užívanou návykovou látkou a úrovní zdravotní gramotnosti dle dotazníků. Dalším cílem bylo porovnat skupiny dle výsledné zdravotní gramotnosti a zjistit, zda mezi sebou skupiny dosahují významných rozdílů. Výzkumné otázky:

- 1) Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u respondentů dle dotazníku HLS-EU-Q16?
- 2) Jaké je rozložení respondentů dle pohlaví ve výběrovém souboru?
- 3) Jaké je rozložení respondentů dle pohlaví v závislosti na výsledné úrovni zdravotní gramotnosti?
- 4) Jaké je rozložení respondentů dle věku a pohlaví ve výběrovém souboru?
- 5) Jaké je rozložení respondentů dle pohlaví a začátku věku pravidelného užívání?
- 6) Jaké je rozložení respondentů dle pohlaví a věku prvního injekčního užití návykové látky?
- 7) Má úroveň výsledné gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na druh léčby, kterou klienti kontaktního centra v minulosti podstoupili nebo podstupují?
- 8) Má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na druh užívané primární návykové látky?

- 9) Má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na způsob aplikace primární návykové látky?
- 10) Má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na druh užívané sekundární návykové látky?
- 11) Má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na způsob aplikace sekundární návykové látky?
- 12) Má výsledná úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na injekční aplikaci

3.3 Metoda sběru a tvorby dat

Pro účely práce byl zvolen nástroj dotazník. Tato technika umožňuje zachycení informací od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a s poměrně nízkým nákladem. Tato metoda zajišťuje relativní přesvědčivou anonymitu. Nevýhodou dotazníku je kladení nároků na respondenty, kteří nemusí být ochotní data vyplnit. Dále může respondent vynechat otázky. Výhoda dotazníku k tomuto konkrétnímu výzkumu je kratší délka dotazníku, úspora peněz a času a možnost ho vyplňovat tehdy, když se to respondentovi hodí. Nevýhody jsou možné zkreslení vzorku a také fakt, že není možné zachytit spontánní odpověď respondenta (Hendl, 2006).

V prvním kroku byly papírové dotazníky převedeny do datové matice za použití programu Microsoft Excel. Poté byly vyřazeny ty, které byly nedostatečně vyplněny. Za takové byly považovány dotazníky, u kterých byla zaznamenána odpověď na méně než 14 otázek. Dotazníky byly očíslovány, šetření bylo anonymní. Data byla zpracována pomocí popisné statistiky a kontingenčních tabulek a grafů. Ke zpracování dat byla použita matematická statistika.

3.3.1 Metody matematické statistiky

Pearsonův korelační koeficient – tento nástroj měří sílu lineární závislosti mezi dvěma veličinami. Korelační koeficient nabývá pouze hodnot od -1 do 1. Koeficient je roven 1, pokud je mezi veličinami vztah přímo úměrný. Pokud se jedná o nepřímou úměru, je korelační koeficient roven -1 (Zvára, 2013). V matici korelačních koeficientů byly zpracovány ve statistickém softwaru Statistica.

3.4 Výzkumný nástroj

Sběr dat probíhal v kontaktní místnosti kontaktního centra Sananim, od 1. 1. 2018 do 1. 11. 2018. Dotazníky byly distribuovány po předchozí domluvě s vedoucím zařízením. Administrace byla provedena autorem. Účastníkům studie byl vysvětlen účel výzkumu, etické aspekty a přibližná doba vyplnění. Dotazník HLS-EU-Q16 byl vyplněn respondenty bez asistence tazatele, metodou self assessmentu, jak je obdobné v podobných studiích, zaměřující se na dotazníkové šetření. Dotazník Income (Kunc, 2006) byl vyplněn s pomocí tazatele, metodou PAPI.

Nástroj dotazník In-come byl použit, jelikož se používá pro účely zjišťování informací v nízkoprahových zařízeních. Podle Kunce vede využívání nástroje In-comu k rozvoji vztahu s klientem a posiluje vzájemné pochopení. Tento dotazník poskytuje obecný přehled o způsobu rizikového chování klientů a ukázalo se, že vyplňování dotazníku lze velmi využít jako nástroj pro práci s klientem.

Dotazník je do značné míry anonymní, obsahuje některé osobní údaje. U každého je sestavován specifický kód, složený z prvních 3 písmen jména matky a 3 písmen jména klienta a také je sledován den a měsíc narození klienta.

Ke sběru sociodemografických údajů byl použit právě dotazník In-come (Kunc, 2006) který registroval pohlaví, datum narození, obec narození, primární a sekundární návykovou látku, způsob aplikace látky, věk zahájení pravidelného užívání návykové látky, věk prvního injekčního užití, zda byl klient dříve léčený, zda a kdy sdílel injekční stříkačky a období posledního injekčního užití.

Dále byl použitý dotazník The European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q) ve zkrácené verzi 16 otázek (HLS-EU-Q16), který měří komplexní úroveň zdravotní gramotnosti v evropské populaci. Dotazník byl standardizován pro evropskou populaci. Byl vyvinut HLS-EU konsorciem. V dotazníku lze dosáhnout celkem 0-16 bodů, přičemž 0 bodů značí nejnižší úroveň zdravotní gramotnosti a 16 bodů značí úroveň nejvyšší. Dle dosaženého skóre je úroveň zdravotní gramotnosti hodnocena jako adekvátní (16-13 bodů), problematická (12-9 bodů), neadekvátní (0-8 bodů).

Pro potřebu otestování hypotéz bylo výsledné skóre zdravotní gramotnosti dotazníku HLS-EU-Q16 rozděleno na dvě skupiny. Adekvátní zdravotní gramotnosti dosahovali respondenti s výsledným skóre 16-13 bodů. Omezené zdravotní gramotnosti dosahovali respondenti s výsledným skóre 12-0 bodů.

Dotazník byl vyvinut na základě koncepce, která je v souladu s definicí zdravotní gramotnosti podle WHO (uvedeno v teoretické části práce). Dotazník má otestovanou zjevnou, souběžnou a vnější validitu. Je to v dnešní době jeden z mála dotazníků, který měří zdravotní gramotnost komplexně a z více úhlů (Pelikan & Jürgen, 2012).

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu, úvod obsahoval instrukce k vyplnění a etické aspekty. Dotazník obsahoval škálu Likertovské typu (Hayes, 1998). Dotazník mapoval odpověď na otázku „Jak snadné pro vás je...“:

1. Nalézt informace o léčbě nemoci, které se vás týkají?
2. Zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocný?
3. Pochopit, co vám říká lékař?
4. Pochopit návod lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?
5. Posoudit, kdy byste mohl potřebovat názor jiného lékaře?

6. Využít informace, které vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?
7. Pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?
8. Získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?
9. Pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?
10. Pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? **(instrukce: Vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)**
11. Posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? **(instrukce: TV, internet nebo jiná media)**
12. Rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informace z médií? **(instrukce: Noviny, letáky, internet nebo jiná média)**
13. Nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? **(instrukce: Meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)**
14. Pochopit rady, týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?
15. Pochopit informace, jak být zdravější z médií? **(instrukce: Internet, noviny, časopisy)**
16. Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? **(instrukce: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení)**

Odpověď „velmi snadné“ nebo „snadné“ je vyhodnocena 1 bodem, odpověď „docela těžké“ a „velmi těžké“ 0 body. Odpověď „nevím“ je vyhodnocena jako úniková odpověď, 0 body. Byly vyhodnoceny dotazníky, kde bylo odpovězeno na alespoň 14 otázek, jak je popsáno v manuálu (Sørensen et al, 2015; HLS-EU, 2012).

3.5 Metody výběru

Základní soubor této práce tvořili všichni klienti kontaktního centra Sananim. Dle poslední dostupné výroční zprávy z roku 2017 byl výkon poskytnut 3808 klientům, kteří byli uživateli návykových látek (vyjma uživatelů tabáku). Jedná se o neanonymní i anonymní uživatele návykových látek, přičemž počet klientů

neuživatelů, kteří využili poradenské služby, byl dalších 196. Celkový počet výkonů za rok 2017 byl 36 926 (Richterová-Těmínová, 2017).

Výběrový soubor tvořili klienti uživatelé návykových látek, kteří navštívili kontaktní centrum v průběhu sběru dat a dotazník dobrovolně vyplnili. Bylo osloveno 422 klientů, přičemž návratnost činila 200 dotazníků. Jednalo se o záměrný výběr respondentů. Sběr dat probíhal od ledna 2018 do listopadu 2018. Podmínkou pro účast ve studii byl věk nad 18 let a registrace klienta v dotazníku In-come (Kunc, 2006). Po ukončení sběru dat tvořilo soubor 200 respondentů. Šest dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nesplnění instrukcí pro vyplnění.

3.6 Etika

Sběr dat byl schválen vedoucím zařízením. Dotazníky byly po převedení do elektronické podoby skartovány.

Kritériem pro výběr respondentů byla jejich dobrovolná účast a seznámení se a porozumění etickým pravidlům výzkumu, která byla účastníkům předána ústní formou. Před vyplňováním dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu. Respondentům bylo sděleno, že účast ve studii je anonymní, bez finančního ohodnocení a vyplněním dávají souhlas s účastí ve výzkumu. Výzkumu se účastnili pouze plnoletí respondenti.

3.7 Časový harmonogram výzkumu

Tabulka 4: Časový plán výzkumu

Termín	Tvorba designu práce	Teoretické zpracování práce	Příprava výzkumného nástroje pro sběr dat	Sběr dat	Zpracování dat	Analýza dat a interpretace	Finální uspořádání
12/2017	XXX		XXX				
1/2018	XXX	XXX	XXX	XXX			
2/2018		XXX		XXX			
3/2018		XXX		XXX	XXX		
4/2018		XXX		XXX	XXX		
5/2018		XXX		XXX	XXX		

6/2018		XXX		XXX	XXX	XXX	
7/2018		XXX		XXX	XXX	XXX	
8/2018		XXX		XXX	XXX	XXX	
9/2018		XXX		XXX	XXX	XXX	
10/2018		XXX		XXX	XXX	XXX	
11/2018		XXX		XXX	XXX	XXX	
12/2018		XXX			XXX	XXX	
1/2019		XXX			XXX	XXX	
2/2019		XXX			XXX	XXX	XXX
3/2019		XXX			XXX		XXX
4/2019		XXX					XXX
5/2019		XXX					XXX
6/2019							XXX
7/2019							XXX

Zdroj: vlastní výzkum

3.8 Personální a technické zázemí výzkumu

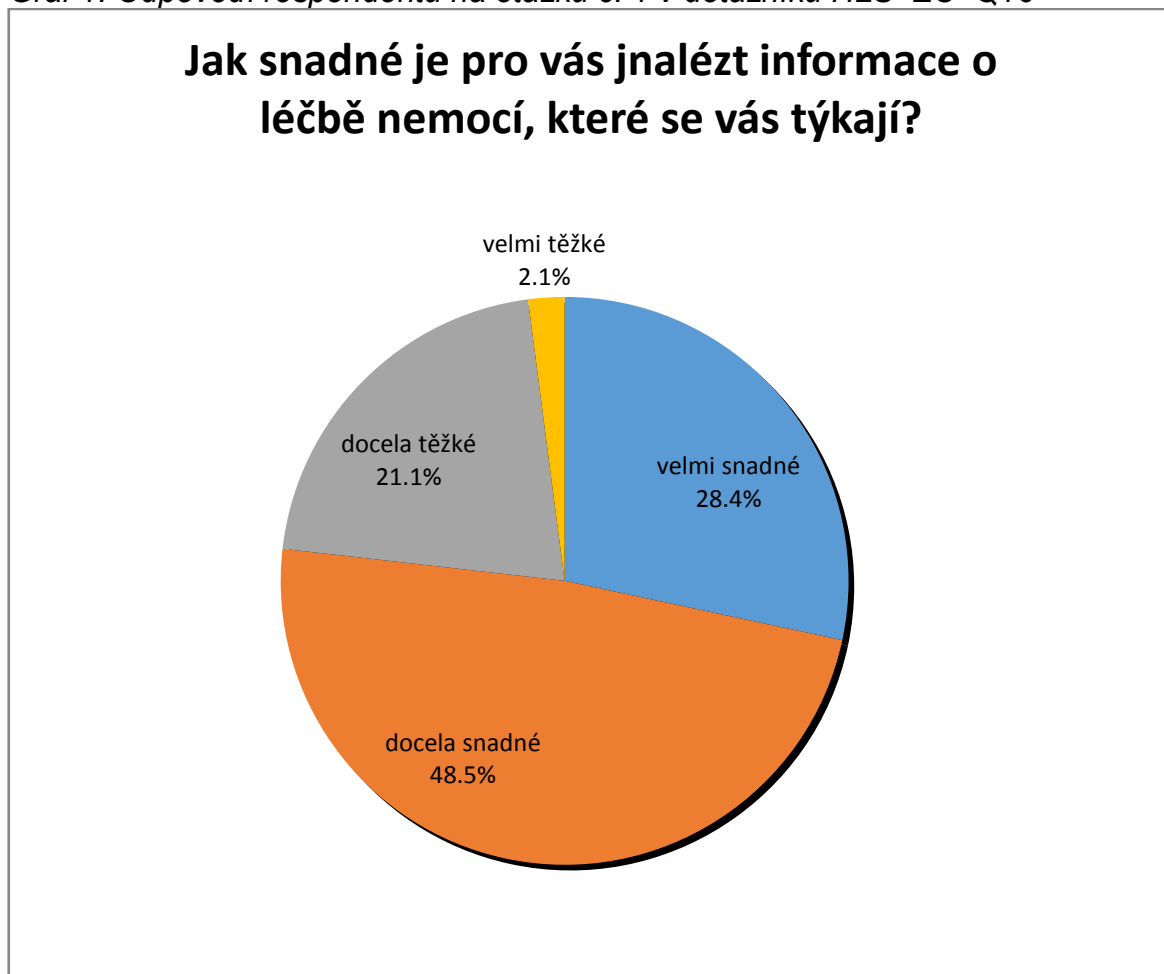
Vedoucím práce je PhDr. Miroslav Barták, Ph.D., konzultantkou je Mgr. Gabriela Rolová a Ing. Jiří Vopravil Ph.D. Autor práce zajistil administraci dat a přepis dat z tištěné do elektronické podoby.

3.9 Výsledky

3.9.1 Úroveň zdravotní gramotnosti

V grafu č. 1 je patrné, jak respondenti odpovídali na otázku č. 1 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás nalézt informace o léčbě nemocí, které se vás týkají? Z celkového počtu validních respondentů n=194 (100,0 %), odpovědělo 94 dotázaných (48,5 %) „docela snadné“; 55 dotázaných (28,4 %) „velmi snadné“; 41 dotázaných (21,1 %) „docela těžké“ a 4 dotázaní (2,1 %) „velmi těžké“.

Graf 1: Odpovědi respondentů na otázku č. 1 v dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 2 je patrné, jak respondenti odpovídali na otázku č. 2 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocný? Z celkového počtu validních respondentů $n=192$ (100,0 %) odpovědělo 83 dotázaných (43,2 %) „docela snadné“; 63 dotázaných (32,8 %) jako „docela těžké“; 40 dotázaných (20,8 %) „velmi snadné“; 6 dotázaných (3,1 %) „velmi těžké“; 2 dotázaní odpověď neuvedli.

Graf 2: Odpovědi respondentů na otázku č. 2 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 3 je zřetelné, jak respondenti odpovídali na otázku č.3 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás pochopit, co vám říká váš lékař? Z celkového počtu validních respondentů $n=194$ (100,0 %) odpovědělo 82 dotázaných (42,0 %) „docela snadné“; 60 dotázaných (31,0 %) „velmi snadné“; 50 dotázaných (26,0 %) „docela těžké“ a 2 dotázaní (1,0 %) „velmi těžké“.

