

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Miroslava Konečná

Stravovací zvyklosti uživatelů drog v nízkoprahových kontaktních centrech

Dietary habits of drug users in low-threshold contact centres

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Praha

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala 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

Miroslava Konečná

.....

Identifikační záznam:

KONEČNÁ, Miroslava. *Stravovací zvyklosti uživatelů drog v nízkoprahových kontaktních centrech [Dietary habits of drug users in low-threshold contact centres]*. Praha, 2012. 69 s., 1 příl., 5 tab., 14 grafů, 1 obrázek. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Adiktologie 1.LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Lence Čablové za odborné vedení, trpělivost a cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat vedení a personálu kontaktních center v Brně, Břeclavi, Hodoníně a Kyjově za spolupráci a možnost realizace praktické části mé práce.

Závěrem bych chtěla poděkovat také mé rodině a blízkým za podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Abstrakt	8
Abstract	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Úvod	11
2. Základní složky výživy	12
2.1 Bílkoviny	12
2.2 Tuky	13
2.3 Sacharidy	13
2.4 Vlákna.....	14
2.5 Vitaminy a minerální látky	15
2.5.1 Vitaminy rozpustné v tucích.....	15
2.5.2 Vitaminy rozpustné ve vodě.....	15
2.6 Voda a pitný režim	16
3. Návykové látky ve vztahu k výživě	17
3.1 Kouření	17
3.2 Alkohol.....	18
3.3 Marihuana	19
3.4 Opioidy	19
3.5 Stimulancia	20
3.6 Těkavé látky.....	20
4. Stavy způsobené nedostatkem živin	22
4.1 Dehydratace	22
4.2 Podvýživa	23
4.3 Index tělesné hmotnosti (BMI)	23
4.4 Hypovitaminóza	24

4.5	Faktory podílející se na špatném stravování.....	25
4.5.1	Osobní faktory	25
4.5.2	Nevhodný denní režim	25
4.5.3	Postoje k výživě a ekonomická dostupnost	25
4.5.4	Chuť a hlad	26
5.	Nutriční terapie v adiktologii	27
5.1	Nutriční a vitamínový servis v kontaktních centrech.....	27
5.2	Potravinová pyramida.....	28
5.3	Výživová doporučení	29
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	31
6.	Použité metody.....	32
6.1	Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek	32
6.1.1	Výzkumné otázky	32
6.2	Metody získávání a analýzy dat	32
6.2.1	Metody získávání dat	32
6.2.2	Nominace výzkumného souboru.....	33
6.2.3	Metody analýzy dat	33
6.3	Průběh výzkumného šetření.....	34
6.4	Výzkumný soubor	34
6.4.1	Věkové složení respondentů	34
7.	Etické normy a otázky výzkumu.....	36
8.	Výsledky	37
8.1	Výzkumná otázka č. 1	38
8.2	Výzkumná otázka č. 2	44
8.2.1	Stimulancia	45
8.2.2	Konopné drogy.....	46
8.2.3	Opioidy	46

8.2.4	Halucinogeny	47
8.2.5	Ostatní návykové látky.....	48
8.2.6	BMI všech skupin návykových látek	48
8.3	Výzkumná otázka č. 3	50
8.4	Výzkumná otázka č. 4	53
9.	Diskuse a závěr	55
10.	Použitá literatura	59
11.	Přílohy	65
	Příloha č. 1 Dotazník	65
12.	Seznam obrázků, grafů a tabulek	69
12.1	Seznam obrázků.....	69
12.2	Seznam grafů.....	69
12.3	Seznam tabulek.....	69

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou stravování v nízkoprahových kontaktních centrech na území jihomoravského kraje.

Cílem práce je zmapovat stravovací zvyklosti z pohledu denního stravovacího režimu, vyváženosti stravy, pitného režimu a Body Mass Indexu vybrané cílové skupiny uživatelů drog.

První kapitola teoretické části je zaměřena na problematiku stravování z pohledu základních složek potravy. Následuje kapitola s názvem Návykové látky ve vztahu k výživě, která popisuje výživu v interakci s užíváním jednotlivých typů návykových látek. V kapitole nazvané Stavy způsobené nedostatkem výživy jsou popsány základní ukazatele nedostatku živin – tedy malnutrice, dehydratace, hypovitaminóza a dále jsou zde uvedeny faktory podílející se na špatných stravovacích návycích. Poslední oddíl teoretické části s názvem Nutriční terapie v adiktologii zahrnuje charakteristiku potravinového servisu v kontaktních zařízeních, výživová doporučení a potravinovou pyramidu.

Výzkum mapuje formou dotazníkového šetření stravovací zvyklosti uživatelů drog v kontaktních centrech jihomoravského kraje, v Brně, Břeclavi, Hodoníně a Kyjově. V práci jsou uvedeny výsledky tohoto šetření, které jsou vyhodnoceny v grafech či tabulkách.

Výsledky ukazují, že u tří z pěti skupin návykových látek se vyskytují ve více než v 50 %, nedostatečně zdravé nutriční návyky. Ve výsledcích se současně objevují významné rozdíly v kvalitě stravování mezi jednotlivými skupinami uživatelů návykových látek.

Klíčová slova

Stravování – drogy – malnutrice – kontaktní centrum

Abstract

Subject of this thesis is nourishment in the low threshold clubs and contact centers in the South Moravia region.

The goal of the thesis is to research from the point of view of eating regime, balance of meals, hydration and Body Mass Index of a selected target group of drugs consumers.

First chapter of the theoretical part is focused on issue of nourishment from the perspective of basic elements of food. Chapter named “Addictive substances in relation to nutrition” which describes nourishment in interaction with using particular kinds of addictive substances. In the chapter “Conditions caused by lack of nutrition” are described basic indicators of nutrient deficiency – malnutrition, dehydration and hypovitaminosis, and there are also given factors which participate in bad dietary habits. Last section of the theory named “Nutritional therapy in addictology” contains characteristics of food service in contact centers, nutritional recommendations and food pyramid.

The research was made by survey and identifies eating habits of drug users in contact centers in the South Moravia region: in Brno, Břeclav, Hodonín and Kyjov. The results of the research are shown in the thesis in charts and tables.

Results show that bad eating habits occurs in three of the five groups of addictive substances in more than 50 %. There are also significant differences in quality of nourishment between particular groups of drug users.

Key words

Nourishment – drugs – malnutrition – contact center

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Úvod

Výživa a stravování jsou součástí každodenního života a ovlivňují nás podstatnou měrou od našeho narození až po naši smrt. Energetická hodnota a látky přiváděné díky stravování do organismu jsou nezbytně důležité pro obnovu a správný chod vnitřního prostředí těla.

Téma stravování uživatelů drog v nízkoprahových kontaktních centrech jsem si vybrala proto, že mě toto téma nějakým způsobem láká již od počátku studia. Vždy mě zajímalo, jak stravování ovlivňuje jak fyzickou, tak duševní stránku člověka.

Člověk užívající drogy díky své závislosti často ztrácí návyky, které mu byly vlastní v dobách, kdy drogu ještě neužíval. Mezi tyto návyky patří i správné stravování. Vlivem užívání se často zhoršuje kvalita a frekvence přijímané potravy. Finanční prostředky, které má, většinou investuje jinak než do výživných potravin. Intoxikace návykovou látkou ovšem způsobuje řadu komplikací a onemocnění, o kterých uživatel návykových látek nemá ani tušení a lepším stravováním by jim mohl předejít. Měl by ale vědět, že jídlo neslouží jen jako nástroj k uspokojení potřeby hladu, ale také jako prostředek ke zlepšení nálady a zlepšuje celkový psychický stav.

I přes to, že výživa a stravování patří mezi nejdiskutovanější témata současnosti, v léčbě závislostí se na tuto problematiku neklade příliš velký důraz a je posunuta až téměř na konec pomyslného žebříčku potřebnosti v léčbě závislostí. Mělo by jí být ale věnováno více pozornosti. Správné stravování může člověku dodat více elánu, pozvednout náladu a udržet životně důležité orgány fungující na optimální úrovni. Dobrý nutriční stav je také předpokladem pro dobré fungování léčebného procesu v léčbě závislostí.

2. Základní složky výživy

Kvalita stravování je dána rovnoměrným rozložením jednotlivých složek potravy – bílkovin, tuků a sacharidů, jakožto zdroje energie nutné k našemu fungování a přežití člověka.

Pro potřeby mé práce a pro pochopení problematiky stravování je nutné, abych se alespoň v krátkosti zmínila o jednotlivých složkách výživy. Zaměřím se zejména na jejich význam, doporučenou denní dávku a v jakých potravinách jednotlivé složky můžeme najít.

2.1 Bílkoviny

Jako nejdůležitější součást naší stravy můžeme považovat bílkoviny. Jsou důležité pro růst a vývoj buněk našeho těla a podílí se na tvorbě některých hormonů a protilátek. V případě, když organismus nemá jinou možnost, dokáže tělo využít bílkovin i na pokrytí potřeb energie. Aby byly bílkoviny využitelné, musí se rozložit na nejmenší stavební prvky – aminokyseliny, kterých je celkem 24. Zatímco tuky se v těle mohou vytvořit ze sacharidů a sacharidy z bílkovin, tvorba bílkovin je závislá především na přijaté potravě (Provazník & Komárek, 2004). Bílkoviny můžeme přijímat ve formě živočišné či rostlinné. Rostlinné však nejsou z hlediska aminokyselin plnohodnotné a je potřeba je doplňovat bílkovinami živočišnými (Mastná, 2000). Z živočišných produktů je bílkovina obsažena zejména ve vaječných bílcích, masu, mléčných výrobcích a v rybách. Z rostlinných produktů největší částí přispívají obiloviny a luštěniny, dále brambory, houby, ovoce a zelenina. Současně kombinace obilovin a luštěnin v jednom jídle poskytuje tělu esenciální (plnohodnotné) aminokyseliny. Na denním množství přijaté potravy by se u pacienta ve stresu měly bílkoviny podílet z 10 – 15 % (minimálně 0,75 – 0,8 g/kg váhy člověka) (Svačina, 2008).

Nedostatečný příjem bílkovin vede k poruchám duševního a tělesného vývoje a ke snížení imunity (Blatná et al., 2005). Autorka Millerová (2010) se ve své práci zmiňuje, že z hlediska užívání návykových látek může jejich užívání způsobovat poruchy trávení bílkovin na aminokyseliny a jejich následné zpracování v tenkém střevě a játrech.

2.2 Tuky

Tuky jsou důležité živiny potřebné pro normální růst a vývoj. Mají své místo ve výživě pro svůj energetický náboj a pro tělo představují mechanickou i tepelnou ochranu organismu (Petrásek, 2004). Tuk je také nezbytný pro produkci serotoninu, který podporuje dobrou náladu a přináší lepší spánek. V potravinách jsou nositeli vitaminů (A, D, E, K) a umožňují jejich vstřebávání (Miller, 2010).

Tuky se skládají kromě jiných složek z mastných nasycených kyselin, které jsou obsaženy zejména v živočišných tucích, rostlinné naopak obsahují nenasycené a polynenasycené mastné kyseliny, které snižují LDL cholesterol a chrání potřebný HDL cholesterol (Petrásek, 2004). Tyto tuky se v těle také samy netvoří, a proto by se měly do organismu přivádět prostřednictvím potravy. Příjem lipidů by se měl pohybovat okolo 25 - 30 % z celkového příjmu potravy, což je asi 70 gramů za den u běžně pracujícího člověka (Výživa a spol., 2012).

Více než polovinu přijatého tuku přijímáme ve formě živočišných potravin, jako je živočišný tuk (sádlo, máslo), z různých druhů masa (vepřové, hovězí, rybí, jehněčí a jiné), z mléčných produktů a vajec. Největším zdrojem nenasycených mastných kyselin jsou oleje (rybí a rostlinné) (Svačina, 2008).

Nadměrný příjem lipidů vede k nadváze a obezitě a způsobuje mnoho zdravotních problémů, naopak nedostatek tuků může znamenat potenciální riziko sníženého přísunu vitaminů rozpustných v tucích (A, D, E, K) (Provazník & Komárek, 2004).