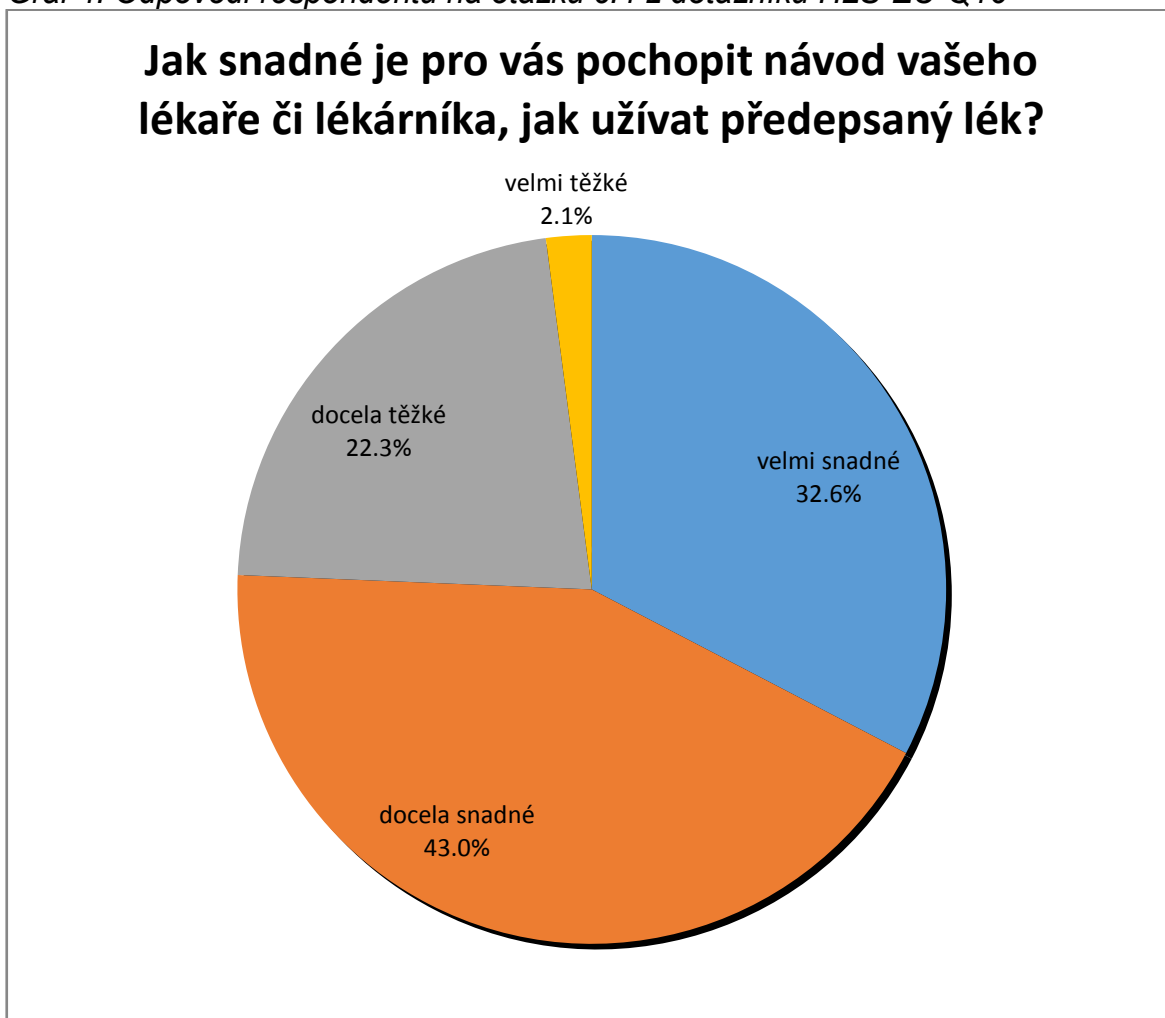
Graf 3: Odpovědi respondentů na otázku č. 3 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 4 je očividné, jak odpovídali respondenti na otázku č. 4 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snad je pro vás pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék? Z celkového počtu validních respondentů $n=193$ (100,0 %) odpovědělo 83 dotázaných (43,0 %) „docela snadné“; 63 dotázaných (32,6 %) „velmi snadné“; 43 dotázaných (22,3 %) „docela těžké“; 4 dotázaní (2,1 %) „velmi těžké“; 1 respondent odpověď neuvedl.

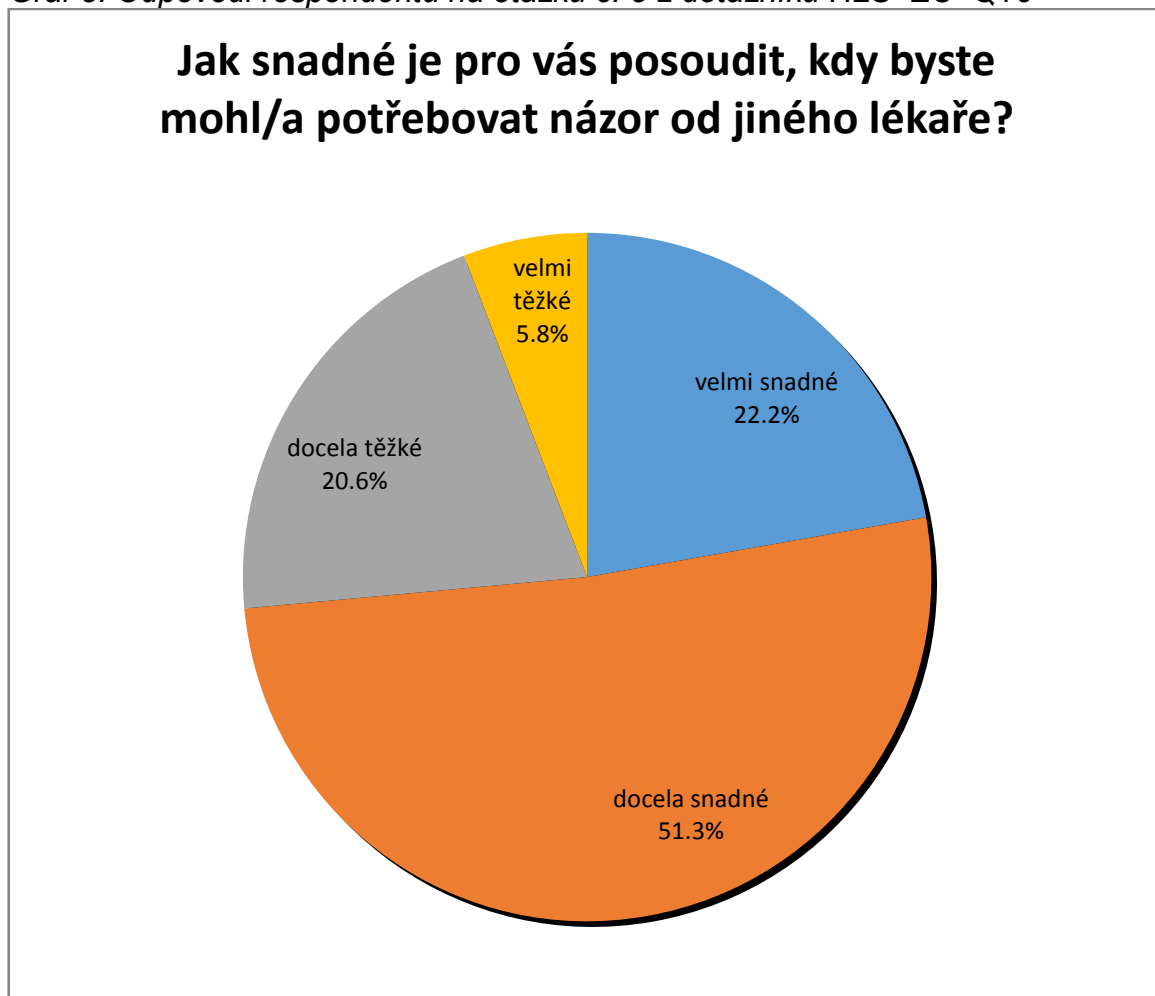
Graf 4: Odpovědi respondentů na otázku č.4 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 5 je evidentní, jak respondenti odpovídali na otázku č.5 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor jiného lékaře? Z celkového počtu validních respondentů $n=189$ (100,0 %) odpovědělo 97 dotázaných (51,3 %) „docela snadné“; 42 dotázaných (22,2 %) „velmi snadné“; 39 dotázaných (20,6 %) „docela těžké“; 11 dotázaných (5,8 %) „velmi těžké“; 5 dotázaných odpověď neuvedlo.

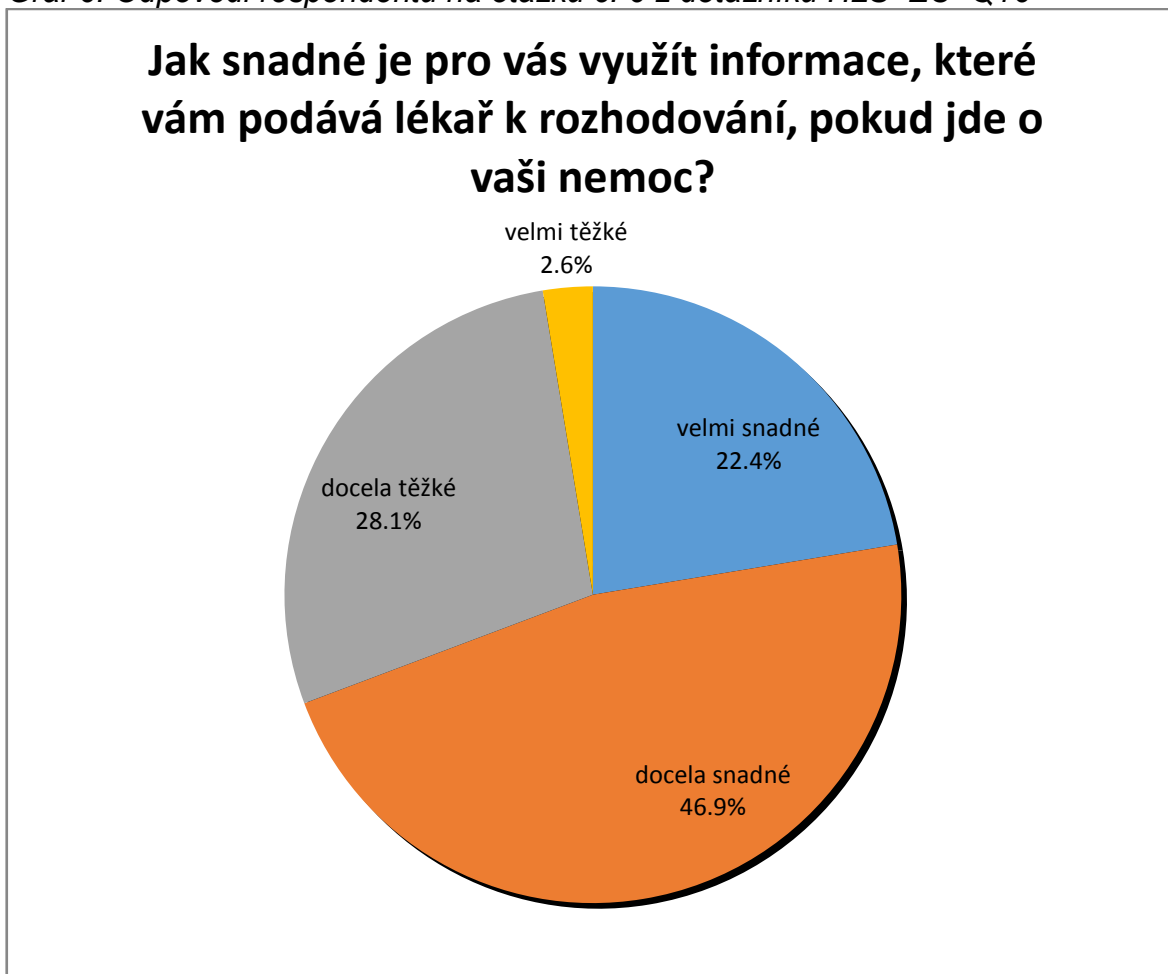
Graf 5: Odpovědi respondentů na otázku č. 5 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

Z grafu 6 je zjevné, jak odpovídali respondenti na otázku č.6 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás využít informace, které vám podá lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc? Z celkového počtu validních respondentů $n=192$ (100,0 %) odpovědělo 90 dotázaných (46,9 %) „docela snadné“; 54 dotázaných (28,1 %) „docela těžké“; 43 dotázaných (22,4 %) „velmi snadné“; 5 dotázaných (2,6 %) „velmi těžké“; 2 dotázaní odpověď neuvodli.

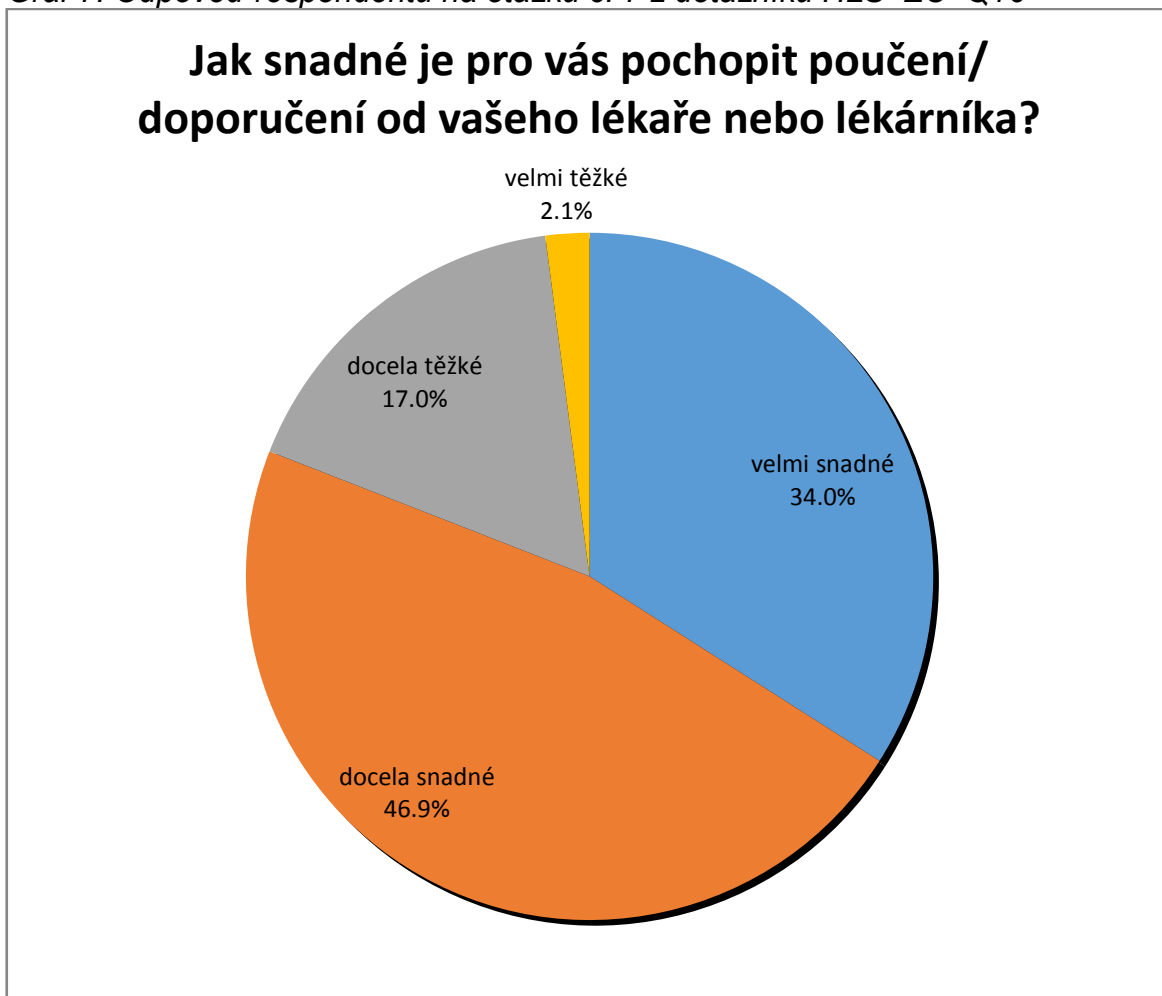
Graf 6: Odpovědi respondentů na otázku č. 6 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

Z grafu 7 je rozeznatelné, jak odpovídali respondenti na otázku č. 7 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka? Z celkového počtu validních respondentů $n=194$ (100,0 %) odpovědělo 91 dotázaných (46,9 %) „docela snadné“; 66 dotázaných (34,0 %) „velmi snadné“; 33 respondentů (17,0 %) „docela těžké“; 4 dotázaní (2,1 %) „velmi těžké“.