2.3 Sacharidy

Jsou našim největším a nejrychlejším zdrojem energie. Sacharidy dělíme na jednoduché sacharidy a polysacharidy. Jednoduchý sacharid je obsažen například v třtinovém cukru. Pro tělo je téměř bezvýznamný, přesto jeho konzumace běžně převyšuje doporučený příjem. Dále jej můžeme najít například v ovoci, medu, džusech a jiné. (Svačina, 2008). Polysacharidy jsou, kromě energetické hodnoty, nositeli neškrobových látek – vlákniny, vitaminů a minerálů (Brázdová, 1995). Hlavními potravinovými zdroji polysacharidů jsou škroby obsažené zejména v obilovinách (pšenice, rýže, kukuřice, pohanka, žito,

ječmen, oves, aj.) a jejich produktech (mouka, těstoviny, chléb), v menším množství v luštěninách, ovoci a v zelenině (Miller, 2010).

Doporučená denní dávka sacharidů je 55 – 60 % z celkového příjmu potravy, to znamená přibližně 270 – 350 g, v závislosti na celkové dávce energie (Svačina, 2008).

Uživatelé alkoholu a drog ve velkém množství konzumují jednoduché sacharidy a chybí jim sacharidy komplexní. Tato jednostranná strava může znamenat nejen podvýživu, ale zároveň i problémy spojené s trávením a vstřebávání živin. Způsobuje také mnohá metabolická onemocnění, například hypoglykémii (Miller, 2010).

Pro každý organismus, nejen pro uživatele drog, je vhodné, aby se ve stravování snížil přísun jednoduchých sacharidů a byl nahrazen více polysacharidy v podobě ovoce, zeleniny a celozrnných výrobků. Ke stabilizaci hladiny cukru v krvi je doporučeno jíst v pravidelných intervalech během dne. Jednoduché cukry, obsažené v pečivu z bílé mouky, koláčích, dortech, a jiné, by se měly snížit na minimum (Miller, 2010).

2.4 Vlákna

Jako vlákna jsou označovány nestrávitelné zbytky potravy. Vlákna je velmi důležitá pro podporu střevní pohyblivosti (absorbuje vodu, zmnožuje střevní obsah a dochází tak k urychlení střevní peristaltiky). Je tak prevencí zácpy, střevních výčhlípek, hemoroidů, snižuje riziko karcinomu tlustého střeva a uplatňuje se v prevenci aterosklerózy (Brázdová, 1995). Vlákna zvětšuje obsah v zažívacím systému, díky tomu rychleji pocítujeme sytost, a příznivě tak ovlivňuje vstřebávání sacharidů a metabolismu cholesterolu. Další pozitivní vlastností je, že pohlcuje toxické látky ve střevě a ty se pak nedostávají do krevního oběhu. Vlákna můžeme najít v celozrnných obilovinách, zelenině, ovoci, luštěninách a obilovinách (Beňo, 2001). Doporučená denní dávka vlákniny u dospělého člověka je 30 gramů.

2.5 Vitaminy a minerální látky

Vitaminy jsou potřebné pro normální činnost organismu, zejména pro látkovou výměnu, růst a vitalitu. Až na výjimky tělo není schopno je samo syntetizovat, proto je nutné je do těla přivádět potravou. Vitaminy přijímáme z potravin či z vitaminových suplementů, které jsou určené spíše osobám s vyšší potřebou, ohroženým nepříznivými vlivy a osobám, jejichž stav znemožňuje dostatečný příjem všech složek výživy v přirozené formě (Beňo, 2001).

Vitaminy se dělí na:

2.5.1 Vitaminy rozpustné v tucích

- Vitamin A – retinol a jeho provitaminy (karotenoidy)
- Vitamin D – kalciferoly
- Vitamin E – tokoferoly a tokotrienoly
- Vitamin K – fylochinony, farnochinony

2.5.2 Vitaminy rozpustné ve vodě

- Skupina vitaminů B-komplexu
 - Vitamin B1 – thiamin
 - Vitamin B2 – riboflavin
 - Vitamin B6 – pyridoxin
 - Vitamin B12 – kyanokobalamin
 - Kyselina listová – folacin

Vitaminy jsou nutné pro každý biochemický proces v těle. Nemohou ale fungovat, pokud zde nejsou přítomny i minerály, které jsou důležité pro biochemické procesy (Fajfrová, 2011).

Alkohol a drogy jsou u uživatelů návykových látek častou příčinou nedostatku základních látek, jako jsou vápník, hořčík, zinek, chrom a stejně jako vitamin C a B-komplex. Nedostatek vitaminů a minerálů může být způsoben jak špatnou stravou, tak z důvodu poškozených orgánů, které zpracovávají živiny (Miller, 2010). Nedostatek vitaminů se nazývá hypovitaminóza. Hypovitaminóza se projevuje různými příznaky

mírné povahy (viz. další kapitola). Úplný nedostatek neboli avitaminóza může mít vliv na funkci a morfologii orgánů (Beňo, 2001).

2.6 Voda a pitný režim

Člověk je asi z 55 % tvořen vodou. Voda tvoří základ všech buněk a tkání v organismu a je bezpodmínečně potřebná zejména pro látkovou výměnu. Dostatek tekutin zajišťuje v organismu plnění tělesných i duševních funkcí, výkonnost orgánů a látkovou výměnu. Rovněž zprostředkovává vylučování škodlivých látek, které v těle vznikají a podporuje i normální vzhled pokožky. Určitá část vody se v těle vytvoří prostřednictvím metabolické činnosti, asi 900 ml je přijato díky potravě, ve které je voda vázána a zbytek – asi 1,5 litru je potřeba do organismu dostat přímo ve formě tekutin (Kožíšek, 2006).

Člověk průměrně z organismu vyloučí asi 1,5 litru vody za den, a to močí, viditelným i neviditelným potem a dechem (asi 250 ml) (Svačina, 2008).

Příjem tekutin je ovlivněn pocitem žízně a individuálními potřebami jedince. Při stanovení množství přijatých tekutin by se měly brát v úvahu vnější a vnitřní faktory, jako jsou tělesná hmotnost, věk, pohlaví, tělesná aktivita, složení a množství přijaté potravy (obsah solí, bílkovin, kalorií), a jiné (Kožíšek, 2006). Doporučený příjem tekutin se pohybuje v rozmezí od 2 do 2,5 litru tekutin za den (Svačina, 2008).

3. Návykové látky ve vztahu k výživě

Užívání návykových látek poškozuje tělo dvěma odlišnými způsoby:

1. Účinkem látky samotné.
2. Negativními změnami životního stylu, jako jsou nepravidelné stravovací návyky a špatná strava (Dugdale, 2010).

Jednou z mnoha příčin užívání drog může být podle Doudgleho (2010) fakt, že si uživatelé drog pocit hladu nesprávně vykládají jako silnou touhu užít drogu.

3.1 Kouření

Všeobecné povědomí o nikotinu, který prostřednictvím kouření přichází do organismu, je takové, že snižuje chuť k jídlu. Tato látka je svým účinkem sice anorektikem, ovšem jeho působení je jen krátkodobé (Perkins, 1992). Jeho užívání se zároveň projevuje účinky parasympatomimetickými, což znamená, že nikotin urychluje střevní pasáž. Při nadměrných dávkách nikotinu může docházet k nevolnosti a zvracení (Pilařová, 2003). Pravidelné kouření je spojeno se snížením hmotnosti a má negativní vliv na způsob, jakým naše tělo využívá vitaminy a živiny. Každá vykouřená cigareta zničí přibližně 25 – 100 mg vitamínu C. Kouření ovlivňuje vstřebávání vitamínu D, který napomáhá a zvyšuje vstřebávání vápníku (Perkins, 1992).

Mimo plicní rakovinu jsou kuřáci ohroženi také srdečními a jinými oběhovými a plicními nemocemi. Rovněž u nich dochází ke ztrátě chuti a čichu. Bez toho, abychom se začali zabývat dlouhým vypočítáváním škodlivých účinků kouření, lze s přesvědčením tvrdit, že kuřáci potřebují všechny výživné látky, které jsou k dispozici (Mindell, 1985).

3.2 Alkohol

U nás je nejčastěji užívanou drogou. Je lehce dostupný, málokdo jej ale za drogu skutečně považuje. Drogou ovšem je a může v těle způsobit velké škody. Na rozdíl od jiných drog je alkohol z nutričního hlediska velmi kalorický. Vypije-li člověk 6 piv denně, získá téměř polovinu denní potřeby kalorií. Alkohol však poskytuje jen prázdné kalorie a i přes to, že má energetickou hodnotu, chybí vyváženost živin (bílkoviny, tuky a sacharidy). Žádná jiná droga takový účinek nemá. U alkoholiků často dochází ke snížení hmotnosti, v důsledku ztráty chuti k jídlu (Denney, 1984).

Pravidelná konzumace alkoholu je největší příčinou nedostatku vitaminů v organismu. V těle konzumenta zpravidla alkohol obsadí místa nezbytných bílkovin nebo v některých případech zabrání odpovídajícímu vstřebávání a uskladňování důležitých vitaminů (Dugdale, 2010). Alkohol nejčastěji ovlivňuje množství vitaminu B6, vitaminu B1 (thiaminu) a kyseliny listové. Při konzumaci alkoholu také dochází k dehydrataci organismu (Wiese et al., 2000).

U škodlivého užívání alkoholu se vyskytuje velké množství orgánových poškození. Velmi často se objevují chronické potíže a známky poškození zažívacího traktu (dysfagie, průjmky, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie) (Minařík, 2003).

Alkohol poškozuje také dva hlavní orgány podílející se na metabolismu: játra a slinivku břišní. Játra jsou v našem těle nezbytná pro detoxifikaci škodlivých látek. Funkce slinivky břišní spočívá v regulaci hladiny krevního cukru a vstřebávání tuků. Porucha těchto dvou životně důležitých orgánů má za následek nerovnováhu tekutin, kalorií a elektrolytů. Alkoholismus může být proto jednou z příčin řady onemocnění jako cirhóza jater; podvýživa; karcinom jícnu, žaludku, jater, tenkého střeva a častý je výskyt rakoviny rekta. Vlivem poškození endokrinního systému a následného poškození slinivky břišní může dojít k poruše sekrece inzulínu a může se také podílet na vzniku diabetu mellitu. Nedostatek vitamínu B1 u alkoholiků může vyústit v akutní až život ohrožující neurologický syndrom zvaný Wernickeova encefalopatie (Minařík, 2003).

3.3 Marihuana

Je to přírodní droga vyráběna z konopí, patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Účinnou látkou jsou kanabinoidy, neaktivnější látkou je delta-9-trans-tetracannabinoidol. Způsob aplikace je převážně kouřením, méně často per os (Minařík, 2008).

V zásadě mají kanabinoidy účinky takové, že zvyšují chuť k jídlu, hlavně na sladké (Marečková et al, 2007). V této souvislosti dochází ke zvýšenému příjmu kalorií a může dojít k následnému nárůstu hmotnosti (Smit, 2001).

3.4 Opioidy

Mezi zástupce patří především heroin, metadon, kodein a braun. Užívání této skupiny ovlivňuje některé funkce gastrointestinálního traktu (Neale et al., 2011).

Minařík (2003) se zmiňuje o tom, že opioidy způsobují útlum pohyblivosti a vzestup napětí svalstva zažívacího traktu a vyvolávají těžkou zácpu. Další komplikací, kterou ovlivňují, je napětí Odiho svěrače, který se nachází při ústí žlučovodu do dvanáctníku a tato komplikace může způsobit biliární koliku. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání a k extrémní vyhublosti (kachexii). K příznakům typickým pro vysazení opiátů jsou příznaky zrcadlové k jejich účinku. Typický je průjem, nevolnost, bolest břicha a zvracení, které mohou vést až k nutriční deprivaci a nerovnováze elektrolytů v organismu. Elektrolyty obsahují sodík, draslík, a chlorid.

Ve studiích provedených v mnoha zemích se opakují projevy jako podvýživa, nízká tělesná hmotnost, absence základních živin a vitaminů. V souvislosti se špatnými stravovacími návyky – nízká spotřeba ovoce a zeleniny, naopak zvýšená konzumace sladkostí, cukru a spotřeba potravin s nízkou nutriční hodnotou. U uživatelů opioidních látek jsou rozšířeny nepravdivé stravovací návyky, vynechávání jídel a špatná chuť k jídlu. Častý je také nízký zájem o jídlo (ve smyslu sociální, příjemné činnosti) a poruchy příjmu potravy. U uživatelů v léčbě, závislých na metadonu byly zaznamenány vyšší váhové nárůsty než u ostatních uživatelů opiátového typu (Neale et al., 2011).

3.5 Stimulancia

Stimulancia jsou látky s nefyziologicky budivým efektem na CNS. Typickými zástupci jsou metamfetamin (pervitin), amfetamin a kokain. Méně typickým zástupcem je extáze (Minařík, 2003).

Užívání této skupiny látek má za následek výrazné potlačení chuti k jídlu (zejména kokain je silné anorektikum). To se může projevovat velmi rychlým úbytkem na váze, někdy i více než o 10 kg za měsíc a špatný fyzický stav. Tyto ztráty společně s nezdravou výživou a zvýšenou aktivitou vedou k viditelné nezdravé vyhublosti, neboť organismus trpí podvýživou (Svobodová, Václavík, 2006). Užívání této skupiny látek dále způsobuje nevolnost a zvracení. Stimulancia se často užívají v několika denních tazích, které jsou provázeny jen konzumací alkoholu a zapomíná se na příjem jídla a tekutin. V důsledku toho dochází ke snížení hmotnosti a dehydrataci a následkem toho nastává v těle nerovnováha elektrolytů v organismu a vyčerpání vitaminů B a C (Minařík, 2003).

Stimulancia také mohou zasahovat do metabolismu některých živin, zejména tuků a přispívat k poškození jaterních buněk. Dlouhodobé užívání způsobuje také zvýšenou kazivost zubů (Therkel, 2010).

3.6 Těkavé látky

Těkavé látky neboli inhalační drogy či prchavé látky jsou látky, jejichž společným znakem je ovlivnění centrální nervové soustavy, které se projevuje silnou euforií s možným halucinogenním účinkem, nejčastěji sluchovým či zrakovým (Hampl, 2003). Mezi typické zástupce patří toluen, aceton, éter a chloroform. Aplikují se téměř výhradně inhalací, tedy vstřebáváním přes plicní sklípky, což je velmi efektivní, přičemž účinek nastupuje téměř ihned po aplikaci (Minařík, 2008).

Účinky na zažívací trakt se převážně nevyskytují, při aplikaci mohou vzniknout akutní nežádoucí účinky v podobě nevolnosti (Minařík, 2008). Z dlouhodobého měřítka tyto

látky rozpouštějí buňky tukové povahy a poškozují molekuly bílkovin. Pravidelné užívání poškozují některé orgány - mozek, játra, ledviny, kostní dřeň (Marečková et al., 2007).

4. Stavy způsobené nedostatkem živin

V důsledku užívání návykových látek vzniká v těle mnoho změn a orgánových poškozeních. V této kapitole se zmíním o nejčastěji se vyskytujících problémech souvisejících s užíváním drog.

4.1 Dehydratace

Dehydratace neboli nedostatek vody v organismu, způsobuje problémy akutní i chronické povahy. Akutní příznaky mírné dehydratace jsou bolesti hlavy, únava a malátnost, pokles fyzické a duševní výkonnosti včetně poklesu koncentrace. Ztráta tekutin na úrovni 2 % tělesné hmotnosti představuje ztrátu 20 % výkonu. Při 5% dehydrataci již hrozí přehřátí, oběhové selhání a šok, kterému předchází zrychlený tep, hypotenze a pestré neurologické potíže (Jeligová & Kožíšek, 2010).

Na mírnou, ale dlouhodobou dehydrataci není brán příliš velký zřetel, ale může mít za následek i vážné zdravotní poruchy. Vedle opakované bolesti hlavy nebo zácpy může docházet k poruchám funkce ledvin a vzniku ledvinových a močových kamenů (Kožíšek, 2006).

Dehydratace může nastat během či po konzumaci všech návykových látek. Dochází k ní nejen intoxikací samotnou, ale závisí také na řadě jiných okolností, a to především na (Wiese et al., 2000):

- prostředí, ve kterém se uživatel drog pohybuje (kluby, bary, horké dny apod.)
- fyzické aktivitě, která bývá často zvýšena a zapomíná se na dostatečný příjem tekutin.

Dehydratace je nejvíce spojována s užitím extáze a alkoholu. Alkohol je svým účinkem diuretikum a způsobuje zvýšenou produkci moči. Po konzumaci 50 gramů alkoholu (4 alkoholické nápoje) dochází ke ztrátě 600 až 1000 ml vody z organismu. Alkohol podporuje tvorbu moči tak, že je sníženo vyplavování antidiuretického hormonu. Doprovázejícím jevem „kocoviny“ je také pocení, zvracení a průjem, který může mít za následek další ztráty vody a elektrolytů z organismu (Wiese et al., 2000). Také

MDMA (extáze) ve spojení i s jinými drogami a prostředím, ve kterém se užívají (noční párty), má za následek silnou dehydrataci (drogová poradna Sdružení Podané ruce, 2009).

4.2 Podvýživa

Důsledkem trvalého nedostatku potravy je hladovění, které navozuje stav podvýživy s řadou orgánových změn. Dochází k psychologickým změnám, které odráží deprivaci a člověk pocítuje nepříjemné pocity tuposti, bolesti hlavy aj. (Fraňková & Dvořáková–Janů, 2003). Po delší době užívání návykových látek dochází k úbytku tělesné hmotnosti a vymizení podkožního tuku a snižuje se fyziologická teplota těla (Therkel, 2010).

Stav podvýživy závisí na více vlivech - pohlaví, intenzita drogové závislosti, rozvoj orgánového poškození a zejména stav výživy. Důvodem, a často i důsledkem podvýživy u závislých, může být špatná imunitní odpověď organismu, predisponující infekce jako je hepatitida B a C, záněty žil, jako abscesy či flegmóny, endokarditidy a systémové sepse (Forrester, 2006). Nejvíce jsou ohroženi injekční uživatelé heroinu a pervitinu. Hlavním důvodem podvýživy je podle Santolaria-Ferniindeze et al. (2005) způsob života, se ztrátou zájmu ve všem, včetně jídla. Další negativní příčinou mohou být i špatně volené potraviny, například sladká jídla a nápoje, cukrovinky a jídla typu fast – food (strava z rychlého občerstvení). Obsahují totiž pouze prázdné kalorie, které organismus nedokáže vhodně zpracovat.

4.3 Index tělesné hmotnosti (BMI)

Stav podvýživy zjistíme výpočtem indexu tělesné hmotnosti (Body Mass Index – zkratka BMI). Je jedním z nejčastěji používaných ukazatelů pro posouzení aktuální hmotnosti ve vztahu k tělesné výšce. Hodnotu vypočítáme, pokud hmotnost v kilogramech vydělíme výškou v metrech umocněnou dvěma (World Health Organization, 2012).

Příklad: Dospělý člověk, který váží 70 kg a jeho výška je 1,75 m bude mít BMI 22,9.

$$70 \text{ (kg)} / (1.75^2 \text{ (m)}) = 22,9 \text{ BMI}$$

Hodnoty BMI dle WHO (2012) byly následně klasifikovány a spolu se zdravotním rizikem byly rozděleny do kategorií, které jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Hodnoty BMI

Hodnota	Klasifikace	Zdravotní riziko
pod 18.5	Podváha	Podvýživa
18.5 - 24.9	Normální hmotnost	Minimální
25.0 - 29.9	Nadváha	Nízké
30.0 - 34.9	Obezita I. stupně	Zvýšené
35.0 - 39.9	Obezita II. stupně	Vysoké
nad 40	Obezita III. stupně	Velmi vysoké

4.4 Hypovitaminóza

Je chorobný stav způsobený částečným nedostatkem určitého vitamínu. Jedná se o lehčí formu avitaminózy. V Česku se nejčastěji vyskytuje u osob s nedostatečným příjmem stravy, u alkoholiků a u osob s onemocněním trávicího traktu (malabsorpce) (Celostátní medicína, 2010). Užívání drog a alkoholu často způsobuje nedostatek vitaminů a minerálních látek jako je vitamín C a B komplex vápník, hořčík, zinek, chrom a to jak z důvodu špatné životosprávy, tak v důsledku užívání návykové látky. Dochází tak k poškození orgánů, které zpracovávají vitamíny (Miller, 2010). Pro organismus uživatele drog jsou nezbytně důležité všechny vitamíny. Jejich nedostatek může způsobit únavu, sníženou výkonnost, depresi, podrážděnost, bolesti kloubů a končetin, vyšší náchylnost k infekcím a svalové křeče (Achermann, 2008).

4.5 Faktory podílející se na špatném stravování

4.5.1 Osobní faktory

Pro většinu uživatelů stojí droga na prvním místě a stravování je z hlediska potřeb až daleko za ní. Mezi osobní faktory jistě patří nedostatek vůle ke změně, osobní návyky, stereotypy a pohodlnost (Fraňková & Dvořáková – Janů, 2003).

Zdravá strava se v důsledku užívání časem přemění z primárně nutričního cíle od zdravé stravy k co nejrychlejší cestě k zaplnění žaludku. Systém odměn v mozku je nyní na místo jídla obohacen drogou a požitek z jídla už nepřináší takovou radost jako dříve. Vzhledem k tomu uživatel vybírá jídla, nejrychleji dostupná. Obvykle jsou to potraviny vysoce kalorické, sladké nebo slané, které obsahují koncentrace nezdravých cukrů a tuků (Threrkel, 2010).

Častým osobním faktorem je také neznalost. Lidé užívající drogy často neví, že potraviny, které sami konzumují, by mohly být nezdravé či škodlivé (Fraňková & Dvořáková–Janů, 2003).

4.5.2 Nevhodný denní režim

Uživatelé drog se stravují spíše nepravidelně. Tuto skutečnost nemohou v důsledku jiných faktorů ovlivnit. Pravidelnost příjmu potravin, je nesmírně důležitá zejména pro správnou činnost organismu (Miller, 2010). Neale et al. (2011) se ve své práci zmiňují o častém vynechávání snídaní a příjem nejvíce kalorií převážně v nočních hodinách.

4.5.3 Postoje k výživě a ekonomická dostupnost

Uživatelé drog často zauímají spíše negativní postoje k výživě a často bagatelizují její významnost (Threrkel, 2010). Lidé mění své zvyklosti ve stravování, pokud se ztotožní s principy ve společnosti, ve které se pohybují (Fraňková & Dvořáková–Janů, 2003). Většina uživatelů drog se potýká také s nízkými finančními prostředky, které jsou většinou investovány jinak než k nákupu hodnotných potravin či ovoce a zeleniny (Neale et al., 2011).

4.5.4 Chut' a hlad

Mezi největší subjektivní překážky změn výživových zvyklostí zůstává u uživatelů drog chut' na jídlo. Nezřídka se vyskytujícím jevem je malá chut' k jídlu, pokud se ale dostaví, převažuje chut' na sladká a smažená jídla. Je to způsobeno zejména kombinací hypoglykemie a sucha v ústech, kdy se zvyšuje touha po cukru, kterou uživatel uspokojuje převážně sladkostmi, sladkými nápoji a fast - foodem (Threlkel, 2010).

Uživatelé drog se stravují převážně nepravidelně a mohou zapomenout, jak vypadá skutečný hlad. Tato nepravidelnost může způsobit kolísání hladiny cukru v krvi. Pro uživatele pocity z nedostatku cukru mohou být vykládány jako touha užít drogu (Neale et al., 2011).

5. Nutriční terapie v adiktologii

Dobrá výživa a zdravý životní styl jsou nezbytné pro udržení zdravého těla a mysli. Nutriční terapie hledá příčiny symptomů vznikající v důsledku užívání drog (Therkerl, 2010).