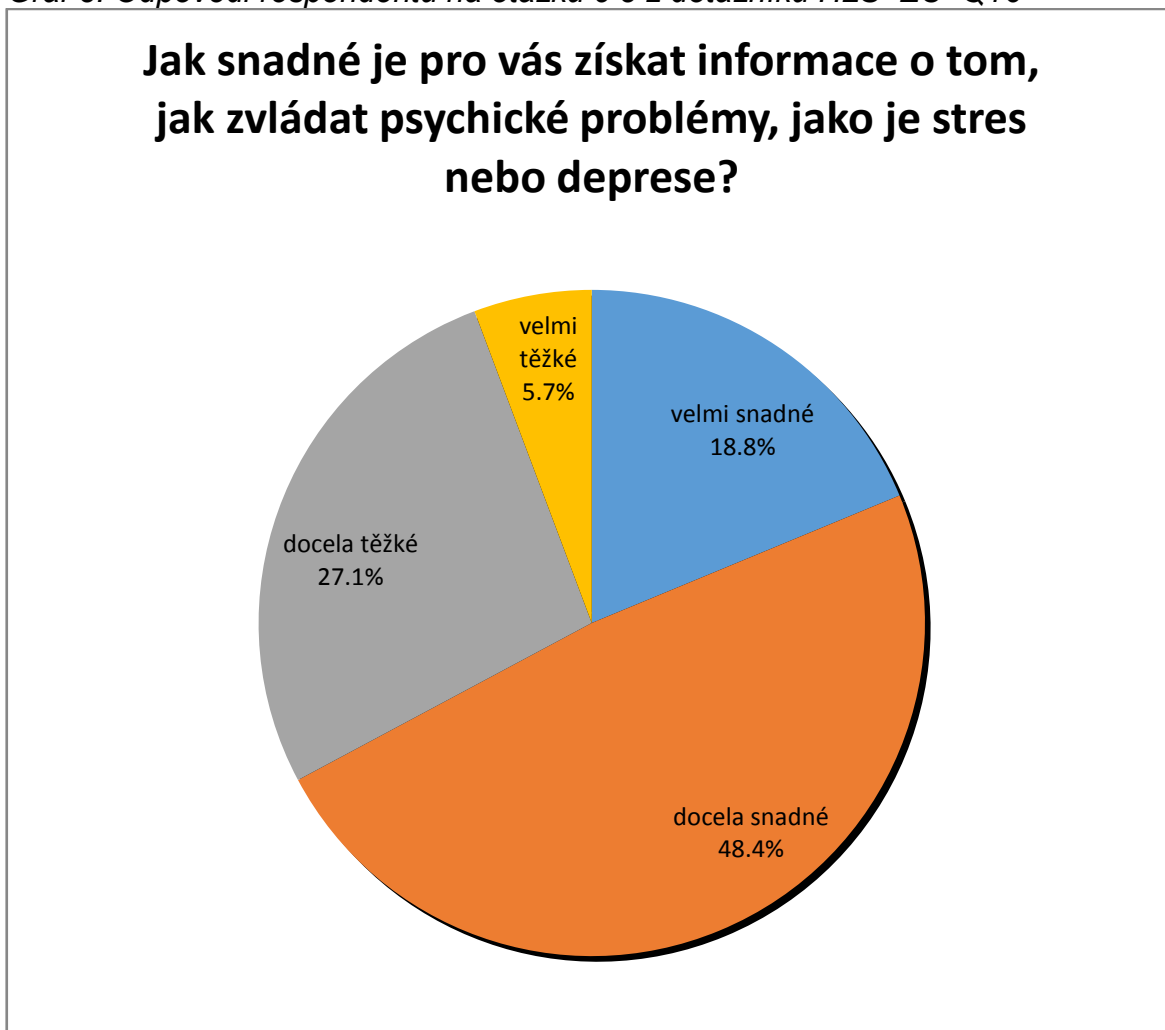
Graf 7: Odpověď respondentů na otázku č. 7 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 8 je patrné, jak odpovídali respondenti na otázku č.8 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese? Z celkového počtu validních respondentů $n=192$ (100,0 %) odpovědělo 93 dotázaných (48,4 %) „docela snadné“; 52 dotázaných (27,1 %) „docela těžké“; 36 dotázaných (18,8 %) „velmi snadné“; 11 dotázaných (5,7 %) „velmi těžké“; 2 dotázaní odpověď neuvodli.

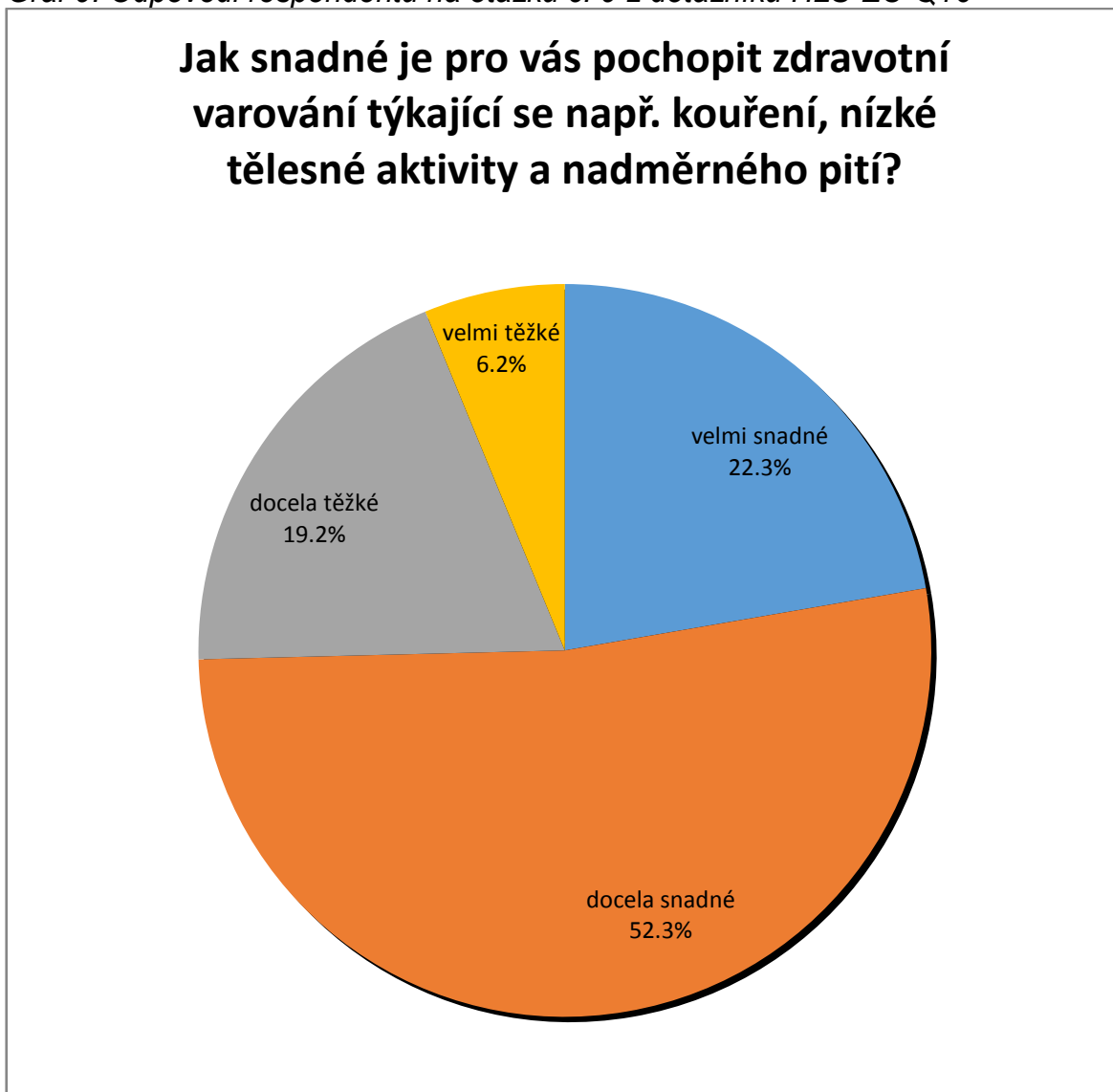
Graf 8: Odpovědi respondentů na otázku č 8 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 9 je zjevné, jak odpovídali respondenti na otázku č.9 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití? Z celkového počtu validních respondentů $n=193$ (100,0 %) odpovědělo 101 dotázaných (52,3 %) „docela snadné“; 43 dotázaných (22,3 %) „velmi snadné“; 37 dotázaných (19,2 %) „docela těžké“; 12 dotázaných (6,2 %) „velmi těžké“; 1 respondent odpověď neuvedl.

Graf 9: Odpovědi respondentů na otázku č. 9 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 10 je zřejmé, jak odpovídali respondenti na otázku č.10 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné pro vás je pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? Z celkového počtu validních respondentů $n=190$ (100,0 %) odpovědělo 86 dotázaných (45,3 %) „docela snadné“; 51 dotázaných (26,8 %) „docela těžké“; 42 dotázaných (22,1 %) „velmi snadné“; 11 dotázaných (5,8 %) „velmi těžké“; 4 dotázaní odpověď neuvedli.

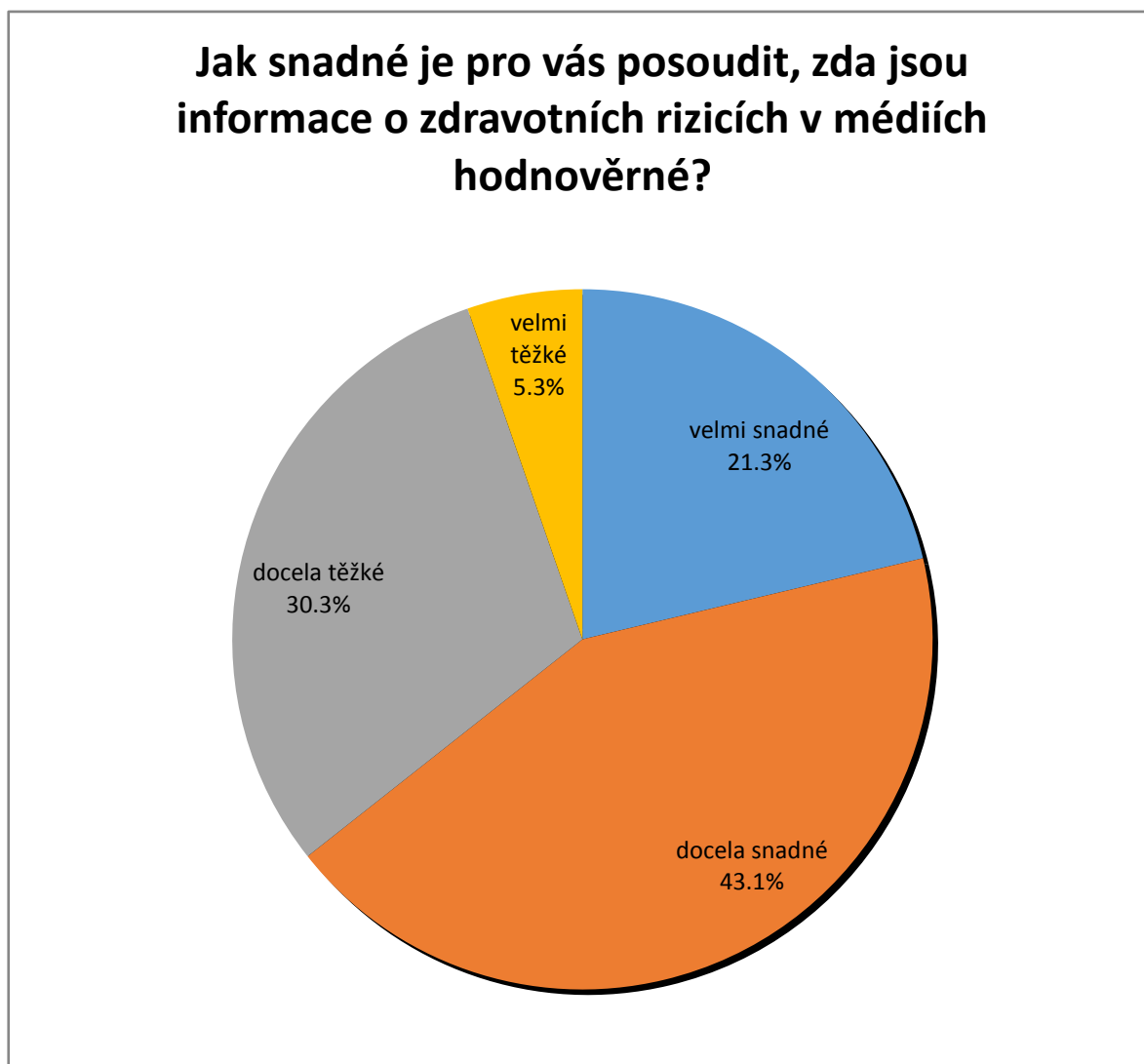
Graf 10: Odpovědi respondentů na otázku č. 10 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 11 je zřetelné, jak odpovídali respondenti na otázku č. 11 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné pro vás je posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? Z celkového počtu validních respondentů $n=188$ (100,0 %) odpovědělo 81 dotázaných (43,1 %) „docela snadné“; 57 dotázaných (30,3 %) „docela těžké“; 40 dotázaných (21,3 %) „velmi snadné“; 10 dotázaných (5,3 %) „velmi těžké“; 6 dotázaných odpověď neuvádělo

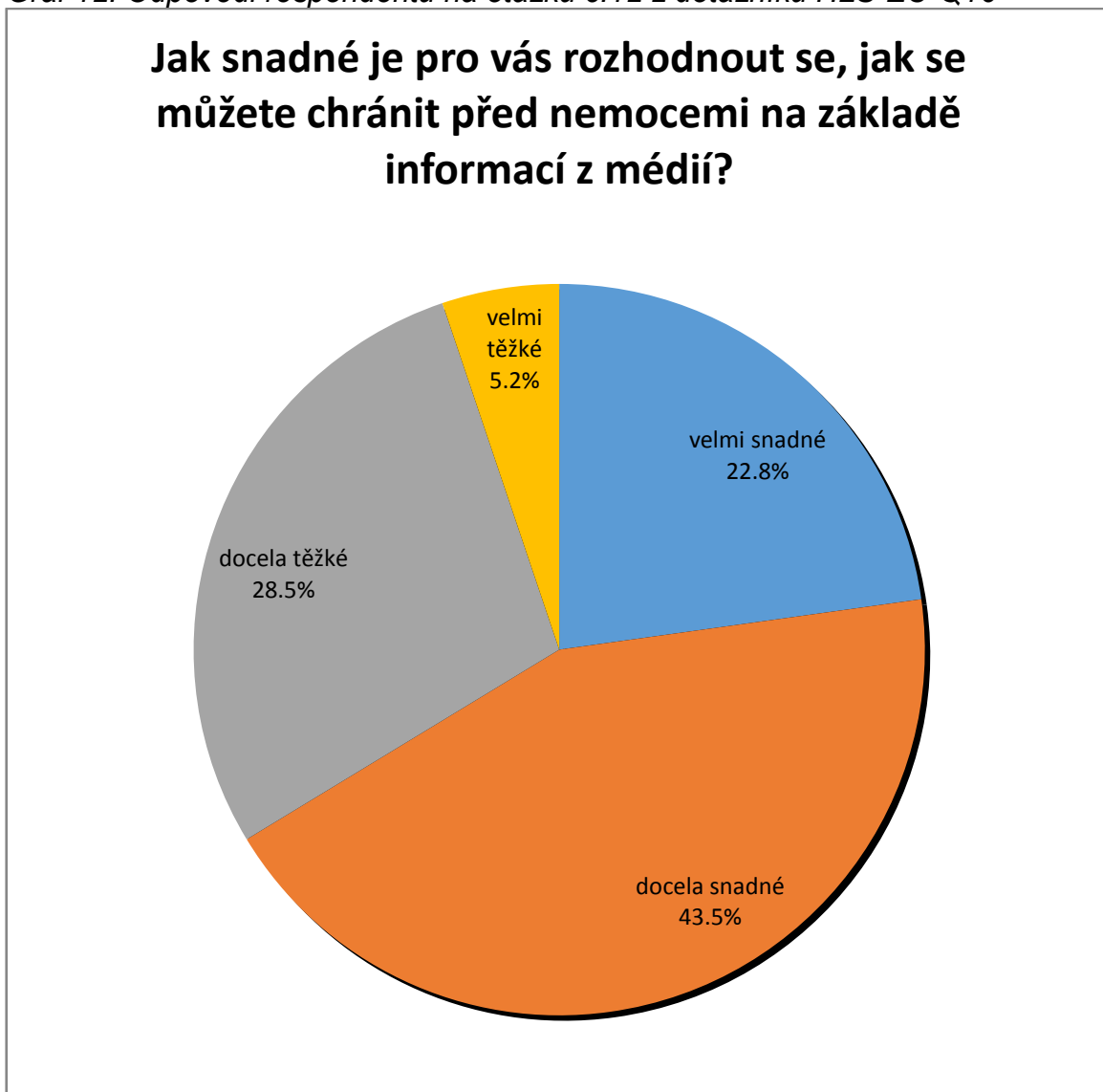
Graf 11: Odpovědi respondentů na otázku č. 11 z dotazníku HLS–EU–Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 12 je očividné, jak odpovídali respondenti na otázku č. 12 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základně informací z médií? Z celkového počtu validních respondentů $n=193$ (100,0 %) odpovědělo 84 dotázaných (43,5 %) „docela snadné“; 55 dotázaných (28,5 %) „docela těžké“; 44 dotázaných (22,8 %) „velmi snadné“; 10 dotázaných (5,2 %) „velmi těžké“; 1 respondent odpověď nevedl.