Nayle et al. (2011) tvrdí, že pokud se lidé cítí lépe, je méně pravděpodobné, že by užíli alkohol či návykovou látku. Podpora zdravého stravování a zdravého životního stylu uživatele drog je něco, co může dotyčný udělat sám nebo s pomocí svých blízkých (Miller, 2010). Změna ve stravování ovšem neznamena jen výběr vhodných potravin, ale co je důležitější, jedná se o změnu v přístupu (Tarman & Dewar, 2011). Vzhledem k tomu, že vyvážená strava pomáhá zlepšit náladu a zdraví, je důležité podporovat vhodné stravování u lidí, kteří aktuálně drogy užívají a také u těch, kteří směřují k abstinenci. Výživové přístupy mohou pomoci zabránit nebo zmírnit jaterní onemocnění. Nutriční terapie se v zahraničí uplatňuje zejména v prevenci relapsu. O 75 - 80 % má vyšší úspěšnost v porovnání s typickou terapií relapsu bez nutriční podpory (Therkerl, 2010).

5.1 Nutriční a vitamínový servis v kontaktních centrech

Služba, která nabízí klientům zvýšení nutričního stavu, se nazývá potravinový a vitamínový servis. Obvykle bývá součástí každého kontaktního centra. Tento program je zaměřen na zdravotní a sociální pomoc a rehabilitaci klienta. Vychází hlavně ze zkušeností pracovníků o dané klientele, která v souvislosti s drogami trpí špatnou životosprávou a nízkým imunitním systémem. Sortiment této služby je velmi individuální. Nabídka programu by měla vycházet z potřeb dané klientely, ovšem finanční prostředky daných kontaktních center k tomu nejsou uzpůsobeny.

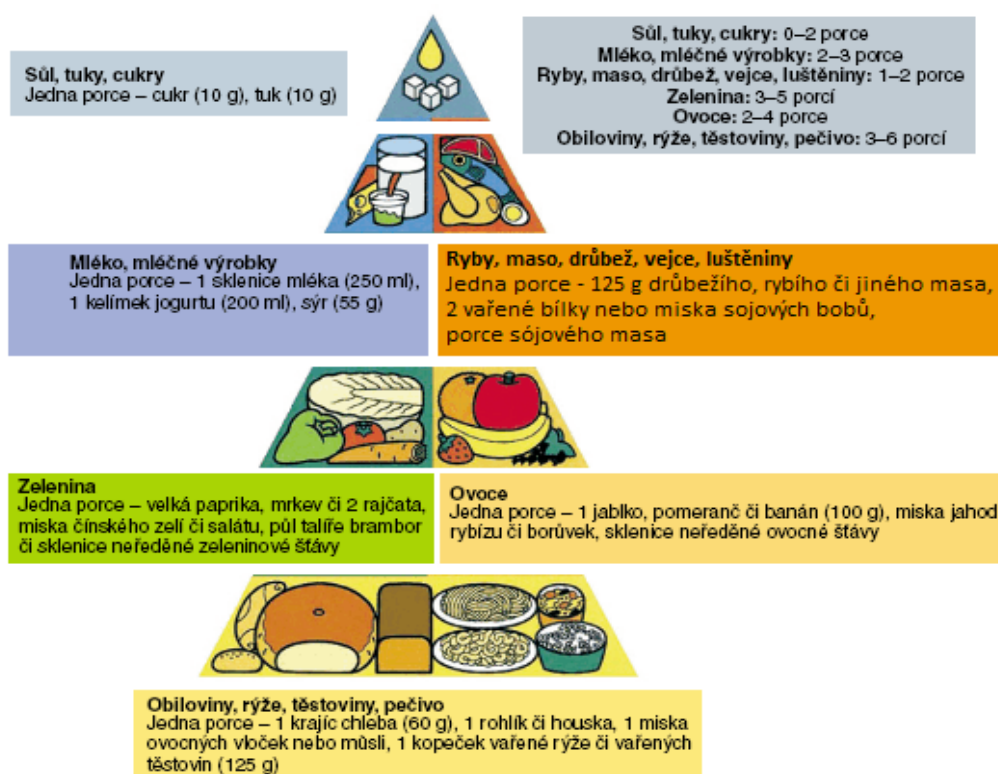
Za základ potravinového servisu můžeme označit čaj a vitamínovou tabletu. Některá kontaktní centra svůj potravinový sortiment rozšiřují a nalezneme v nich například kávu, instantní nudlovou polévku, popřípadě nějaké pečivo.

Čaj je poskytován zdarma, finanční účast na kávě a polévce je individuální záležitost každého zařízení, většinou se však prodávají za symbolickou peněžní částku pohybující se v řádu několika korun.

5.2 Potravinová pyramida

Strava, kterou by měl uživatel drog denně konzumovat, by měla zahrnovat všechny složky potravy. Doporučené množství a poměr druhů potravin názorně vysvětluje výživová pyramida, kterou sestavili odborníci státního zdravotnického ústavu. Pyramida je schematicky rozdělena do 4 pater, ve kterých se nachází 6 druhů potravin. Informační systém potravinářské komory (2012) definuje počet porcí určité potraviny přijaté za den (viz. Obrázek č. 1).

Obrázek č. 1 Potravinová pyramida



Základna - Obiloviny a produkty do nichž patří pečivo, těstoviny, rýže, ovesné vločky, cornflakes, pohanka, knedlíky a kukuřičné výrobky. Denně bychom měli z této skupiny sníst 3 - 6 porcí.

2. patro - Toto podlaží tvoří zelenina a ovoce.

- Zelenina by se měla na denním příjmu podílet 3 - 6 porcemi. Jedna porce činí například 1 velká paprika, 2 rajčata nebo miska salátu.
- Ovoce bychom měli zkonzumovat 2 - 4 porce denně. Jedna porce je 100 gramový kousek ovoce – například pomeranč, banán, jablko.

3. patro

- Mléko a mléčné výrobky by měly tvořit 2 - 3 porce denně. Jednu porci tvoří sklenka mléka (250 ml), jeden kelímek jogurtu (200 ml) nebo sýr (55 g).
- Maso, vejce, ryby – konzumace těchto potravin by neměla přesáhnout 1 - 2 porce denně. Jedna porce je přibližně 125 g masa.

4. patro

- Sůl, tuky, cukry, pochutiny. Čím méně této skupiny sníme, tím lépe (Informační systém potravinářské komory, 2012).

5.3 Výživová doporučení

Je potřeba konzumovat potravu pravidelně, přijímat zeleninu a ovoce, dodržovat pitný režim, pohybovat se a především by měla strava zahrnovat všechny složky potravy. Dodržování těchto pravidel přináší radost ze života, jídla a hlavně upevnění zdraví (Blatná et al. 2005).

V boji proti vzniklým somatickým problémům v důsledku užívání by měl uživatel drog jíst jídla ve správném poměru, tedy správné množství zeleniny, obilovin, tuků a bílkovin (Miller, 2010).

Je vhodné jíst vitaminové a minerální doplňky (B komplex, zinek, vitamíny A, C), které mohou být užitečné při léčbě klienta. Vitamíny snižují chuť na alkohol (Miller, 2010).

Je proto potřeba jíst různé druhy ovoce. Doporučuje se sníst 400 g ovoce a zeleniny za den (World Health Organization, 2003).

Vysoký obsah vlákniny obsažen například v ovoci, fazolích, hrachu a zelenině je vhodný zejména jako prevence zácpy, který vzniká v důsledku užívání opiátů (Miller, 2010).

Tučné maso a masné výrobky je vhodné nahrazovat rybami, luštěninami a netučnou drůbeží (World Health Organization, 2003). Maso a drůbež jsou vynikajícím zdrojem bílkovin. Mořské ryby poskytují kompletní proteiny a vitamin B12. Jsou také dobrým zdrojem omega-3 esenciálních mastných kyselin. Obsahují také důležité stopové minerály, jako je jód, fluorid, selen, zinek a měď a několik významných minerálů – fosfor, hořčík, sodík, draslík a železo (Miller, 2010).

Komplexní sacharidy, jako chleba, celozrnné výrobky mají tendenci produkovat dlouhotrvající pocity pohody, sytosti a tiší bolest, proto by také měly být zařazeny do denní spotřeby (SureScreen Diagnostics, 2008).

Pokud je to možné měl by se snížit příjem kofeinu a nikotinu. Konzumace alkoholu by neměla přesáhnout denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 5 cl 40% destilátu) (World Health Organization, 2003).

Denně by měl člověk vypít nejméně 1,5 l tekutin. Přednost by se měla dávat čisté vodě a neslazeným nealkoholickým nápojům (World Health Organization, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. Použité metody

6.1 Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek

Cílem dotazníkového šetření je zmapovat stravovací zvyklosti klientů navštěvující nízkoprahová kontaktní centra v jihomoravském kraji.

Práce může být přínosem pro zjištění obecných stravovacích zvyklostí u uživatelů návykových látek, na základě něhož bude možné v budoucnu navrhnout nutriční intervenci či zlepšení poskytovaných služeb potravinových servisů v nízkoprahových kontaktních centrech.

6.1.1 Výzkumné otázky

1. Jak se liší míra zdravého stravování a pitného režimu mezi uživateli jednotlivých typů drog?
2. Souvisí BMI s typem užívané návykové látky?
3. Dochází ke kvalitativním změnám ve stravování v souvislosti s užíváním návykové látky?
4. Jsou respondenti spokojeni s nutričním servisem v kontaktních centrech?

6.2 Metody získávání a analýzy dat

6.2.1 Metody získávání dat

Pro toto šetření byl použit vlastní dotazník, jenž byl sestaven tak, aby zachytil důležité informace týkající se stravovacích zvyklostí respondentů. Část otázek byla převzata ze zahraniční studie zabývající se podobnou tematikou stravování u uživatelů heroinu (Alves et al., 2011). V dotazníku byly použity 2 typy otázek – uzavřené a otevřené. V uzavřených položkách měl respondent v nabídce několik možných variant odpovědí. Mohl označit jednu nebo více možností, které se nejvíce přibližovaly jeho názoru. Výhodou těchto typů otázek je snadné vyplnění a následné zpracování, nevýhodou

naopak může být fakt, že respondentovi nevyhovuje možnost výběru odpovědi (Disman, 1999). Otázky otevřené zjišťovaly váhu, výšku, počet dnů, kdy se klient nijak nestravuje a v poslední otázce byla možnost doplnit doporučení, co by se v potravinovém servisu daného zařízení mělo změnit.

Otázky byly sestaveny tak, aby svou náročností vyhovovaly cílové skupině respondentů s ohledem na jejich zdravotní stav a časovou náročnost při vyplňování dotazníku či případnou intoxikaci.

Po obsahové stránce byl dotazník rozdělen do tří částí. V úvodu dotazníku se nachází otázky zaměřené na základní demografické údaje týkající se respondenta (pohlaví, věk, aktuální váha, výška, informace týkající se zaměstnání a bydlení). Druhá část obsahuje otázky zaměřené na užívání návykové látky (druh, forma, frekvence, zda pije alkohol a kouří). Třetí část se sestává z otázek, týkajících se problematiky stravování. Otázky jsou zaměřeny na frekvenci jednotlivých složek potravy, chuť, kolik klient investuje do stravy, změny ve stravování a spokojenost s nutričním servisem v daném zařízení.

6.2.2 Nominace výzkumného souboru

V dotazníkovém šetření byla výběrovým kritériem klientova návštěva kontaktního centra v Brně, Břeclavi, Hodoníně a Kyjově.

Dotazník byl vyplňován buď za pomoci výzkumníka, či za pomoci pracovníků zařízení. Za vyplněný dotazník byla každému respondentovi přislíbena odměna v podobě müsli tyčinky (také jako částečná motivace).

6.2.3 Metody analýzy dat

Dotazníky byly vyhodnoceny manuálně, výsledky byly přepočteny na procenta a pro porovnání byly zaneseny do tabulek a grafů v programech MS Excel a MS Word.

6.3 Průběh výzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo realizováno v měsících květen – červenec 2012. Sběr dat probíhal dvěma způsoby. V Brně a Břeclavi šetření probíhalo opakovanými návštěvami kontaktních center a dotazníky byly vyplňovány s pomocí výzkumníka. V Hodoníně a Kyjově si je na vlastní žádost vyplnili s klienty sami pracovníci kontaktního centra.

Během vyplňování byl vždy přítomen buď výzkumník či poučený pracovník zařízení pro zodpovězení jakýchkoli dotazů. Návratnost dotazníků byla 100%.

6.4 Výzkumný soubor

Dotazník vyplnilo celkem 88 respondentů. Tabulka č. 2 zobrazuje rozložení respondentů v jednotlivých kontaktních centrech. Nejvyšší zastoupení mělo kontaktní centrum v Brně, kde bylo dotazováno celkem 19 mužů a 11 žen, dále potom Hodonín, kde dotazník vyplnilo 13 mužů a 10 žen, v Kyjově činil počet respondentů 22, z toho 13 mužů a 9 žen a v Břeclavi bylo 13 vyplňujících, tedy 6 mužů a 7 žen.

Jak lze vidět vyšší zastoupení měli muži s počtem 51 mužů, oproti 37 ženám. Procentuálně tvořil celkový počet žen 42 % a počet mužů 58 %.

Tabulka č. 2 Rozložení respondentů v jednotlivých kontaktních centrech

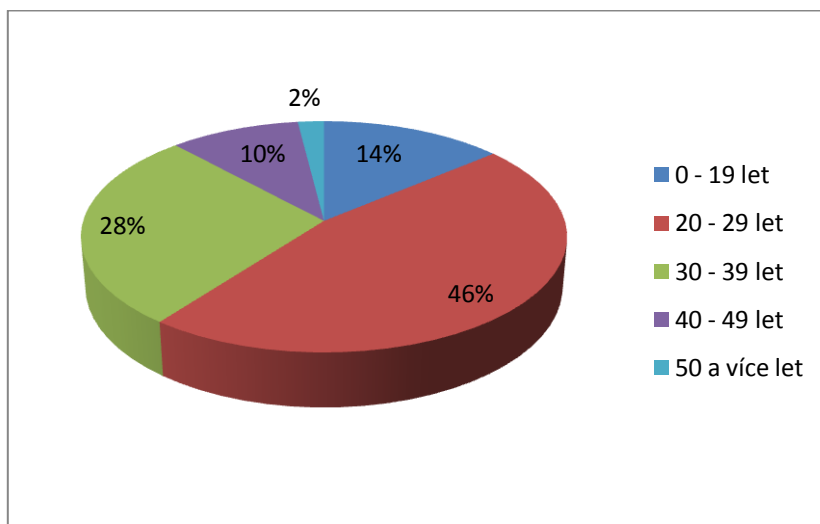
<i>Název zařízení</i>	Počet respondentů		
	Ženy	Muži	Celkem
<i>KC Brno</i>	11	19	30
<i>KC Břeclav</i>	7	6	13
<i>KC Hodonín</i>	10	13	23
<i>KC Kyjov</i>	9	13	22
<i>Celkem</i>	37	51	88

6.4.1 Věkové složení respondentů

Věk respondentů byl rozdělen do pěti kategorií. Nejnižší kategorie se týkala věkového rozpětí 0 – 19, následuje věková kategorie 20 – 29, dále 30 – 39, 40 – 49 a 50 a více.

Graf č. 1 zobrazuje procentuální zastoupení respondentů rozdělených dle věkových skupin. Nepočteněji zastoupenou skupinou byli u obou pohlaví respondenti ve věkové kategorii 20 – 29 let, nejméně početnou byla poslední věková kategorie 50 a více, ve které se nacházeli 2 respondenti.

Graf č. 1 Věkové složení respondentů



7. Etické normy a otázky výzkumu

Během výzkumného šetření byly dodrženy a respektovány veškeré etické náležitosti výzkumu. Dotazník předložený respondentům byl zcela anonymní. Respondenti byli před vyplněním seznámeni s účely dotazníkového šetření, se způsobem jeho vypracování a ujištění o naprosté anonymitě. Po celou dobu administrace dotazníků jsem byla přítomna tak, abych mohla zodpovědět případné dotazy a nejasnosti.

Taktéž byla zachována naprostá důvěrnost všech shromážděných údajů, které byly použity výhradně pro účely práce.

8. Výsledky

Následující kapitola prezentuje výsledky výše popsaného dotazníkového šetření, které jsou členěny do podkapitol odpovídající jednotlivým výzkumným otázkám. Většina výsledků je uspořádána do tabulek či grafů, které budou následně komentovány v textu. Pro lepší přehlednost je kurzívou zobrazeno přesné znění otázek včetně odpovědí vztahující se k dané výzkumné otázce. Po výsledkové části následuje kapitola diskuse a závěr, ve které budou rozebrány souvislosti či interpretace.

Při zpracování dotazníků byl zvolen vlastní postup vyhodnocení. Pro zjištění stravovacích zvyklostí bylo proto potřeba přistupovat ke každému dotazníku individuálně.

Respondent měl na výběr z 11 možností návykových látek. Pokud respondent užíval jinou drogu mimo varianty, mohl tuto skutečnost doplnit, ovšem těchto 11 variant nebylo při zpracování bráno v potaz, nýbrž byly návykové látky pro lepší přehlednost rozděleny do skupin dle svého účinku a nejméně početné skupiny návykových látek byly spojeny v kategorii s názvem „jiné“. Sem byly zařazeny látky: toluen, sedativa a analgetika. Tabulka č. 3 zobrazuje četnost jednotlivých skupin drog.

Tabulka č. 3 Skupiny návykových látek

Skupina NL	Četnost (v %)
Stimulancia	49 %
Konopné drogy	29 %
Opioidy	8 %
Halucinogeny	8 %
Jiné	7 %

Další postup, který není zcela stejný u všech výzkumných otázek, je u jednotlivých kapitol podrobně rozebrán.

8.1 Výzkumná otázka č. 1

Jak se liší míra zdravého stravování a pitného režimu mezi uživateli jednotlivých typů drog? Ke zjištění stravovacích zvyklostí byl použit již zmíněný dotazník (viz. Příloha č. 1). Byly hodnoceny tyto otázky:

Kolikrát denně jíte?

Jak často do svého jídelníčku řadíte zeleninu?

Jak často do svého jídelníčku řadíte ovoce?

Jak často do svého jídelníčku řadíte mléko a mléčné výrobky?

Řadíte do svého jídelníčku sacharidy /chléb, pečivo, rýži, těstoviny apod./?

Jak často jíte maso?

Jak často si vaříte?

Jak často jíte cukrovinky a sladká jídla?

Jak často jíte jídla a potraviny z rychlého občerstvení (fast - food)?

V této skupině se vyskytují 2 druhy otázek. Na otázku zjišťující počet jídel za den lze odpovědět:

Jednou

Dvakrát

Třikrát

Čtyřikrát

Pětkrát a víc

U dalších otázek má respondent na výběr z 6 odpovědí:

1krát denně

2-3krát denně

3-4krát týdně

1-2krát týdně

1- 2krát do měsíce

Vůbec

Pro vyhodnocení stravovacích zvyklostí jsem použila otázky 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 (dotazník v příloze č. 1). Na základě zjištěných údajů byly jednotlivé otázky týkající se této problematiky obodovány. Byla zvolena jednotná stupnice 1 - 3, kde čísla představují kladné hodnoty. To znamená, že odpovědi nejvíce vyhovující dobrým stravovacím návykům (konzumace 3 – 4krát za týden či 1 – 2 krát za týden a denní frekvence jídel 3 – 4 za den) byly ohodnoceny 3 body. Naopak za ne zcela vyhovující stravovací návyky (složka potravy za 1 – 2x do měsíce či vůbec) byl otázce přidělen 1 bod, stejně tak 1 bod připadl za stravování 1x či 2x denně. 2 body byly přiděleny za týdenní konzumaci určitého druhu potravin (3 – 4krát za týden či 1 – 2 krát za týden) a denní frekvence 3 – 4 jídla. Poslední dvě otázky zaměřené na konzumaci sladkostí a jídla typu fast - food byly bodovány opačným způsobem. Za nízkou konzumaci potravin z těchto skupin respondent získal 3 body, naopak za častou konzumaci dostal 1 bod.

Výsledek byl stanoven součtem těchto otázek. Po součtu všech bodů bylo tedy možné získat nejméně 9 bodů a nejvíce 27. Byl zvolen rozptyl udávající počet bodů v jednotlivých kategoriích. V první kategorii, nazvané jako nedostatečně zdravé stravovací návyky se nachází bodové rozmezí 9 – 14 bodů, ve druhé skupině s názvem zhoršené stravovací návyky byly zařazeny dotazníky s výsledným rozptylem 15 – 20 bodů a ve třetí kategorii nazvané dobré stravovací návyky se budou nacházet body 21 – 27 (tabulka č. 4).

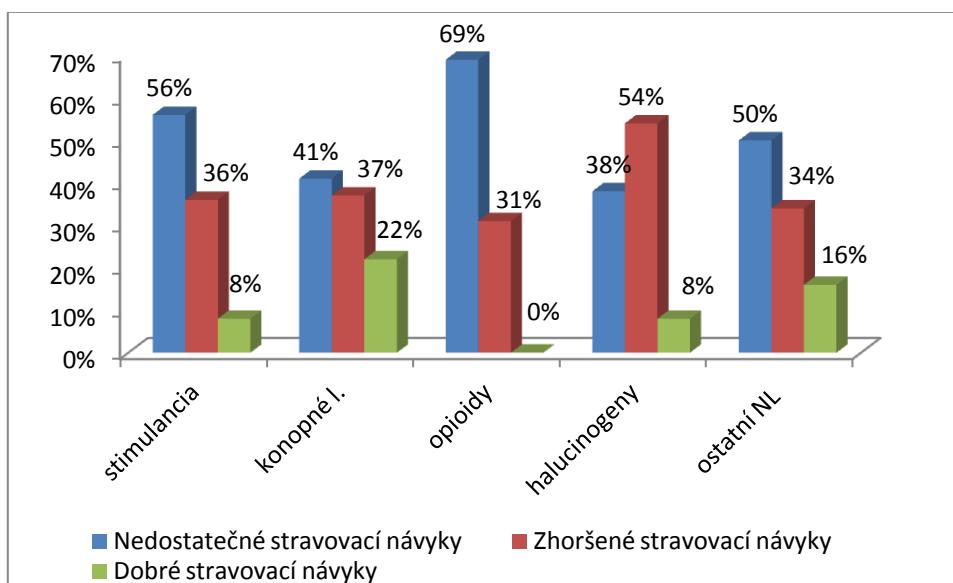
Tabulka č. 4 Rozdělení míry zdravého stravování

Nedostatečně zdravé stravovací návyky	Zhoršené stravovací návyky	Dobré stravovací návyky
9 – 14 bodů	15 – 20 bodů	21 - 27

Při rozdělení respondentů do jednotlivých kategorií se dozvídáme, že u téměř u všech skupin návykových látek převládá trend nedostatečně zdravých stravovacích návyků. Z grafu č. 2 je možné vyčíst, že nejméně vyhovující stravovací návyky se vyskytují u respondentů užívající návykové látky opiátového typu. Ovšem množství těchto respondentů není početně srovnatelné s ostatními skupinami respondentů. U prvních a tedy převládajících dvou skupin uživatelů stimulancií a konopných drog je zřetelná

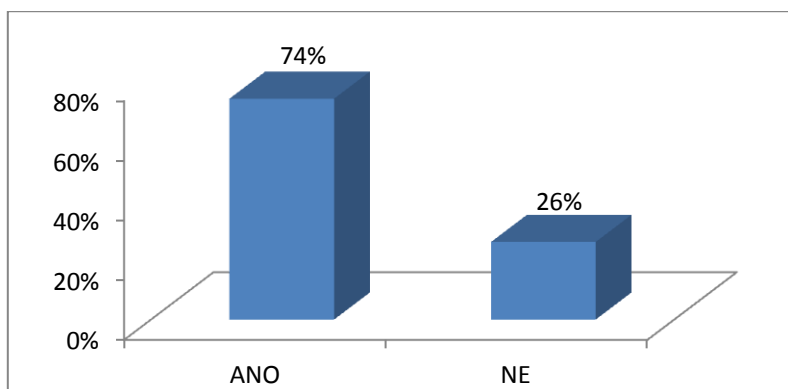
jistá odlišnost. Uživatelé stimulancií jsou na tom se stravovacími zvyklostmi podstatně hůře, než je tomu u skupiny konopných drog, u kterých se vyskytují dobré stravovací zvyklosti pouze u necelé čtvrtiny respondentů. U ostatních uživatelů jsou dobré stravovací návyky nižší, u uživatelů opioidních návykových látek nulové, ale to může být způsobeno, jak již bylo řečeno, nedostatečným počtem respondentů této skupiny.