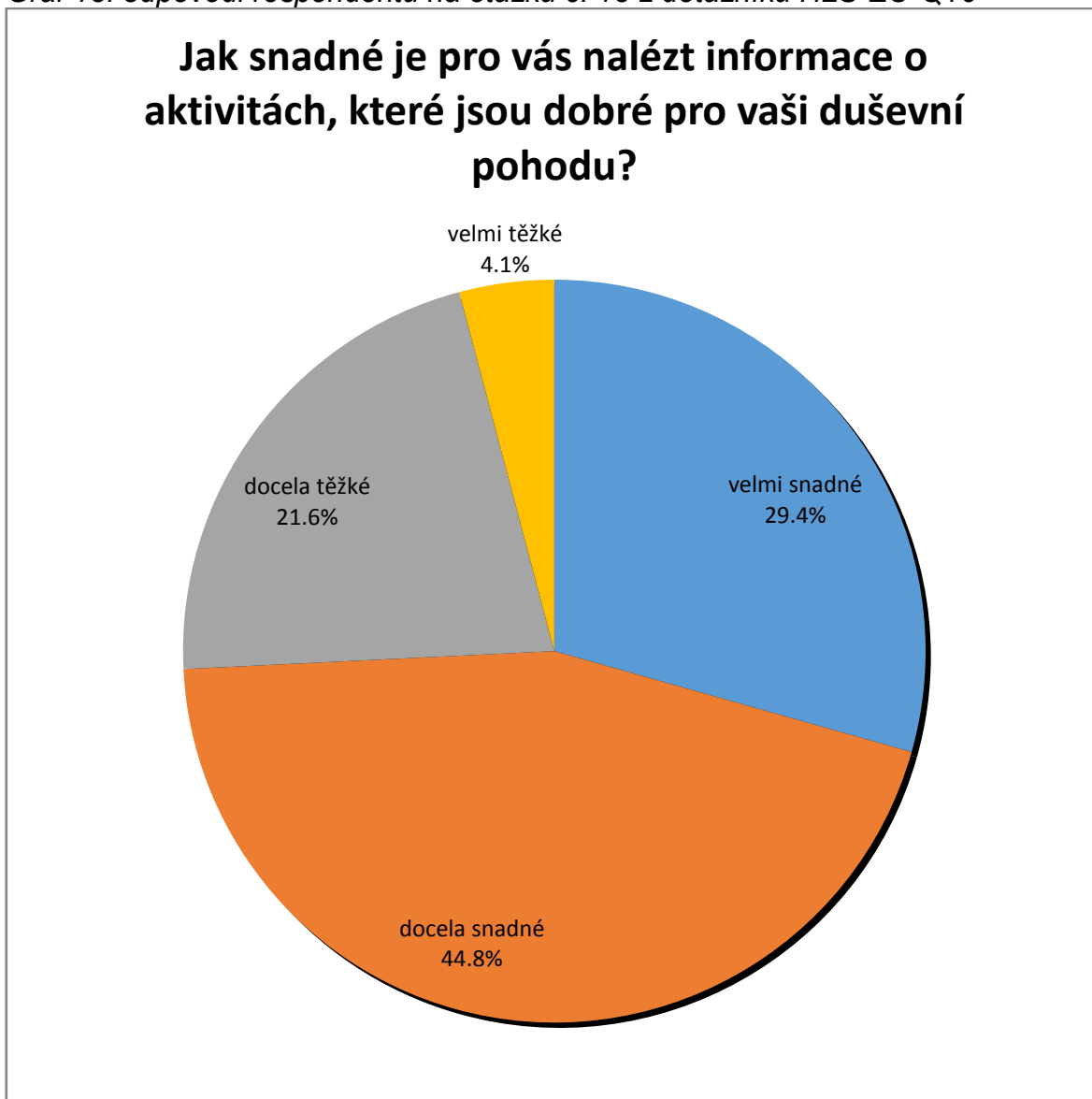
Graf 12: Odpovědi respondentů na otázku č.12 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 13 je evidentní, jak odpovídali respondenti na otázku č.13 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? Z celkového počtu validních respondentů $n=194$ (100,0 %) odpovědělo 87 dotázaných (44,8 %) „docela snadné“; 57 dotázaných (29,4 %) „velmi snadné“; 42 dotázaných (21,6 %) „docela těžké“; 8 dotázaných (4,1 %) „velmi těžké“.

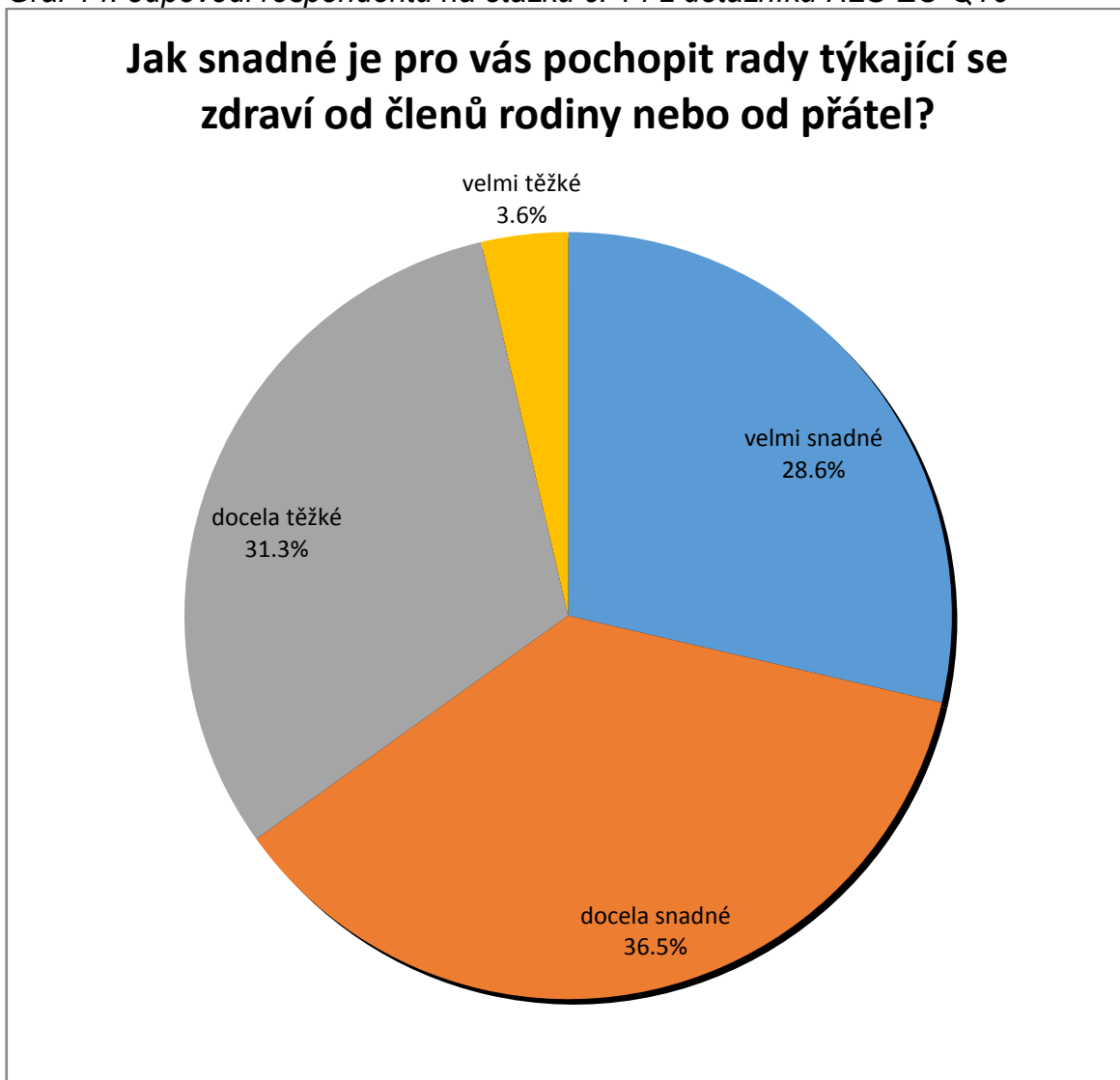
Graf 13: odpovědi respondentů na otázku č. 13 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 14 je zjevné, jak odpovídali respondenti na otázku č. 14 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel? Z celkového počtu validních respondentů $n=192$ (100,0 %) odpovědělo 70 dotázaných (36,5 %) „docela snadné“; 60 dotázaných (31,3 %) „docela těžké“; 55 dotázaných (28,6 %) „velmi snadné“ a 7 dotázaných (3,6 %) „velmi těžké“.

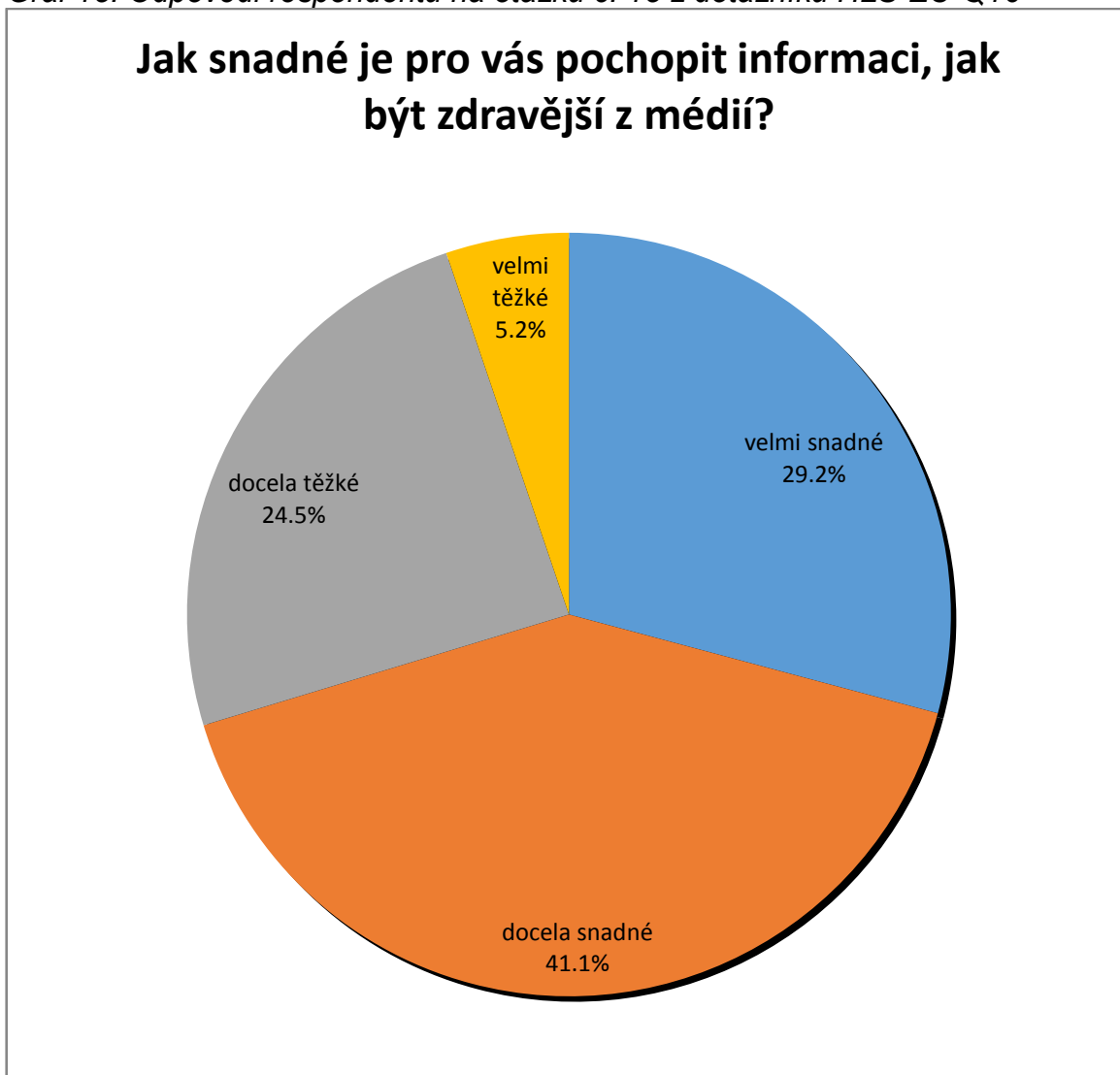
Graf 14: odpovědi respondentů na otázku č. 14 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 15 je vidět, jak odpovídali respondenti na otázku č.15 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás pochopit informace, jak být zdravější z médií? Z celkového počtu validních respondentů $n=192$ (100,0 %) odpovědělo 79 dotázaných (41,1 %) „docela snadné“; 56 dotázaných (29,2 %) „velmi snadné“; 47 dotázaných (24,5 %) „docela těžké“; 10 dotázaných (5,2 %) „velmi těžké“.