Graf č. 2 Rozdělení zdravotní u jednotlivých skupin návykových látek



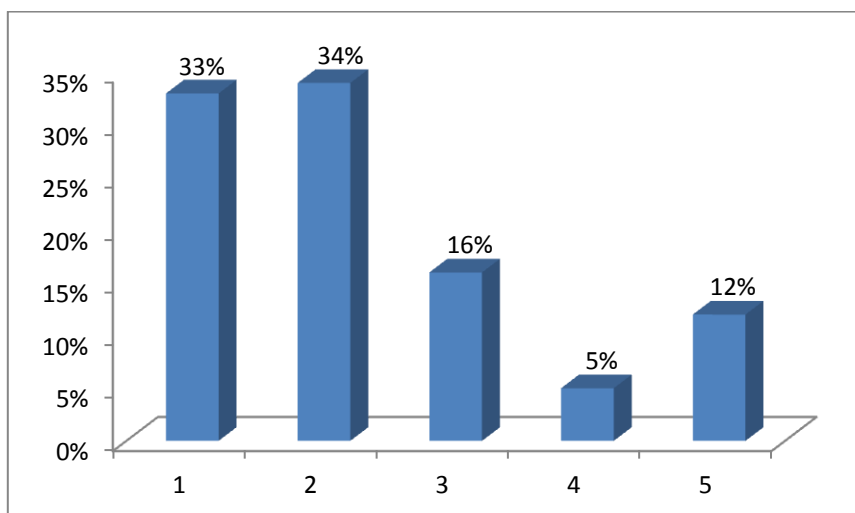
Otázka č. 12 zjišťuje počet dnů, kdy se respondent nestravuje. Celkový výsledek tohoto zjištění znázorňuje graf č. 3. Je alarmující, že téměř 3/4 respondentů, tedy 74 % uvedlo, že jsou někdy dny, kdy nepřijímají žádné živiny. Pokud respondent označil odpověď ano, měl možnost doplnit počet dnů jdoucích za sebou, kdy se nestravuje.

Graf č. 3 Dny, kdy se respondent nestravuje



Graf č. 4 znázorňuje počet dnů, kdy se respondenti nestravují. Nejčastěji se vyskytující odpovědi, kterou doplnilo 21 respondentů (34 %), byly 2 dny. 20 respondentů (33 %) odpovědělo, že se nestravují 1 den, u 10 respondentů se vyskytuje hladovění v délce tří dnů a u 3 respondentů jsou to 4 dny. Je alarmující, že 7 respondentů nepřijímá žádné živiny v délce přesahující 5 dnů. Nejvyšší počet dnů, který se v dotaznících objevil, dosahoval doby 7 dnů jdoucí za sebou. Průměrná vypočítaná hodnota se pohybuje okolo **2,7 dnů**.

Graf č. 4 Rozdělení dnů, které se respondent nestravuje



K vhodným stravovacím návykům také neodlučitelně patří denní příjem dostatečného množství nealkoholických tekutin. Všechny stupnice pro hodnocení stravovacích návyků i příjmu tekutin byly vytvořeny v souladu s doporučeními WHO (2003). Zde respondent odpovídal na otázku:

Kolik tekutin denně vypijete? (nealkoholické nápoje)

Odpovědět mohl jednou ze 4 možných odpovědí:

0 – 0,5 l tekutin/den

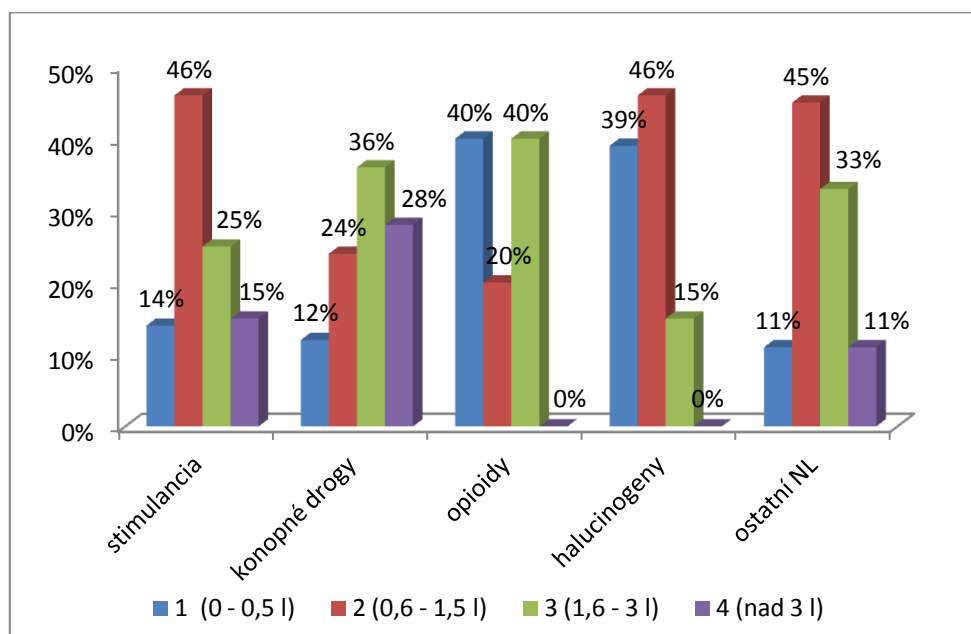
0,6 – 1,5 l tekutin/den

1,6 – 3 l tekutin/den

Nad 3 l tekutin/den

Stejně jako u stravovacích návyků, i zde byla použita bodovací stupnice, nyní ovšem od 1 do 4. Nejnižší bod značí nedostatek tekutin přijatých za den a rovná se příjmu 0 – 0,5 l tekutin za den, 2 body byly přiděleny za příjem 0,6 l - 1,5 litru tekutin, 3 body byly uloženy za 1,6 – 3 litry za den a 4 body připadly za více než 3 litry tekutin za den. Srovnání přijatých nápojů u uživatelů jednotlivých skupin návykových látek je uvedeno v následujícím grafu č. 5.

Graf č. 5 Příjem tekutin



Z výsledků vyplývá, že respondenti užívající stimulancia, opioidy a ostatní návykové látky se nejčastěji denní příjem tekutin pohybuje pod hodnotami 1,5 litru a to u tří čtvrtin z každé skupiny. U uživatelů konopných drog lze pozorovat zvýšený příjem tekutin a to zejména ve 3. bodové kategorii, kde respondent uvádí vypítí 1,6 – 3 litrů tekutin za den. Tento příjem obecně odpovídá standardním nutričním doporučením týkající se adekvátního množství denního příjmu tekutin. Poslední kolonku, kde je uveden příjem 3 litrů tekutin, zaškrtnulo pouze 28 % uživatelů konopných drog, 15 % uživatelů stimulancií, 11 % z kategorie ostatních drog. U uživatelů halucinogenů a opiátů nezaškrtnl tuto možnost nikdo ze zúčastněných.

8.2 Výzkumná otázka č. 2

Souvisí BMI s typem užívané návykové látky?

BMI neboli Body Mass Index zjišťuje míru tělesné hmotnosti vzhledem k výšce respondenta. Hodnoty, které byly získány na základě odpovědí otázek 2 a 3 byly vypočítány pomocí následujícího výpočtu:

$$\text{BMI} = \text{hmotnost v kg} / \text{výška v m}^2$$

Stupnice BMI je podle WHO (2012) rozdělena dle hodnot na podváhu, normální hmotnost, nadváhu a obezitu I. – III. stupně. Pro potřeby této bakalářské práce jsem si tuto škálu dovolila upravit tak, aby lépe odkryla váhové rozmezí uživatelů drog. Hodnocení pro podváhu 18,5 zůstává stejné, ovšem rozmezí normální hmotnosti, které je dle WHO uvedeno od 18,5 – 24,9, se zdálo vzhledem k nižším váhovým výsledkům respondentů příliš široké, a proto byla tato kategorie rozdělena na 2 skupiny. Kategorie s hodnotovou stupnicí od 18,5 – 20,9 byla označena jako hraniční hmotnost, která je na pokraji podváhy a výsledné hodnoty od 21 – 24,9 byly zařazeny do skupiny optimální hmotnosti. Další rozdělení, obezita I – III. stupně, byla spojena v jednu pro téměř nulové výsledky v těchto kategoriích. Pro přehlednost toto rozdělení uvádím v tabulce č. 5.

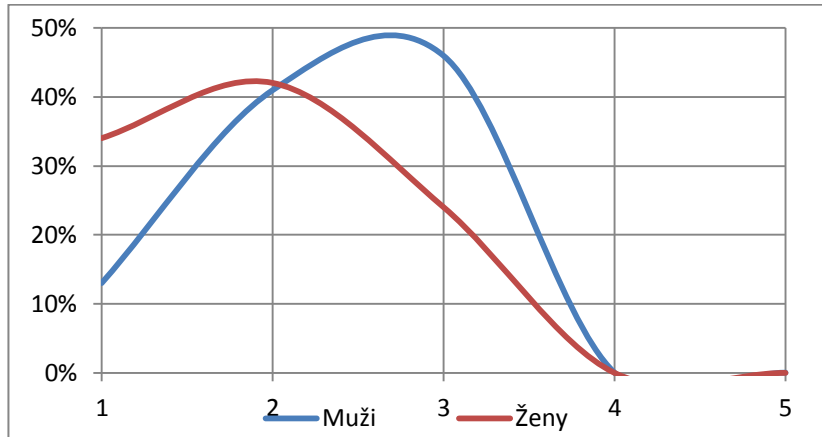
Tabulka č. 5 Hodnoty BMI 2

Kategorie	Hodnota	Klasifikace
1	pod 18.5	Podváha
2	18.5 -20.9	Hraniční hmotnost
3	21.0 – 24.9	Optimální hmotnost
4	25.0 - 29.9	Nadváha
5	30.0 a více	Obezita I. – III. stupně

Na základě výsledných hodnot BMI byli respondenti rozděleni do těchto kategorií. Jednotlivé skupiny návykových látek budou v grafech znázorněny jednotlivě a srovnány dle pohlaví.

8.2.1 Stimulancia

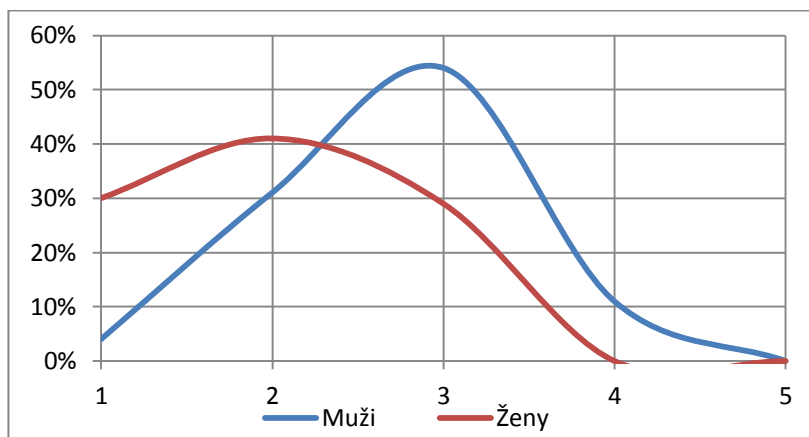
Graf č. 6 Srovnání BMI u uživatelů stimulancií dle pohlaví



Jak lze pozorovat z grafu č. 6, křivky BMI se u mužů a žen užívající stimulancia liší. Nejpočetnější zastoupení žen užívající tuto skupinu návykových látek se vyskytuje ve druhém bodě značící hraniční hmotnost (42 %), které se téměř rovná procentuelní hodnotě u mužů, která v tomto bodě dosahuje 41 %. Téměř polovina mužů (46 %) vykazuje optimální hmotnost. Výrazný rozdíl lze pozorovat u bodu prvního znamenající malnutrici. Ženy zde vykazují znatelně vyšší převahu, která dosahuje hodnoty 34 % oproti 13 % mužů. Nadváha či obezita se nevyskytuje u žádného respondenta.

8.2.2 Konopné drogy

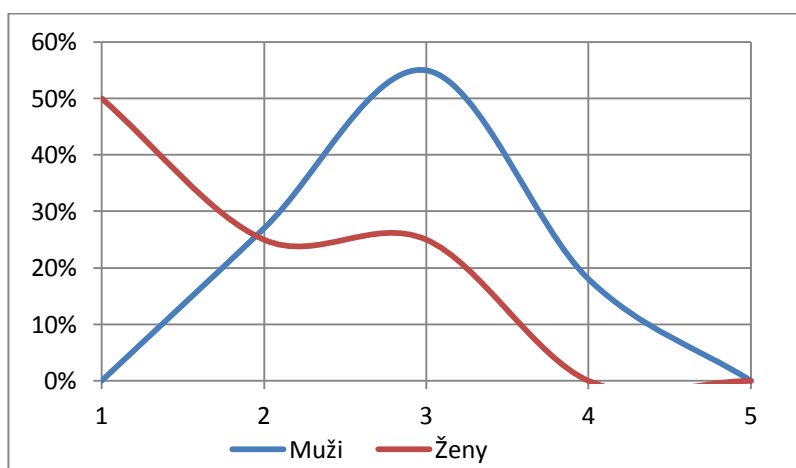
Graf č. 7 Srovnání BMI u uživatelů konopných drog dle pohlaví



U respondentů užívající konopné látky lze pozorovat podobné odlišnosti jako v předešlém grafu. Graf č. 7 zobrazuje například výrazný rozdíl v prvním bodě vykazující podváhu u respondentů. Zde hodnoty dosahují u žen 30 %, kdežto u mužů se podváha vyskytuje pouze u 4 % respondentů. Stejně jako u uživatelů stimulancií je nejpočetnější zastoupení žen u druhého bodu, kde hodnoty dosahují 41 %, muži mají nejpočetnější zastoupení v kategorii optimální hmotnosti (54 %). U respondentů užívající marihuanu byla zaznamenána také nadváha a to u 11 % mužů.

8.2.3 Opioidy

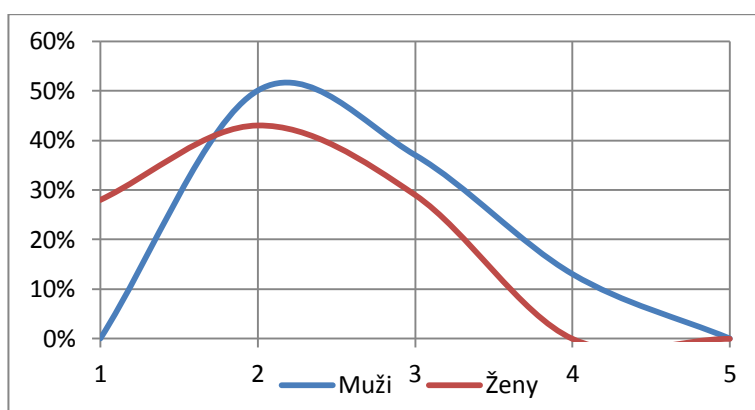
Graf č. 8 Srovnání BMI u uživatelů látek opiátového typu dle pohlaví



Jak lze pozorovat z grafu č. 8, křivky mužů a žen užívající látky opiátového typu se výrazně liší. Největší rozdíl mezi pohlavími lze pozorovat u prvního bodu. Podvážou zde trpí polovina dotazovaných žen oproti mužům, u kterých se malnutrice ani v jednom případě neobjevila. Nejvyšší hodnoty vykazují muži v bodě 3 (55 %), který značí optimální hmotnost, jež se vyskytuje pouze u 25 % žen. Hraniční hmotnost dosahuje 27 % mužů a 25 % žen. Nadváha se vyskytuje u 18 % mužů.

8.2.4 Halucinogeny

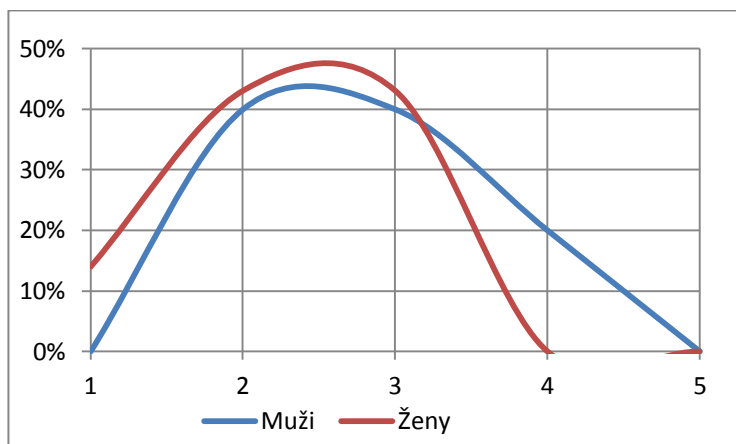
Graf č. 9 Srovnání BMI u uživatelů halucinogenů dle pohlaví



U křivek znázorňující BMI u respondentů užívající halucinogeny (graf č. 9) lze pozorovat podobný rozptyl pohlaví u prvního bodu. Do sekce podváhy tedy spadá téměř 30 % žen, ale ovšem žádný muž. Nejpočetnější zastoupení je stejně jak u žen, tak u mužů v oblasti hraniční hmotnosti, kde se vyskytuje 50 % žen a 43 % mužů, Optimální hmotnost vykazuje 37 % mužů a 29 % žen a nadváha se v tomto případě objevuje u 13 % respondentů mužského pohlaví.

8.2.5 Ostatní návykové látky

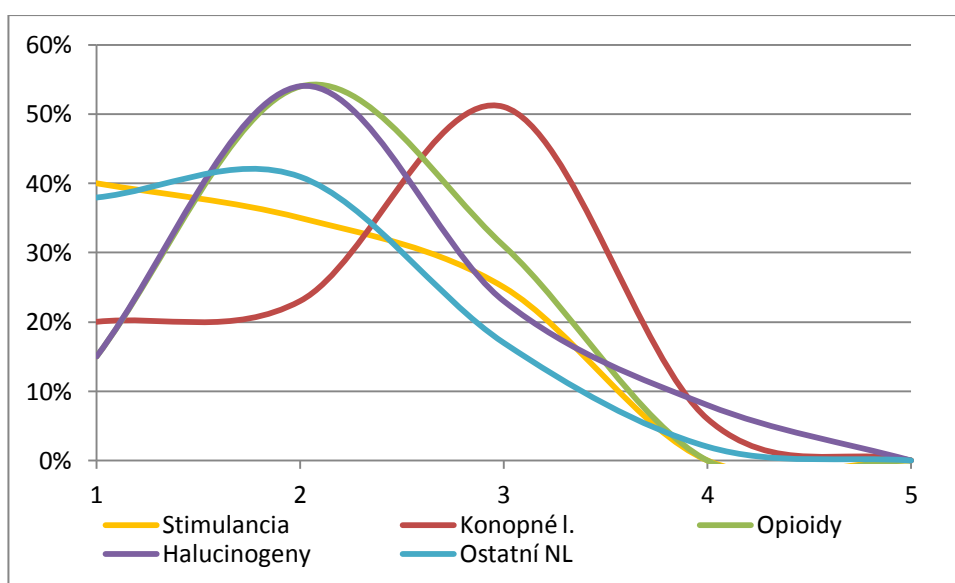
Graf č. 10 Srovnání BMI u uživatelů ostatních návykových látek dle pohlaví



V grafu č. 10 lze pozorovat přibližně podobný průběh křivky jak u mužů, tak u žen. Malnutricí v tomto případě trpí 13 % žen, u mužů podváha zaznamenána nebyla. U mužů i u žen byly nejvyšší hodnoty, převážně 40 %, zaznamenány ve druhém a třetím bodě (hraniční a optimální hmotnost), u 20 % mužů byla zaznamenána nadváha.

8.2.6 BMI všech skupin návykových látek

Graf č. 11 BMI všech skupin návykových látek



Srovnáme-li všechny skupiny návykových látek nehledě na pohlaví, zjišťujeme výrazné odchylky v jednotlivých typech návykových látek. Na první pohled je patrné, že nejpočetněji zastoupenou skupinou u většiny skupin látek je druhý bod, který značí hraniční hmotnost mezi podváhou a optimální hmotností. U uživatelů opiátů a halucinogenů se shodně vyskytuje v 54 %, u skupiny s názvem ostatní návykové látky se vyskytuje ve 41 %. U respondentů užívající stimulancia se vyskytuje výrazněji sestupná křivka oproti ostatním skupinám návykových látek. Znamená to tedy nejvyšší počet respondentů v prvním bodě a vykazuje tak nejvyšší podváhu ze všech skupin návykových látek. Optimální hmotnost se nejčastěji vyskytuje u uživatelů konopí a to u poloviny respondentů z této skupiny. Ostatní skupiny návykových látek vykazují optimální hmotnost přibližně u čtvrtiny respondentů z každé skupiny. Nadváha se objevuje v nepatrném zastoupení pouze u uživatelů konopí, halucinogenů a ostatních návykových látek.

8.3 Výzkumná otázka č. 3

Dochází ke kvalitativním změnám ve stravování v souvislosti s užíváním návykové látky?

V rámci šetření byla na konci dotazníku respondentům položena otázka, zda se u nich vyskytují změny ve stravování, které se před užíváním návykových látek neobjevovaly. Otázka č. 24 měla znění:

Pozorujete na sobě nějaké změny ve stravování od doby, co jste začal užívat?

Respondent měl výběr z několika možností:

Ztráta chuti k jídlu

Zvýšení chuti k jídlu

Snížení hmotnosti

Zvýšení hmotnosti

Žádné změny

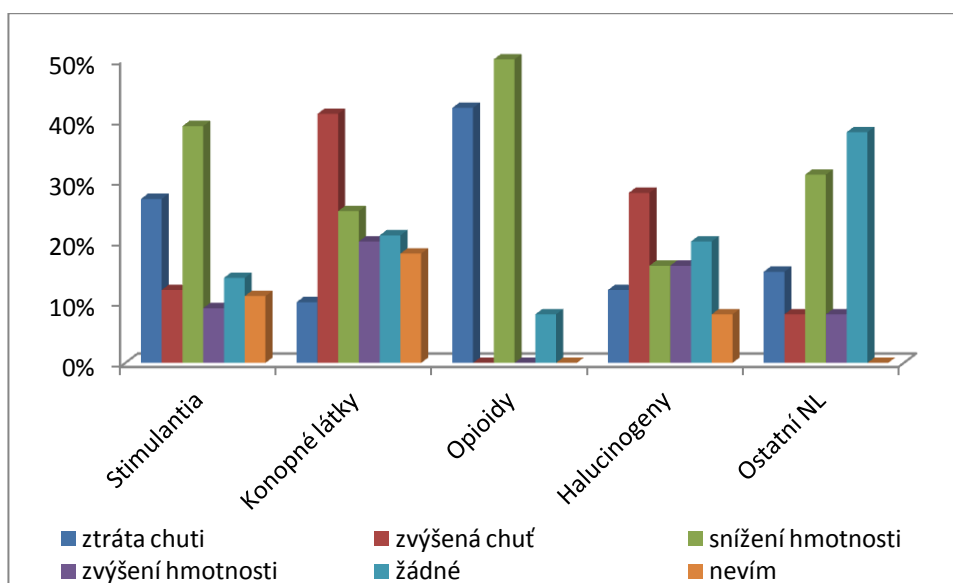
Nevím

Jiné

U poslední možnosti *Jiné* mohl respondent doplnit změnu, která se u něj během užívání v souvislosti se stravováním objevila a ve výběru odpovědí se nevyskytla.

Stejně jako u předchozích otázek i zde byli respondenti nejprve rozděleni do kategorií dle návykových látek, tedy stimulancia, konopné látky, látky opiátového typu, halucinogeny a ostatní návykové látky.