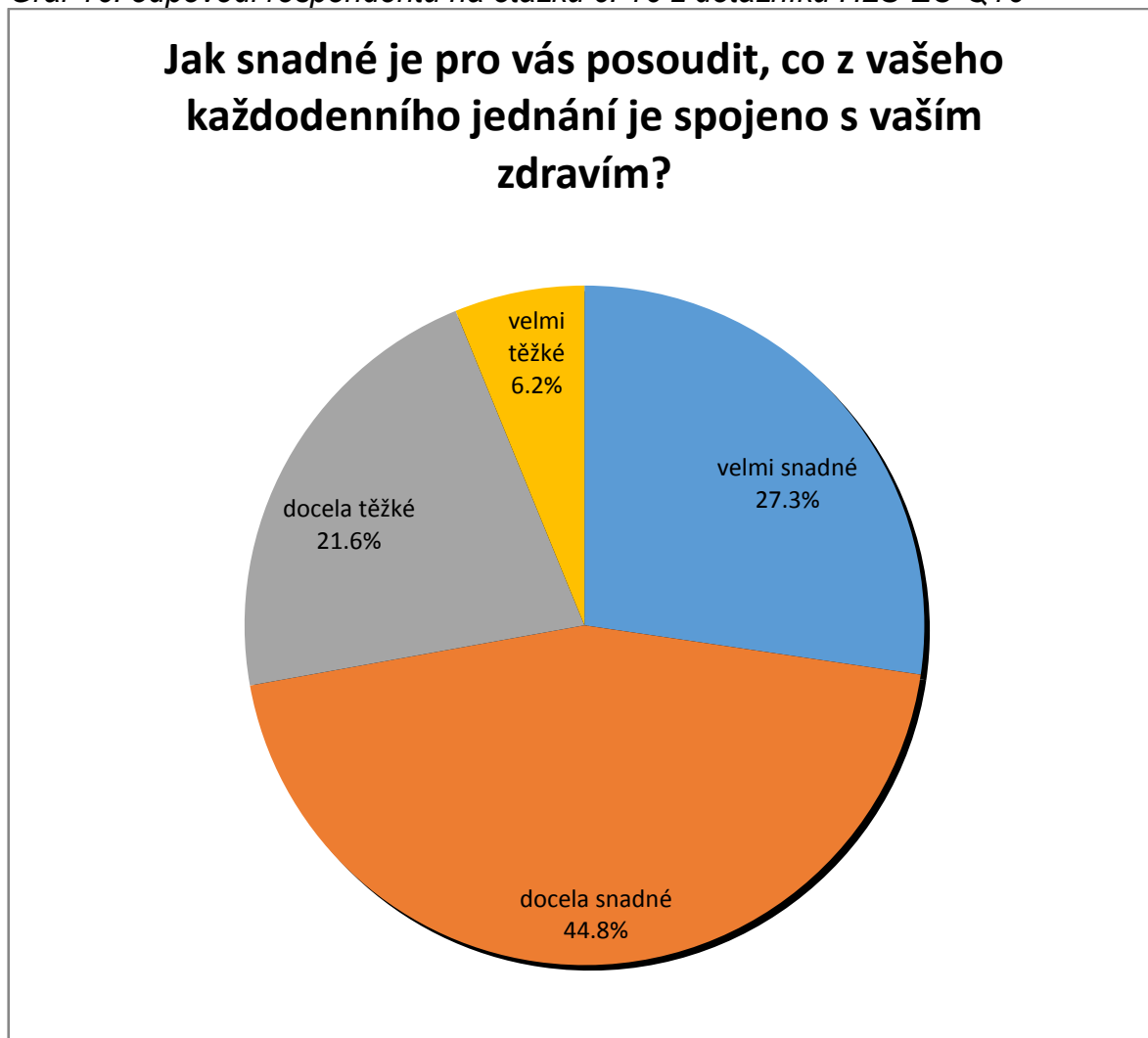
Graf 15: Odpovědi respondentů na otázku č. 15 z dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 16 je patrné, jak odpovídali respondenti na otázku č.16 v dotazníku HLS-EU-Q16, jak snadné je pro vás posoudit, co z vašeho jednání je spojeno s vaším zdravím? Z celkového počtu validních respondentů $n=194$ (100,0 %) odpovědělo 87 dotázaných (44,8 %) „docela snadné“; 53 dotázaných (27,3 %) „velmi snadné“; 42 dotázaných (21,6 %) „docela těžké“; 12 dotázaných (6,2 %) „velmi těžké“.

Graf 16: odpovědi respondentů na otázku č. 16 z dotazníku HLS-EU-Q16

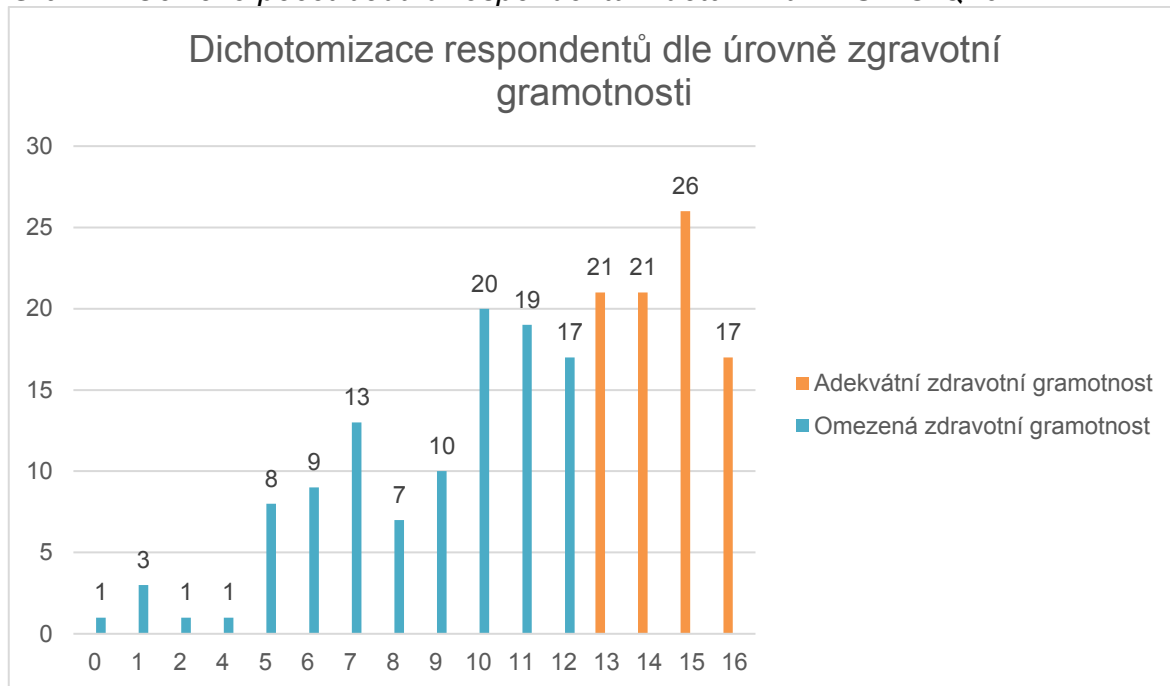


Zdroj: dotazníkové šetření

V grafu č. 17 je patrné, jaké je rozložení respondentů dle výsledné úrovně zdravotní gramotnosti v dotazníku HLS-EU-Q16. Aritmetický průměr respondentů 11,24 bodů.

Z celkového počtu validních respondentů $n=194$ (100,0 %) se 109 dotázaných (56,2 %) nachází v úrovni výsledné skupiny omezené zdravotní gramotnosti; 85 dotázaných (43,8 %) se nachází v úrovni výsledné skupiny adekvátní zdravotní gramotnosti.

Graf 17: Celkové počet bodů u respondentů v dotazníku HLS-EU-Q16



Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.2 Korelační matice pro skupinu s výslednou hodnotou omezené zdravotní gramotnosti

Jak ukazuje tabulka č. 4, tučně označené hodnoty jsou významné korelace na 5% hladině významnosti. Nejvýznamnější korelace je věk prvního injekčního užití drogy s věkem pravidelného zahájení užívání drogy.

Tabulka 5: Korelační matice ve skupině s výslednou hodnotou omezené zdravotní gramotnosti

Proměnná	Korelační matice pro skupinu s omezenou zdravotní gramotností								
	pohlaví	věk	léčen	primární droga	aplikace 1	věk zahájení pravidelného užívání	věk prvního injekčního užití drogy	injekční aplikace	sdílení stříkačky
pohlaví	1,000 000	- 0,145 517	0,045 830	- 0,039 161	0,100 075	0,0899 36	0,048 248	- 0,098 149	- 0,125 116
věk	- 0,145 517	1,000 000	- 0,183 289	0,060 445	- 0,230 734	0,0642 60	0,180 084	- 0,033 283	0,047 925
léčen	0,045 830	- 0,183 289	1,000 000	- 0,345 314	- 0,010 039	0,0577 90	- 0,027 013	- 0,077 158	0,368 704
primární droga	- 0,039 161	0,060 445	- 0,345 314	1,000 000	0,201 651	- 0,0107 31	0,018 847	0,178 407	- 0,050 156
aplikace 1	0,100 075	- 0,230 734	- 0,010 039	0,201 651	1,000 000	- 0,1042 01	- 0,130 212	0,494 470	- 0,092 724
věk zahájení pravidelného užívání	0,089 936	0,064 260	0,057 790	- 0,010 731	- 0,104 201	1,0000 00	0,667 720	- 0,227 684	0,116 955
věk prvního injekčního užití drogy	0,048 248	0,180 084	- 0,027 013	0,018 847	- 0,130 212	0,6677 20	1,000 000	- 0,278 071	0,008 087
injekční aplikace	- 0,098 149	- 0,033 283	- 0,077 158	0,178 407	0,494 470	- 0,2276 84	- 0,278 071	1,000 000	- 0,051 747
sdílení stříkačky	- 0,125 116	0,047 925	0,368 704	- 0,050 156	- 0,092 724	0,1169 55	0,008 087	- 0,051 747	1,000 000

Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.3 Korelační matice pro skupinu s výslednou hodnotou adekvátní zdravotní gramotností

Jak ukazuje tabulka č. 5, tučně označené hodnoty jsou významné korelace na 5% hladině významnosti. Nejvýznamnější korelace je věk prvního injekčního užití drogy s věkem pravidelného zahájení užívání drogy. V této skupině byly spíše nevýznamné korelace.

Tabulka 6: Korelační matice pro skupinu s adekvátní zdravotní gramotností

Proměnná	Korelační matice pro adekvátní zdravotní gramotnost								
	pohlaví	věk	léčen	primární droga	aplikace 1	věk zahájení pravidelného užívání	věk prvního injekčního užití drogy	injekční aplikace	sdílení stříkačky
pohlaví	1,000 000	0,002 459	0,151 276	- 0,026 168	- 0,137 593	- 0,0868 05	0,255 918	0,008 020	0,007 224
věk	0,002 459	1,000 000	- 0,092 937	0,074 968	0,002 001	0,1573 53	- 0,125 235	0,006 661	- 0,021 022
léčen	0,151 276	- 0,092 937	1,000 000	- 0,220 443	0,088 250	0,0083 35	0,118 833	0,116 847	0,062 775
primární droga	- 0,026 168	0,074 968	- 0,220 443	1,000 000	0,182 203	0,0697 33	0,179 563	0,085 691	- 0,051 159
aplikace 1	- 0,137 593	0,002 001	0,088 250	0,182 203	1,000 000	0,1042 36	- 0,023 947	0,458 108	- 0,193 013
věk zahájení pravidelného užívání	- 0,086 805	0,157 353	0,008 335	0,069 733	0,104 236	1,0000 00	0,024 676	0,111 026	0,103 194
věk prvního injekčního užití drogy	0,255 918	- 0,125 235	0,118 833	0,179 563	- 0,023 947	0,0246 76	1,000 000	- 0,015 221	0,144 149
injekční aplikace	0,008 020	0,006 661	0,116 847	0,085 691	0,458 108	0,1110 26	- 0,015 221	1,000 000	- 0,165 260
sdílení stříkačky	0,007 224	- 0,021 022	0,062 775	- 0,051 159	- 0,193 013	0,1031 94	0,144 149	- 0,165 260	1,000 000

Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.4 Zastoupení mužů a žen ve výběrovém souboru

Struktura souboru podle zastoupení pohlaví je zobrazena v tabulce č. 7. Je zřejmé, že v souboru je více mužů. Dle aktuální výroční zprávy Sananim je poměr uživatelů 71 % mužů ku 29 % uživatelkám žen (Richterová-Těmínová, 2017).

Tabulka 7: Výběrový soubor – absolutní počty a procentuální rozložení pohlaví

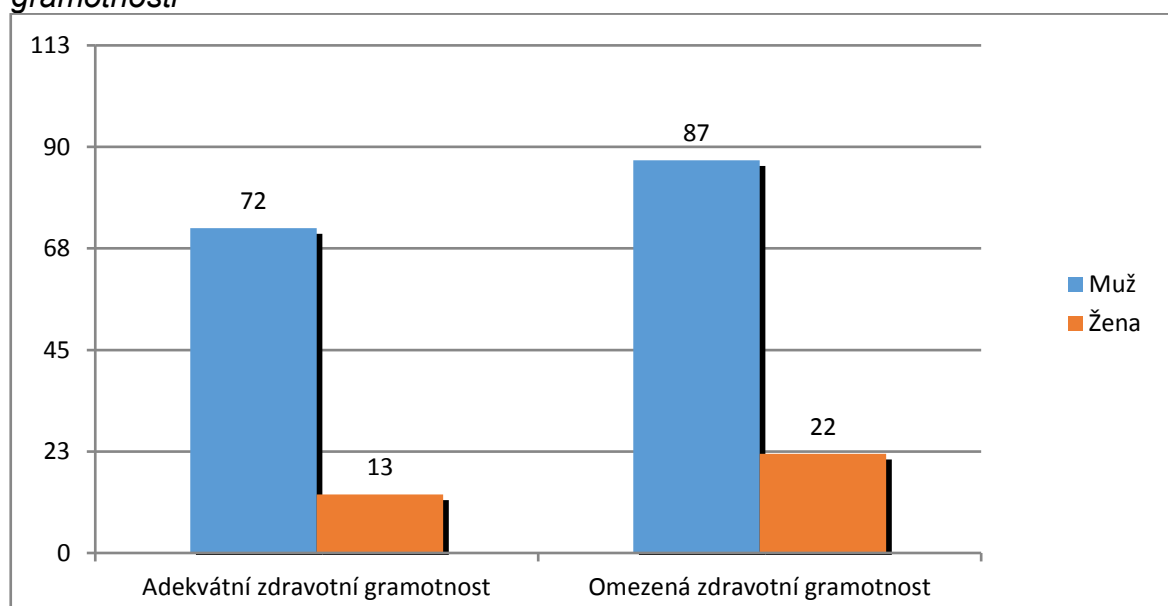
Výběrový soubor N=194	Muži		Ženy	
	Počet	%	Počet	%
	159	82,0	35	18,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

3.9.5 Rozložení podle pohlaví a výsledné úrovni zdravotní gramotnosti

V grafu č. 18 je očividné, že ve skupině s adekvátní zdravotní n=85 se nachází 72 mužů a 13 žen; ve skupině s omezenou zdravotní gramotností n=109 se nachází 87 mužů a 22 žen.

Graf 18: Rozložení respondentů dle pohlaví v závislosti na výsledné zdravotní gramotnosti



Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.6 Rozložení výběrového souboru podle věku a pohlaví

Je rozeznatelné, že v tabulce č. 8, se věk respondentů pohyboval v rozmezí od 18 do 63 let. Modus věku byl 39 let; průměrný věk respondentů byl 31,4 let. Největší počet respondentů byl ve skupině s četností 35-39 let, 44 klientů (22,7 %); následuje skupina s 36 respondenty (18,6 %) v rozmezí 30-34 let, 36 respondentů (18,6 %) bylo ve věku 30-34 let; 34 respondentů (17,5 %) bylo ve věku 20-24 let; 34 respondentů (17,5 %) bylo v rozmezí 25-29 let, 16 respondentů (8,2 %) bylo ve

věku do 19 let, 15 respondentů (7,7 %) bylo ve věku 45-49 let, 12 respondentů (6,2 %) bylo ve věku mezi 40-44 let a 3 respondenti byli ve věku 50 let a více.

Tabulka 8: Věkové zastoupení respondentů souboru

Věk	Počet respondentů	%
18-19	16	8,2
20-24	34	17,5
25-29	34	17,5
30-34	36	18,6
35-39	44	22,7
40-44	12	6,2
45-49	15	7,7
50 a více	3	1,5
Celkem	194	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Věk respondentů mužů ukazuje tabulka č. 9. U respondentů se věk pohyboval v rozsahu od 18 do 63 let. Z celkového počtu respondentů $n=159$ se největší počet respondentů pohyboval v četnosti 35-39 let věku, 37 dotázaných (23,0 %), 32 respondentů (20,0 %) bylo v četnosti věku 30-34 let, 27 respondentů (17,0 %) se pohybovalo v četnosti věku 25-29 let, 24 dotázaných (15,0 %) se pohybovalo v rozmezí věku 20-24 let, 14 respondentů (9,0 %) bylo ve věku do 19 let, 12 mužů (8,0 %) se pohybovalo v četnosti mezi 45-49 lety a 3 respondenti (2,0 %) bylo ve věku nad 50 let.

Tabulka 9: Věkové zastoupení mužů v souboru

Věk	Počet respondentů	%
18-19	14	9,0
20-24	24	15,0

25-29	27	17,0
30-34	32	20,0
35-39	37	23,0
40-44	10	6,0
45-49	12	8,0
50 a více	3	2,0
Celkem	159	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Tabulka č. 10 ukazuje rozložení žen v souboru podle věku. Z celkového počtu 35 žen bylo 10 respondentek (28,6 %) ve věku mezi 20-24 let; 7 žen (20,0 %) bylo ve věku 25-29 let; 7 žen (20,0 %) bylo ve věkové četnosti 35-39 let; 4 respondentky (11,4 %) byly ve věku 30-34 let; 2 ženy (5,7 %) byly ve věku mezi 40-45 roky; 2 respondentky (5,7 %) byly ve věku do 19 let a 3 ženy byly ve věku mezi 45-49 lety.

Tabulka 10: Věkové zastoupení žen v souboru

Věk	Počet respondentů	%
18-19	2	5,7
20-24	10	28,6
25-29	7	20,0
30-34	4	11,4
35-39	7	20,0
40-44	2	5,7
45-49	3	8,6
Celkem	35	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

3.9.7 Rozložení respondentů podle pohlaví a začátku pravidelného užívání

Věk začátku pravidelného užívání se pohyboval od 12 let do 28 let. Tabulka č. 11 zobrazuje soubor rozdělený do četností a jeho procentuální zastoupení v souboru. Největší počet respondentů byl ve věku 15-19 let a to 130, se zastoupením v souboru 67,0 %. Následuje skupina ve věku do 14 let a to s 59 respondenty a zastoupením 30,0 % v souboru. Medián věku začátku pravidelného užívání byl 15 let; modus věku začátku pravidelného užívání byl 15 let a průměrný věk začátku pravidelného užívání byl 15,6 let.

Tabulka 11: Věk začátku pravidelného užívání

Věk	Počet respondentů	%
Do 14	59	30,0
15-19	130	67,0
20-24	4	2,0
25-29	1	1,0
Celkem	194	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Věk začátku pravidelného užívání u mužů se pohyboval od 12 let do 28 let. Tabulka č. 12 zobrazuje soubor rozdělený do četností a jeho procentuální zastoupení v souboru. Největší počet respondentů byl ve věku 15-19 let a to 106 s celkovým zastoupením 67,0 % v souboru, shodně s výběrovým souborem. Následovala skupina do 14 let s počtem 48 respondentů a zastoupením 30,0 %.

Tabulka 12: Věk začátku pravidelného užívání u mužů

Věk	Počet respondentů	%
Do 14	48	30,0
15-19	106	67,0
20-24	4	2,0
25-29	1	1,0
Celkem	159	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Věk začátku pravidelného užívání u žen se pohyboval od 12 let do 20 let. Tabulka č. 13 zobrazuje soubor rozdělený do četností a jeho procentuální zastoupení v souboru. Největší skupinou byl věk v rozmezí 15-19 let s počtem 24 respondentek (69,0 %). Nejmenší skupinou byl věk do 14 let s počtem 11 respondentek (31,0 %).

Tabulka 13: Věk začátku pravidelného užívání u žen

Věk	Počet respondentů	%
Do 14	11	31,0
15-19	24	69,0
Celkem	35	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

3.9.8 Rozložení respondentů podle věku a prvního injekčního užití

Věk prvního injekčního užití návykové látky se pohyboval od 14 do 33 let. Medián věku prvního injekčního užití byl 18 let; modus věku prvního injekčního užití byl 19 let; průměr věku prvního injekčního užití byl 22,9 let. Tabulka č. 14 zobrazuje soubor rozdělený do četností a jeho procentuální zastoupení v souboru. Největší skupinou byl věk 15-19 let, s počtem 142 respondentů (73,0 %). Následoval věk v rozmezí 20-24 let s počtem 35 respondentů (18,0 %). Nejmenší skupinou byl věk v rozmezí 30-34 let, s počtem 2 respondentů (1,0 %).

Tabulka 14: Věk prvního injekčního užití

Věk	Počet respondentů	%
Do 14	11	6,0
15-19	142	73,0
20-24	35	18,0
25-29	3	2,0
30-34	2	1,0
Celkem	193	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Věk prvního injekčního užití návykové látky u mužů se pohyboval od 14 do 33 let. Tabulka č. 15 zobrazuje soubor rozdělený do četností a jeho procentuální zastoupení v souboru. Největší počet respondentů byl ve věku 15-19 let s počtem 117 respondentů (74,0 %). Následuje skupina ve věku 20-24 let s počtem 27 respondentů (17,0 %) Nejmenší skupinou byl věk 30-34 let s počtem 2 respondentů (1,0 %)

Tabulka 15: Věk prvního injekčního užití u mužů

Věk	Počet respondentů	%
Do 14	10	6,0
15-19	117	74,0
20-24	27	17,0
25-29	3	2,0
30-34	2	1,0
Celkem	159	100,0

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Věk prvního injekčního užití návykové látky u žen se pohyboval od 14 do 22 let. Tabulka č. 16 zobrazuje soubor rozdělený do četností a jeho procentuální zastoupení v souboru. Největší skupinou byl věk 15-19 let s počtem 25 respondentek (74,0 %). Následuje skupina ve věku 20-24 let s počtem 8 respondentek (24,0 %) Nejmenší skupinou byl věk do 15 let s 1 respondentkou (3,0 %).

Tabulka 16: Věk prvního injekčního užití u žen

Věk	Počet respondentů	%
Do 14	1	3,0
15-19	25	73,5
20-24	8	23,5

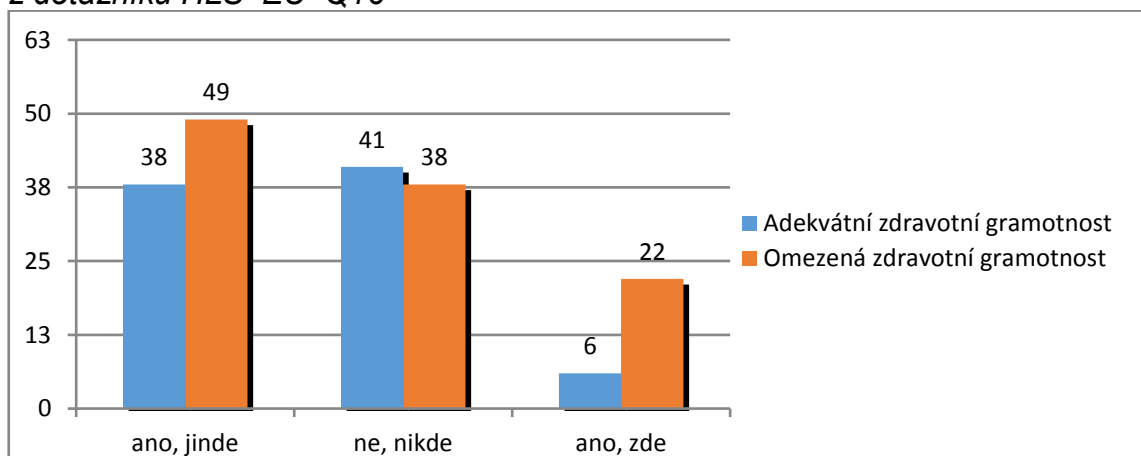
Celkem	34	100,0
--------	----	-------

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

3.9.9 Druh léčby v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti

V grafu č. 19 je zřejmé, že ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností se 38 respondentů (45,0 %) léčí/léčilo v jiném zařízení; 6 respondentů (7,0 %) se léčí/léčilo v kontaktním centru Sananim a 41 dotázaných (48,0 %) se nikdy neléčilo; Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností se 49 respondentů (45,0 %) léčí/léčilo v jiném zařízení, 22 respondentů (20,0 %) se léčí/léčilo v kontaktním centru Sananim a 38 respondentů (35,0 %) se nikdy neléčilo.

Graf 19: Druh léčení v závislosti na výsledném skóre zdravotní gramotnosti z dotazníku HLS-EU-Q16



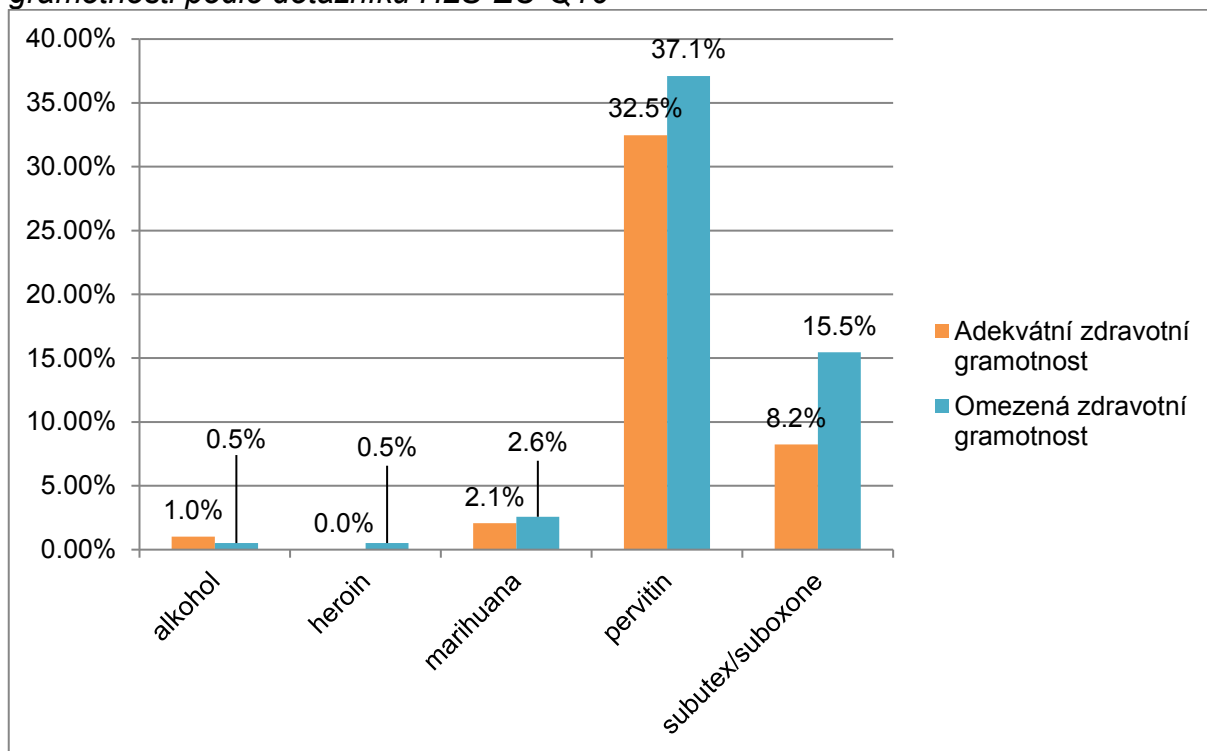
Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.10 Druh primární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti

Z grafu č. 20 je zjevné, že ve skupině s omezenou zdravotní gramotností 72 dotázaných (66,1 %) uvedlo svojí primární návykovou látku pervitin; 30 dotázaných (27,5 %) uvedlo primární návykovou látku Subutex/Suboxone; 5 dotázaných (4,6 %) uvedlo primární návykovou látku marihuanu; 1 dotázaný (0,9 %) heroin a 1 dotázaný (0,9 %) uvedl alkohol.

Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 63 dotázaných (74,1 %) primární návykovou látku pervitin; 16 dotázaných (18,8 %) primární návykovou látku Subutex/Suboxone; 4 dotázaní (4,7 %) primární návykovou látku marihuanu a 2 dotázaní (2,4 %) uvedli alkohol.

Graf 20: Užívaná primární droga v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti podle dotazníku HLS-EU-Q16



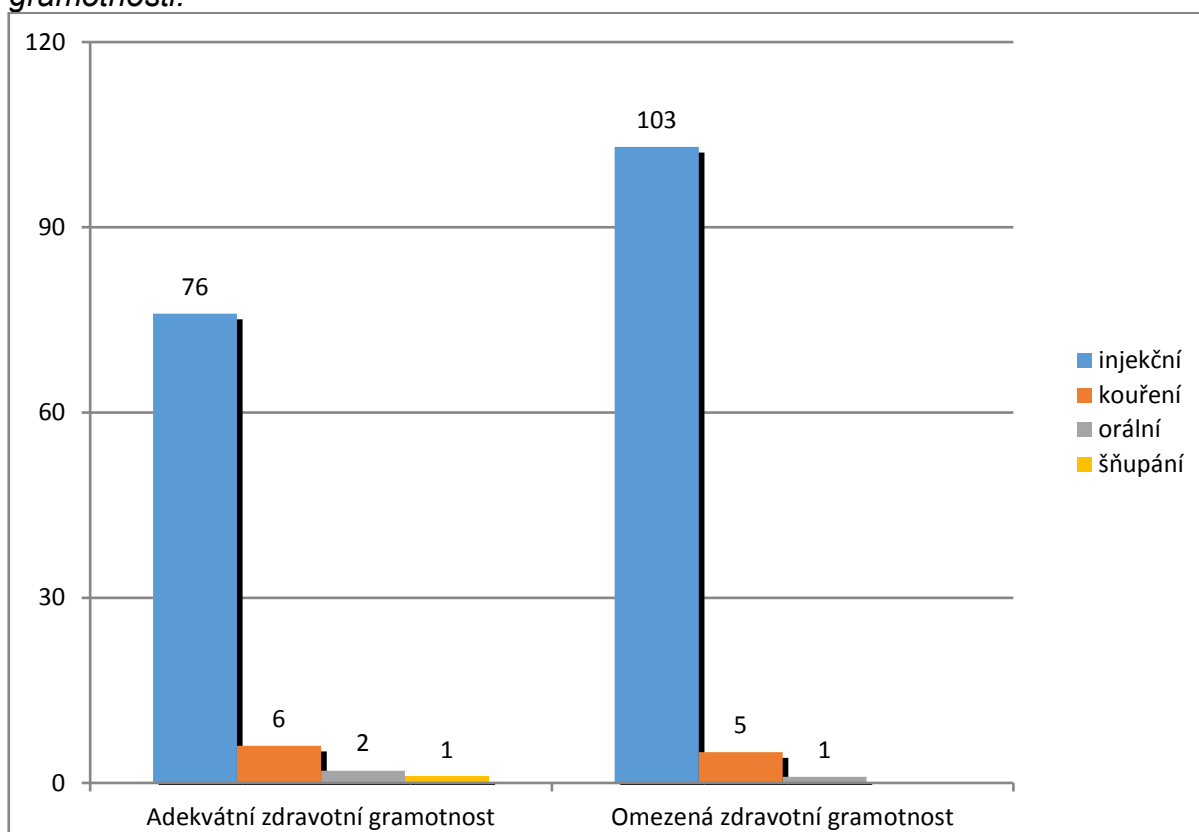
Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.11 Způsob aplikace primární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti

V grafu č. 21 je vidět, že ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 76 respondentů (89,4 %) způsob injekční aplikace; 6 respondentů (7,1 %) uvedlo způsob aplikace kouření; 2 respondenti (2,4 %) uvedli způsob orální a 1 respondent (1,2 %) uvedl způsob orální aplikace.

Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností uvedlo 103 respondentů (94,5 %) způsob injekční aplikace; 5 respondentů uvedlo (4,6 %) uvedlo způsob aplikace kouření a 1 respondent uvedl způsob aplikace orální.

Graf 21: Způsob aplikace primární drogy v závislosti na výsledném skóre zdravotní gramotnosti.



Zdroj: dotazníkové šetření

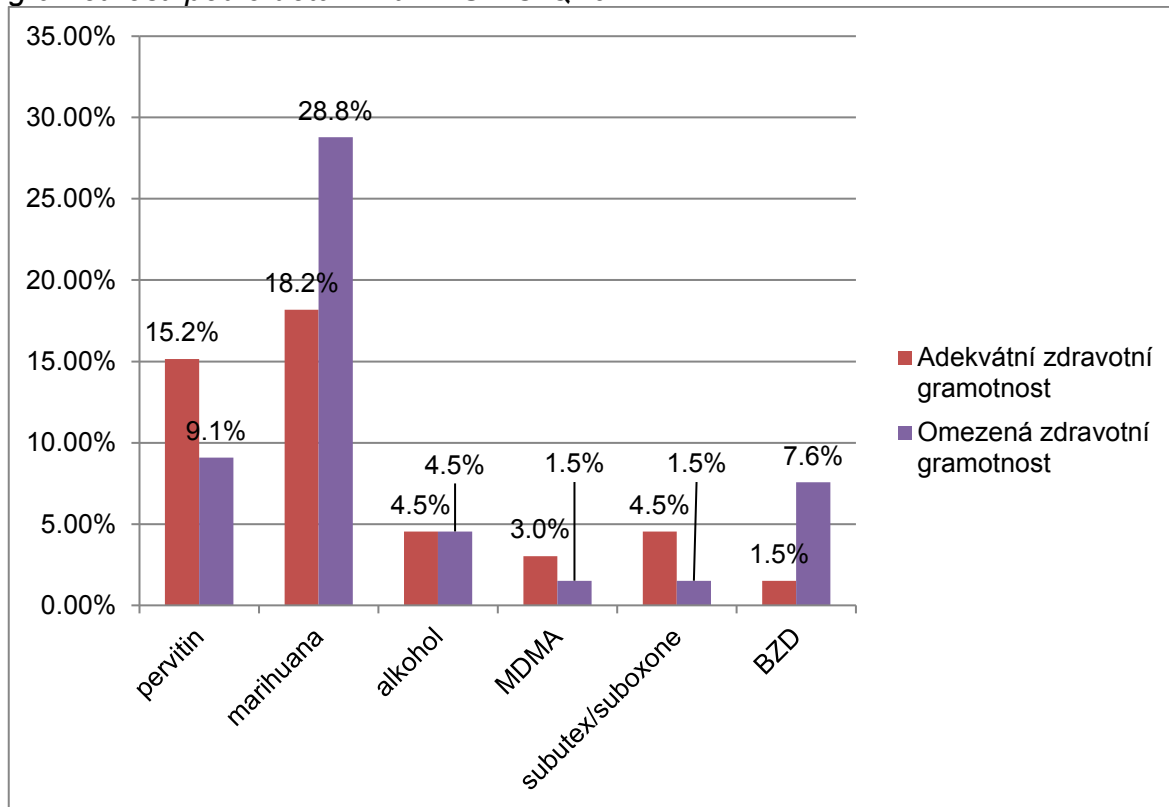
3.9.12 Druh sekundární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti

Z grafu č. 22 je patrné, že ve skupině s omezenou zdravotní gramotností 19 dotázaných (54,3 %) uvedlo, za svojí sekundární návykovou látku marihuanu, 6 dotázaných (17,1 %) uvedlo jako svojí sekundární návykovou látku pervitin; 5 dotázaných (14,3 %) uvedli benzodiazepiny; 3 dotázaní (8,6 %) uvedlo jako svojí sekundární návykovou látku alkohol; 1 dotázaný (2,9 %) Subutex a 1 dotázaný (2,9 %) jako svojí sekundární návykovou látku MDMA. V této skupině byla zaznamenána odpověď u 35 respondentů, což je necelá třetina (32,1 %) u všech respondentů s omezenou zdravotní gramotností.

Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 12 dotázaných (38,7 %) jako svojí sekundární návykovou látku marihuanu; 10 dotázaných (32,3 %) jako svojí sekundární návykovou látku pervitin; 3 dotázaní (9,7 %) uvedlo jako svojí sekundární návykovou látku buprenorfin; 3 respondenti (9,7 %) uvedlo jako svojí sekundární návykovou látku alkohol; 2 dotázaní (6,5 %) uvedli jako sekundární návykovou látku MDMA a 1 dotázaný (2,4 %) uvedl jako svojí sekundární návykovou látkou benzodiazepiny. V této skupině byla zaznamenána odpověď u

31 respondentů, což je přibližně třetina (36,4 %) u všech respondentů s adekvátní zdravotní gramotností

Graf 22 Užívaná sekundární droga v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti podle dotazníku HLS-EU-Q16



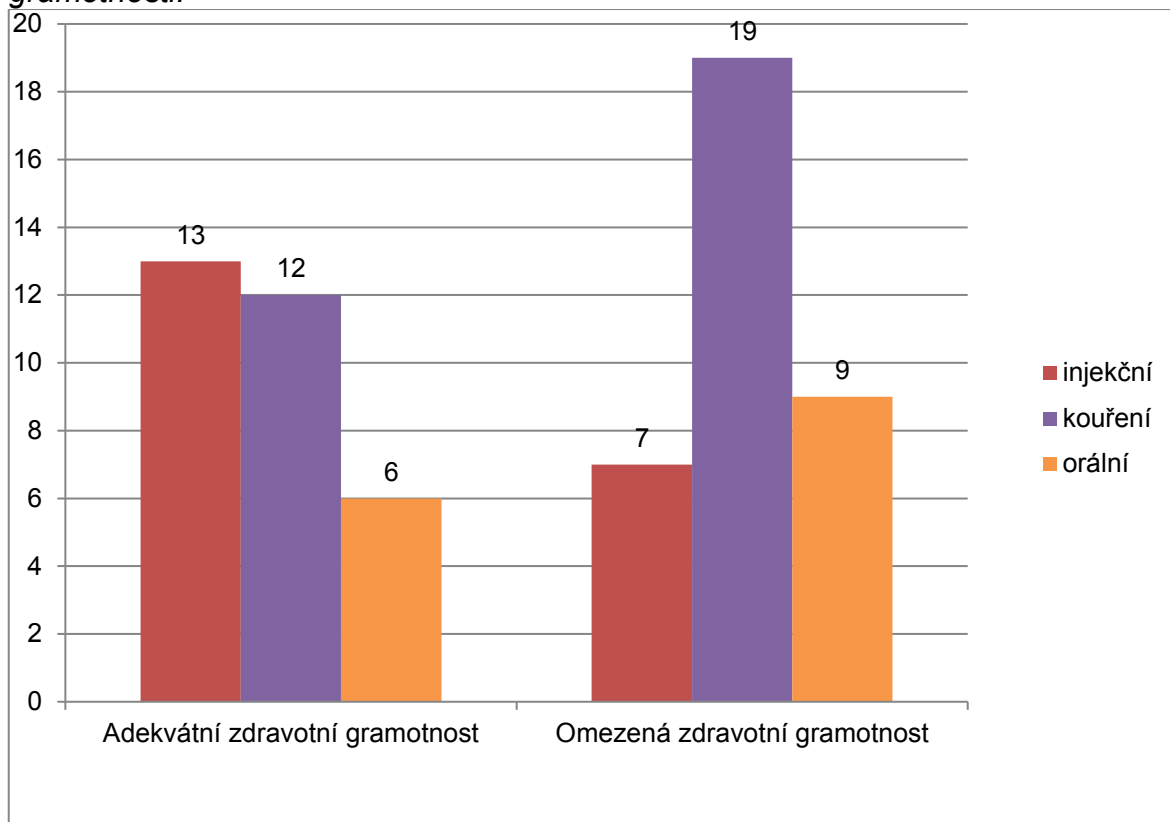
Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.13 Druh aplikace sekundární návykové látky v závislosti na úrovni zdravotní gramotnosti

V grafu č. 23 je vidět, že ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 13 respondentů (41,9 %) jako způsob aplikace sekundární návykové látky injekční aplikaci; 12 respondentů (38,7 %) uvedlo jako způsob aplikace sekundární návykové látky kouření; 6 respondentů (19,4 %) uvedlo způsob aplikace sekundární návykové látky orální.

Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností uvedlo 19 respondentů (54,3 %) způsob aplikace sekundární návykové látky kouření; 9 respondentů (25,7 %) uvedlo způsob aplikace sekundární návykové látky orální a konečně 7 respondentů (20,0 %) uvedlo jako způsob aplikace sekundární návykové látky injekční.

Graf 23: Způsob aplikace primární drogy v závislosti na výsledném skóre zdravotní gramotnosti.



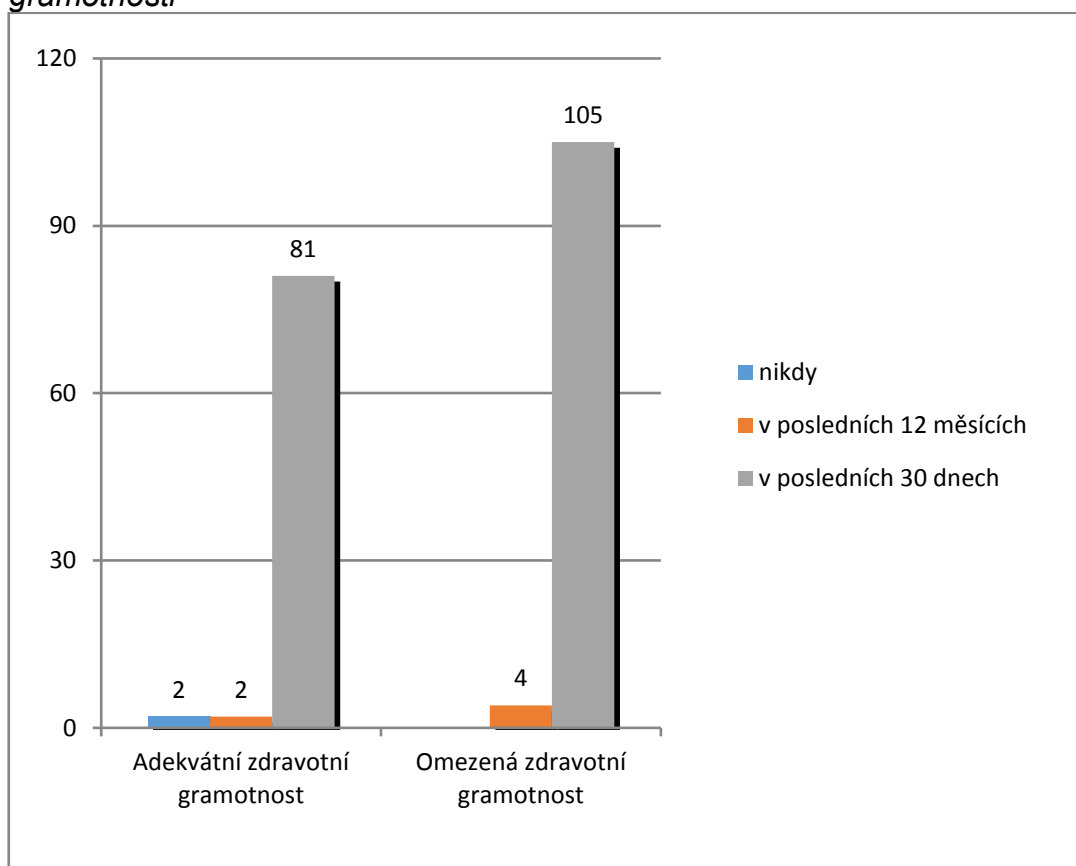
Zdroj: dotazníkové šetření

3.9.14 Injekční aplikace v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti

Z grafu č. 22 je patrné, že ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností $n=85$ (100,0 %) odpovědělo 81 dotázaných (95,3 %), že si aplikovalo injekčně návykovou látku v posledních 30 dnech; 2 dotázaní (2,4 %) že si aplikovali návykovou látku v posledním roce a 2 dotázaní se nikdy injekčně neaplikovali.

Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností $n=109$ (100,0 %) 105 dotázaných (96,3 %) uvedlo, že si aplikovalo návykovou látku v posledních 30 dnech; 2 dotázaní (1,8 %) v posledním roce; 2 dotázaní (1,8 %) si nikdy neaplikovalo.

Graf 24: Injekční aplikace za časové období v závislosti na výsledné zdravotní gramotnosti



Zdroj: dotazníkové šetření

4 Diskuse a závěry

Literární rešerše neukázala podobnou studii, zabývající se úrovní zdravotní gramotnosti u problémových uživatelů návykových látek. Jedná se tak o první studii svého druhu v České republice.

Cílem této diplomové práce bylo popsat a zanalyzovat úroveň zdravotní gramotnosti u problémových uživatelů a zjistit vztah mezi užívanou návykovou látkou a úrovní zdravotní gramotnosti. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření s celkovým počtem 194 validních respondentů.

První výzkumná otázka se zabývala úrovní zdravotní gramotnosti u respondentů.

V této studii byla zkoumána úroveň zdravotní gramotnosti u nízkoprahových uživatelů v kontaktním centru Sananim, pomocí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q16. Průměrné skóre zdravotní gramotnosti bylo 11,2 bodu, což značí nedostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti.

Z výsledků vyplývá, že z výběrového souboru má 56,2 % respondentů nedostatečnou zdravotní gramotnost. Rolová s autory (2018) uvádí, že téměř polovina vzorku respondentů, léčících se s abusem alkoholu, měla také omezenou zdravotní gramotnost.

Výsledky jsou podobné se studií Kučery at al. (2016), který identifikoval téměř 60 % respondentů s omezenou zdravotní gramotností v obecné populaci. Hypotézou v práci bylo, že v populaci problémových uživatelů bude více lidí s omezenou zdravotní gramotností, což se potvrdilo.

Další výzkumná otázka se zabývala rozložením dle pohlaví a rozložením dle pohlaví v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti.

Výběrový soubor tvořilo celkem 159 mužů (82,0 %) a 35 žen (18,0 %). Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností se nacházelo 109 respondentů, z toho 87 mužů a 22 žen. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností se nacházelo 72 mužů a 13 žen.

Další výzkumná otázka se zabývala rozložením podle věku a pohlaví v souboru.

Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 18 do 63 let. Průměrný věk respondentů byl 31,4 let, modus byl 39 let. Největší podíl respondentů byl ve skupině s rozsahem 35-39 let a to 44 respondentů (22,7 %); dále 36 respondentů (18,6 %) ve věku 30-34 let; 36 respondentů (18,6 %) bylo ve věku 30-34 let; 34 respondentů (17,5 %) bylo ve věku 20-24 let; 34 respondentů (17,5 %) bylo ve věku 25-29 let; 16 respondentů (8,2 %) bylo ve věku do 19 let; 15 respondentů bylo ve věku 45-49 let; 12 respondentů (6,2 %) bylo ve věku 40-44 let; nejméně respondentů bylo ve věku 50 a více let a to 3 respondenti (1,5 %). U mužů bylo nejvíce respondentů ve věku 35-39 let a to 37 respondentů (23,0 %); 32 respondentů (20,0 %) bylo ve věku bylo ve věku 30-34 let; 27 respondentů (17,0 %) bylo ve věku 25-29 let; 24 respondentů (15,0 %) bylo ve věku 20-24 let; 14 respondentů (9,0 %) bylo ve věku do 19 let; 12 respondentů (8,0 %) bylo ve věku 45-49 let; 3 respondenti (2,0 %) bylo věku nad 50 let. Z celkového počtu 35 žen bylo 10 respondentek (28,6 %) ve věku 20-24 let; 7 respondentek (20,0 %) bylo ve věku 25-29 let; 7 respondentek (20,0 %) bylo ve věku 35-39 let; 4 respondentky (11,4 %) byly ve věku 30-34 let; 3 respondentky (8,6 %) byly ve věku 45-49 let; 2 respondentky (5,7 %) byly ve věku 40-45 let; 2 respondentky (5,7 %) byly ve věku do 19 let.

Další výzkumná otázka se zabývala rozložením podle pohlaví a začátkem pravidelného užívání.

Věk začátku pravidelného užívání návykových látek se pohyboval od 12 do 28 let. Medián byl 15 let; modus byl 15 let; aritmetický průměr se rovnal 15,6 let. Největší počet respondentů byl v rozmezí 15-19 let a to 130 respondentů (67,0 %); 59 respondentů (30 %) uvedlo věk zahájení pravidelného užívání do 14 let. Začátek

užívání mezi 20-24 roky uvedli 4 respondenti (2,0 %) a 1 respondent uvedl začátek pravidelného užívání mezi 25-29 roky. U mužů bylo 106 respondentů (67 %) se začátkem pravidelného užívání mezi 15-19 lety; 48 respondentů (30,0 %) začalo pravidelně užívat návykové látky do 14 let. Věk pravidelného užívání u žen byl v rozpětí 12 až 20 let; 24 respondentek (69, 0 %) uvedlo věk mezi 15-19 roky; 11 respondentek (31, 0 %) do 14 let.

Další výzkumná otázka se zabývala rozložením podle pohlaví a věku prvního injekčního užití návykové látky.

Věk prvního injekčního užití se pohyboval v rozmezí od 14 do 33 roky. Medián byl 18 let; modus byl 19 let; aritmetický průměr se rovnal 22,9 let. Největší počet respondentů prvního injekčního užití byl ve rozmezí 15-19 let a to 142 respondentů (73,0 %); 11 respondentů (6,0 %) v rozmezí do 14 let; 35 respondentů (18,0 %) v rozmezí 20-24 let prvního injekčního užití; 3 respondenti (2,0 %) ve v rozmezí 25-29 let; 2 respondenti (1,0 %) v rozmezí 30-34 let. U mužů bylo 117 respondentů (74,0 %) v rozmezí 15-19 lety; 27 respondentů (17, 0 %) v rozmezí 20-24 let; 10 respondentů (6,0 %) ve rozmezí do 14 let; 3 respondenti (2,0 %) v rozmezí 25-29 let; 2 respondenti (1,0 %) ve rozmezí 30-34 let. U žen bylo 25 respondentek (73,5 %) v rozmezí prvního injekčního užití 15-19 let; 8 respondentek (23,5 %) v rozmezí 20-24 let; 1 respondentka (3,0 %) v rozmezí do 14 let.

Dále si výzkum kladl za cíl zjistit, zda má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na druh léčby, kterou klienti kontaktního centra v minulosti podstoupili, nebo podstupují.

Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností se 49 respondentů (45, 0 %) léčí/léčilo v jiném zařízení; 38 respondentů (35, 0 %) se nikdy neléčilo a 22 respondentů (20,0 %) se léčí/léčilo v kontaktním centru Sananim. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností se 38 respondentů (45,0 %) léčí/ léčilo v jiném zařízení; 41 respondentů (48,0 %) se nikdy neléčilo a 6 respondentů (7,0 %) se léčí/léčilo v kontaktním centru Sananim. Úroveň zdravotní gramotnosti nemá vliv na výsledný druh léčby.

Další výzkumnou otázkou bylo, zda má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na užívaný druh primární návykové látky. Užívání tabáku nebylo mezi respondenty sledováno.

Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností uvedlo 72 respondentů (66,1 %) jako svojí primární drogu pervitin; 30 respondentů (27,5 %) uvedlo jako svojí primární drogu buprenorfin; 5 respondentů (4,6 %) uvedlo marihuanu; 1 respondent (0,9 %) uvedl heroin; 1 respondent (0,9 %) uvedl alkohol. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 63 respondentů (74,1 %) jako primární drogu pervitin; 16 respondentů (18,8 %) buprenorfin; 4 respondenti (4,7 %) uvedli marihuanu a 2 respondenti (2,4 %) alkohol.

Mezi skupinami s omezenou a adekvátní zdravotní gramotností ve spojitosti s primární návykovou látkou nebyly signifikantní rozdíly. V obou skupinách byl nejvíce preferovanou návykovou látkou pervitin, poté buprenorfin. Jak uvádí výroční zpráva, jedná se cca 0,7 % dospělé populace v ČR. Dlouhodobě dochází k nárůstu především v pervitinu.

V neposlední řadě se práce věnovala otázce, zda má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na způsob aplikace primární návykové látky. Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností uvedlo 103 respondentů (94,5 %) injekční způsob aplikace; 5 respondentů (4,6 %) uvedlo způsob kouření a 1 respondent (0,9 %) uvedl způsob orální. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 76 respondentů (89,4 %) injekční způsob aplikace; 6 respondentů (7,1 %) uvedlo způsob kouření; 2 respondenti (2,4 %) uvedli způsob orální a 1 respondent (1,2) intranazální způsob aplikace.

Mezi skupinami s omezenou a adekvátní zdravotní gramotností ve spojitosti se způsobem aplikace primární návykové látky nebyly signifikantní rozdíly. V obou skupinách naprostá většina respondentů uvedla způsob injekční aplikace, na druhém místě bylo kouření. Dotazník ovšem nezkoumá způsob aplikace ve smyslu použití dalších pomůcek k injekční aplikaci a hygienu. I přesto, že ve skupinách nejsou rozdíly, může být rozdíl v provedení aplikace.

Další výzkumná otázka byla, zda má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na užívaný druh sekundární návykové látky.

Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností uvedlo 19 respondentů (54,3 %) jako svojí sekundární návykovou látku marihuanu; 6 respondentů (17,1 %) uvedlo jako svojí sekundární návykovou látku pervitin; 5 dotázaných (14,3 %) uvedlo benzodiazepiny; 3 respondenti (8,6 %) uvedlo alkohol; 1 respondent (2,9 %) uvedl buprenorfin; 1 respondent (2,9 %) uvedl MDMA. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 12 respondentů (38,7 %) marihuanu; 10 respondentů (32,3 %) uvedlo pervitin; 3 respondenti (9,7 %) uvedli buprenorfin; 3 respondenti (9,7 %) uvedli alkohol; 2 respondenti (6,7 %) uvedli MDMA; 1 respondent (2,4 %) uvedl benzodiazepiny.

Mezi skupinami s omezenou a adekvátní zdravotní gramotností ve spojitosti se sekundární návykovou látkou nebyly signifikantní rozdíly. V obou skupinách byla nejvíce preferovanou sekundární návykovou látkou marihuana, poté pervitin. Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností odpovědělo 35 respondentů, ve skupině s adekvátní 31 respondentů. Jde přibližně o třetinu odpovědí z obou skupin respondentů.

Dále bylo ve studii sledováno, zda má úroveň zdravotní gramotnosti dle dotazníku HLS-EU-Q16 vliv na způsob aplikace sekundární návykové látky. Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností uvedlo 19 respondentů (54,3 %) způsob kouření; 9 respondentů (25,7 %) uvedlo způsob orální a 7 respondentů (20,0 %)

uvedlo injekční způsob aplikace. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností uvedlo 13 respondentů (41,9 %) injekční aplikaci; 12 respondentů (38,7 %) uvedlo kouření; 6 respondentů (19,4 %) uvedlo orální aplikaci.

Poslední výzkumnou otázkou bylo, zda má úroveň zdravotní gramotnosti vliv na injekční aplikaci. Ve skupině s omezenou zdravotní gramotností 105 respondentů (96,3 %) uvedlo injekční aplikaci v posledních 30 dnech; 4 respondenti (3,7 %) v posledním roce. Ve skupině s adekvátní zdravotní gramotností 81 respondentů (95,3 %) uvedlo injekční aplikaci v posledních 30 dnech; 2 respondenti (1,8 %) v posledním roce; 2 respondenti (1,8 %) si nikdy injekčně neaplikovali.

Mezi skupinami nejsou signifikantní rozdíly. Naprostá většina respondentů si v posledním měsíci aplikovala injekčně návykovou látku. Za povšimnutí stojí 2 respondenti ze skupiny adekvátní zdravotní gramotnosti, kteří si nikdy neaplikovali, ve skupině s omezenou zdravotní gramotností nebyl nikdo, který by si nikdy injekčně neaplikoval.

Můžeme předpokládat, že užívání návykových látek souvisí s horší zdravotní gramotností. To by mohlo poukazovat na to, že respondenti nedostatečně uvažují o svém zdraví, nicméně ve skupině respondentů s adekvátní zdravotní gramotností byla shodná primární návyková látka i způsob aplikace, injekční aplikace v posledním roce.

Zvyšování povědomí o zdraví by mělo být první intervencí, zaměřující se na úroveň celkové zdravotní gramotnosti (Rolová at al., 2018).

5 Limity

Je nutné poznamenat, že byla použita jiná metoda sběru dat než u Kučery (2016) a také jiná verze dotazníku než u Rolové at al., (2018) Byla použita verze s 16 otázkami, z důvodu menší časové náročnosti dotazníku, kombinovaná s dotazníkem In-come.

Relativním limitem může být dotazník In-come. Přesto, že se běžně používá v nízkoprahových zařízeních, neobsahuje všechny sociodemografické údaje.

Limitem studie může být skutečnost, že autor v době sběru dat v zařízení pracoval, a tak mohou být výsledky zkresleny z důvodu zaujetí respondentů. Zkreslení by se dalo zabránit zvolením neznámého výzkumníka, ovšem bez důvěry by někteří respondenti nebyli ochotní dotazník vyplnit. Autor se nedomnívá, že by šlo o kritický problém v této konkrétní práci.

Dalším limitem práce je nepožadování abstinence, vzhledem k povaze zařízení, kde byla data sbírána. Možné zkreslené vnímání respondentů může mít vliv na výsledky hodnot a nemusí tak odpovídat skutečným hodnotám.

Dalším důvodem pro zkreslené hodnoty v dotazníku může být omezená schopnost čtení. Jak uvádí autor Davis at al. (1993), průměrná hodnota čtení může být signifikantně nižší, než je úroveň porozumění materiálů, což může mít vliv na nepochopení otázek. Schopnost čtení nebyla u respondentů zkoumána.

Dalším limitem práce je její reprezentativita. Vzhledem k tomu, že při výběru výzkumného souboru byl použit záměrný výběr, není možné výsledky zobecnit na populaci nízkoprahových uživatelů a výsledky platí jen pro tento soubor. Taktéž byla data sbírána pouze v jednom zařízení.

6 Zdroje

Davis, T. C., Jackson, R. H., George, R. B., Long, S. W., Talley, D., Murphy, P. W., ... & Truong, T. (1993). Reading ability in patients in substance misuse treatment centers. *International Journal of the Addictions*, 28(6), 571-582.

Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., & Deane, F. P. (2019). Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *Journal of substance abuse treatment*, 96, 46-52.

Dermota, P., Wang, J., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., & Mohler-Kuo, M. (2013). Health literacy and substance use in young Swiss men. *International journal of public health*, 58(6), 939-948.

Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Karolinum Press.

Hayes, N., & Smékal, V. (1998). *Základy sociální psychologie*. Portál, sro.

Hendl, J. (2006). *Kvalitativní výzkum v pedagogice. Současné metodologické přístupy a strategie pedagogického výzkumu*.

HLS-EU-Q16. The European Health Literacy Survey Questionnaire - short version

Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita.

Holčík, J. (2017). Zdravotní gramotnost je prioritou péče o zdraví. In *Národní konference o zdravotní gramotnosti (situační dokument)* Retrieved from http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf

Janíková, B. (2015). Harm reduction. KAMIL, K. et al. *Klinická adiktologie*. Grada Publishing as.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Kamil, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing as.

Kickbusch, I. & Maag, D. (2008). Health Literacy. In Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors International Encyclopedia of Public Health, Vol 3. San Diego: Academic Press.

Kickbusch, I., Pelikan, J., M., Apfel, F. & Tsouros, A. (2013). Health Literacy: The Solid Facts. Copenhagen: World Health Organization.

Kučera, Z., Pelikan, J. & Šteflová, A. (2016). Zdravotní gramotnost obyvatel ČR. Výsledky komparativního reprezentativního šetření. Časopis lékařů českých, 155 (5).

Kunc, S. 2006. Income dotazník – příležitost pro získávání informací i přímou práci v NZDM. [online]. [citováno 2018-11-11]

Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. Social science & medicine, 58(7), 1309-1321.

Lincoln, A., Paasche-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R., & Samet, J. H. (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. Journal of general internal medicine, 21(8), 818-822.

Ministerstvo zdravotnictví ČR [MZ ČR] (2015). Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Retrieved from http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohyAP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf

MIOVSKÝ, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, M., Bártík, P., & Veselá, M. (2015). Prevence rizikového chování ve školství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova v Praze. V tisku.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2018. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 [Annual Report on Drug Situation 2017 - Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Newcomb, R. (2010) A multi-disciplinary theory od drug-related harm reduction. Přednáška na Harm Reduction Conference 2010, Liverpool, UK.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion. International, 15 (3): 259–267.

Rehm, J., Rehm, J., Taylor, B., Rehm, J., Taylor, B., Room, R., ... & Room, R. (2006). Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. Drug and alcohol review, 25(6), 503-513.

- Rolová, G., Barták, M., Rogalewicz, V., & Gavurová, B. (2018). Health literacy in people undergoing treatment for alcohol abuse - A pilot study. *Kontakt*, 20(4), e394-400. doi: 10.1016/j.kontakt.2018.09.003.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Falcon, M. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6).
- Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72:10.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2013). *Health literacy. The solid facts*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Zvára, K. (2013). *Biomedicínská statistika IV: Základy statistiky v prostředí R*. Karolinum Press.

7 Seznam tabulek

Tabulka 1: Dimenze zdravotní gramotnosti.....	5
Tabulka 2: Přístupy k měření zdravotní gramotnosti.....	7
Tabulka 3: Přehled důležitých studií v oblasti zdravotní gramotnosti a užívání látek	10
Tabulka 4: Časový plán výzkumu	24
Tabulka 5: Korelační matice ve skupině s výslednou hodnotou omezené zdravotní gramotnosti	43
Tabulka 6: Korelační matice pro skupinu s adekvátní zdravotní gramotností	44
Tabulka 7: Výběrový soubor – absolutní počty a procentuální rozložení pohlaví	45
Tabulka 8: Věkové zastoupení respondentů souboru	46
Tabulka 9: Věkové zastoupení mužů v souboru	46
Tabulka 10: Věkové zastoupení žen v souboru	47
Tabulka 11: Věk začátku pravidelného užívání.....	48
Tabulka 12: Věk začátku pravidelného užívání u mužů.....	48
Tabulka 13: Věk začátku pravidelného užívání u žen	49
Tabulka 14: Věk prvního injekčního užití	49
Tabulka 15: Věk prvního injekčního užití u mužů	50
Tabulka 16: Věk prvního injekčního užití u žen.....	50

8 Seznam grafů

Graf 1: Odpovědi respondentů na otázku č. 1 v dotazníku HLS – EU – Q16	26
Graf 2: Odpovědi respondentů na otázku č. 2 z dotazníku HLS – EU – Q16.....	27
Graf 3: Odpovědi respondentů na otázku č. 3 z dotazníku HLS – EU – Q16.....	28

Graf 4: Odpovědi respondentů na otázku č.4 z dotazníku HLS-EU-Q16	29
Graf 5: Odpovědi respondentů na otázku č. 5 z dotazníku HLS – EU – Q16	30
Graf 6: Odpovědi respondentů na otázku č. 6 z dotazníku HLS – EU – Q16	31
Graf 7: Odpověď respondentů na otázku č. 7 z dotazníku HLS – EU – Q16.....	32
Graf 8: Odpovědi respondentů na otázku č 8 z dotazníku HLS – EU – Q16	33
Graf 9: Odpovědi respondentů na otázku č. 9 z dotazníku HLS-EU-Q16	34
Graf 10: Odpovědi respondentů na otázku č. 10 z dotazníku HLS-EU-Q16	35
Graf 11: Odpovědi respondentů na otázku č. 11 z dotazníku HLS – EU – Q16	36
Graf 12: Odpovědi respondentů na otázku č.12 z dotazníku HLS-EU-Q16	37
Graf 13: odpovědi respondentů na otázku č. 13 z dotazníku HLS-EU-Q16	38
Graf 14: odpovědi respondentů na otázku č. 14 z dotazníku HLS-EU-Q16	39
Graf 15: Odpovědi respondentů na otázku č. 15 z dotazníku HLS-EU-Q16	40
Graf 16: odpovědi respondentů na otázku č. 16 z dotazníku HLS-EU-Q16	41
Graf 17: Celkové počet bodů u respondentů v dotazníku HLS-EU-Q16	42
Graf 18: Rozložení respondentů dle pohlaví v závislosti na výsledné zdravotní gramotnosti	45
Graf 19: Druh léčení v závislosti na výsledném skóre zdravotní gramotnosti z dotazníku HLS – EU – Q16.....	51
Graf 20: Užívaná primární droga v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti podle dotazníku HLS-WU-Q16	52
Graf 21: Způsob aplikace primární drogy v závislosti na výsledném skóre zdravotní gramotnosti.	53
Graf 22 Užívaná sekundární droga v závislosti na výsledné hodnotě zdravotní gramotnosti podle dotazníku HLS-WU-Q16	54
Graf 23: Způsob aplikace primární drogy v závislosti na výsledném skóre zdravotní gramotnosti.	55
Graf 24: Injekční aplikace za časové období v závislosti na výsledné zdravotní gramotnosti	56