Graf č. 12 Kvalitativní změny ve stravování



Graf č. 12 znázorňuje kvalitativní změny u respondentů týkající se stravování a hmotnosti. Na základě zjištěných údajů vyplývá, že nejvyšší ztrátu chuti pocítují uživatelé opioidů, kteří tuto skutečnost uvedli v 42 % případů. Dalšími v pořadí jsou uživatelé stimulantů, u kterých se ztráta chuti objevuje u 27 % respondentů. U uživatelů zbývajících látek nevykazuje ztrátu chuti více jak 15 % uživatelů. Naopak zvýšená chuť k jídlu byla nejčastěji zaznamenána u respondentů užívajících konopné drogy. U nich se zvýšená chuť vyskytuje u 41 % respondentů. Dále jsou poměrně početnou skupinou uvádějící zvýšenou chuť k jídlu uživatelé halucinogenů, kteří tuto variantu zvolili v 28 % případů.

Snížení hmotnosti v souvislosti s užíváním návykových látek v dotazníkovém šetření uvedlo nejvíce respondentů. Nejpočetněji zastoupenou skupinou, co se snížení hmotnosti týče, se stali uživatelé ze skupiny látek opiátového typu, kde tuto variantu označila polovina z tohoto souboru. U uživatelů stimulantů se úbytek vyskytuje ve 41 %, u skupiny ostatních návykových látek byl potvrzen váhový úbytek v 39 %, čtvrtina (25 %) uživatelů konopných látek a 16 % uživatelů halucinogenů.

Zvýšení hmotnosti respondenti příliš často neuvádějí. Nejvíce ji uvádí uživatelé konopných drog, a to ve 20 %. Dále se vyskytuje u 16 % uživatelů halucinogenů, 9 % stimulantů a 8 % ostatních látek. Respondenti užívající látky opiátového typu zvýšení hmotnosti neuvedli ani v jednom případě.

Kolonku *Jiné* využili pouze 2 respondenti. U jednoho se změna v souvislosti s užíváním drog projevila zvýšenou chutí zaměřenou na mléčné výrobky, druhý účastník uvedl poruchy příjmu potravy.

8.4 Výzkumná otázka č. 4

Jsou respondenti spokojeni s nutričním servisem v kontaktních centrech?

Poslední dvě otázky dotazníkového šetření byly zaměřeny na spokojenost s potravinovým servisem v daném kontaktním zařízení, kde byl výzkum prováděn.

Otázka č. 26 zjišťovala, zda je klient v zařízení spokojen s nutričním servisem. Tato otázka zněla:

Jak hodnotíte potravinový servis v tomto zařízení?

Respondent měl na výběr z těchto odpovědí:

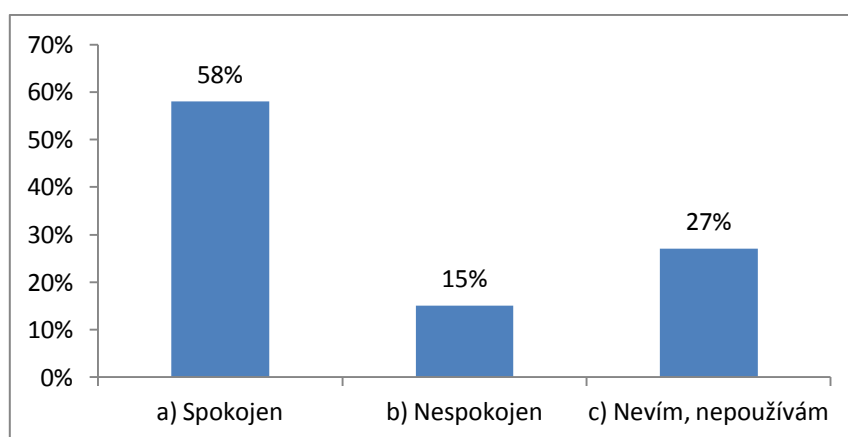
S nutričním servisem jsem spokojený

S nutričním servisem jsem nespokojený

Nevím, nepoužívám ho

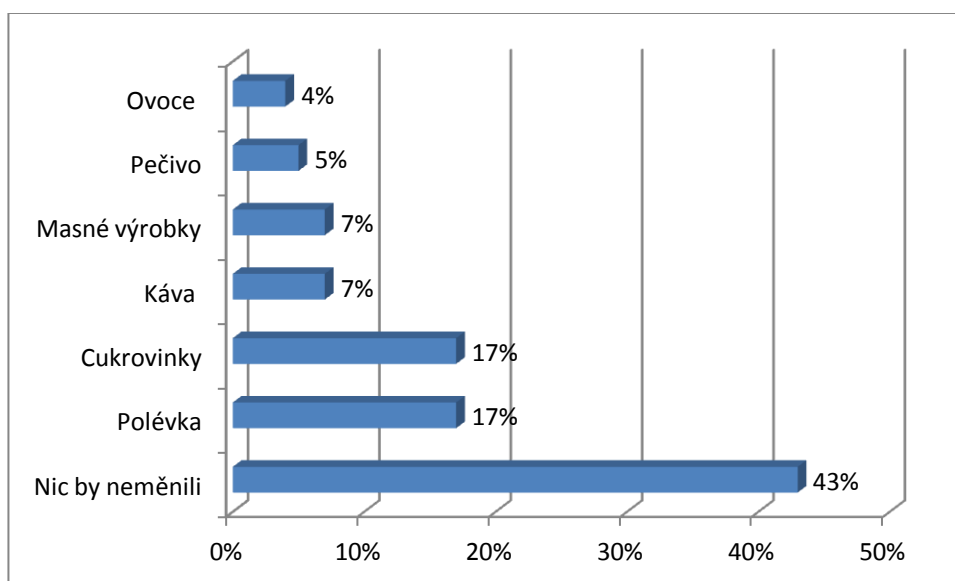
Spokojenost klientů s nutričním servisem daného kontaktního centra je znázorněna v grafu č. 13. Jak je patrné, uživatelé návykových látek jsou ve většině případů s nutričním servisem daného kontaktního centra, spokojeni. Pozitivně jej hodnotila více než polovina respondentů (58 %), 15 % z celkového počtu naopak spokojeni nejsou a 27 % uvedlo, že potravinový servis nevyužívá.

Graf č. 13 Spokojenost s nutričním servisem



Poslední položka dotazníku (otázka č. 27) byla otevřená. Byla zaměřena na respondentova doporučení a bylo možné se zde vyjádřit k tomu, co mu schází v potravinovém servisu kontaktního centra. Celkově odpovědělo 48 účastníků, tedy 55 % zúčastněných. Odpovědi byly podle obsahu rozděleny do několika kategorií. Jednotlivé kategorie jsou uvedeny v grafu č. 14.

Graf č. 14 Spokojenost s nutričním servisem – kvalitativní odpovědi



Jak lze pozorovat nejvíce účastníků (43 %) se shoduje na tom, že nutriční servis by měl zůstat takový jaký je a že by na něm nic neměnili. Na dalších příčkách se umístily shodně s 17 % cukrovinky a znovuoobnovení čínských polévek v zařízení, ve kterých byl jejich výdej zrušen. Zde klienti využívají pouze vitaminového a nápojového servisu. Kávu spolu s masnými výrobky by v kontaktním centru shodně uvítalo 7 % respondentů. 5 % respondentů uvádí, že by v zařízení společně s polévkou uvítali i výdej pečiva. Pouhé 4 % respondentů uvedli, že by si přáli dostávat v kontaktním centru ovoce.

9. Diskuse a závěr

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila stravovací zvyklosti uživatelů drog. I přes to, že se v zahraničí vyskytuje několik málo výzkumných prací zaměřených na toto téma (Forrester, 2006; Santolaria-Fernández et al., 1995; Threlkel, 2010; Alves et al., 2011) v České republice se doposud jedná o poměrně málo výzkumně či prakticky prozkoumanou oblast, a proto k ní nebyla dostupná příslušná odborná literatura či jiné statistické údaje. Výzkumná práce tedy většinou čerpá ze zahraničních výzkumných studií a je doplněna obecnými výživovými doporučeními v České republice.

V teoretické části jsem se pokusila poukázat na specifika stravování, zaměřit se na vztah návykových látek k výživě a seznámit čtenáře s výživovými doporučeními formou výživových tvrzení i potravinové pyramidy. Práce také upozorňuje na stavy způsobené nedostatkem živin vyskytující se u této cílové skupiny osob a popisuje nutriční servis kontaktních center.

Cílem výzkumné části bylo zmapování stravovacích návyků u klientů navštěvujících nízkoprahová kontaktní centra v Brně, Břeclavi, Hodoníně a Kyjově. Průzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Výzkumný soubor obsahoval obě pohlaví s celkovým počtem 88 respondentů, z toho 51 mužů a 37 žen. Na základě vyhodnocených odpovědí z dotazníku byly zodpovězeny výzkumné otázky.

Budeme-li se zabývat první výzkumnou otázkou, která zkoumá stravovací zvyklosti, setkáme se s výsledky poukazujícími na to, že zkoumaná skupina se nestravuje v souladu s výživovými doporučeními, což potvrzují i zahraniční studie (Forrester, 2006; Alves et al., 2011). Na základě bodového skóre vytvořeného pro účely práce bylo zjištěno, že se u tří z pěti skupin návykových látek vyskytují, více než v 50 %, nedostatečné stravovací návyky. Ve výsledcích se objevily významné rozdíly v kvalitě stravování mezi jednotlivými skupinami návykových látek a nízké bodové skóre vykazující špatné stravovací návyky, obzvláště se vyskytující u uživatelů opiátů, stimulancií a halucinogenů. Nevhodné návyky při stravování se odráží zejména v nepravidelnosti ve stravě a nevyvážené skladbě jídelníčku. To lze pozorovat zvláště v nedostatku důležitých složek potravy, jako jsou ovoce, zelenina, celozrnné a mléčné výrobky

a naopak i nadbytek tělu neprospěšných až nevhodných potravin, například tučné maso, jídla z rychlého občerstvení a cukrovinky. Je znepokojující, že dobrých stravovacích návyků nedosahuje ani čtvrtina z každé skupiny uživatelů návykových látek. Nejpočetnější zastoupení dobrých stravovacích návyků bylo zaznamenáno u uživatelů konopných látek a to pouze ve 22 %. Zhoršené stravovací zvyklosti se objevují přibližně u 36% z každé skupiny, u uživatelů halucinogenů přesahuje počet polovinu respondentů. Bylo také zjištěno, že se u 74 % zúčastněných vyskytují dny, kdy nepřijímají žádné živiny. Průměrná hodnota byla vypočítána na 2,7 dne. Nabízí se otázka, co přesně je příčinou nedostatečných stravovacích zvyklostí u uživatelů drog? Dovolím si tedy diskutovat o tomto jevu.

V teoretické části jsem poukázala na principy, které se mohou uplatňovat v životě uživatele drog. Mezi hlavními stojí změna životního stylu v souvislosti s počátkem drogové kariéry, které vedly ke ztrátě zájmů ve všem včetně jídla. Samotná specifiky stravy vycházejí nepochybně také z prostředí, ve kterém se uživatelé drog pohybují. Jejich nejčastějším útočištěm je ulice, na které jsou prostředky k dosažení dobré stravy prakticky nulové. Rovněž se na struktuře stravování podílí i vliv samotné návykové látky, která buď stimuluje či popírá chuť k jídlu (Marečková et al, 2007; Svobodová, Václavík, 2006). Respondenti užívající konopné látky vykazují oproti jiným skupinám návykových látek zvýšené skóre a lze říci, že se u nich vyskytují lepší stravovací návyky než u ostatních skupin drog. Tento fakt nemusí ovšem znamenat, že by tito klienti oproti jiným žili zdravěji, domnívám se proto, že tento výsledek souvisí s charakterem konopné látky, která právě stimuluje chuť k jídlu, a proto se u těchto respondentů může objevovat například vyšší frekvence potravin.

Dobré stravovací návyky jsou současně spjaty s vhodným příjmem tekutin. Bylo zjištěno, že pro vhodné fungování organismu je zapotřebí vypít minimálně 1,5 litru tekutin, optimální pitný režim se pohybuje okolo 2 – 2,5 l tekutin (Svačina, 2008). Mým předpokladem u této otázky byl nižší příjem tekutin, což se potvrdilo u tří z pěti skupin návykových látek. Druhou kategorií, tedy příjem 0,6 – 1,5 l tekutin za den vykazuje téměř polovina respondentů ze skupiny stimulancií, halucinogenů a skupiny ostatních návykových látek. Překvapivá je nejčastěji se vyskytující odpověď u uživatelů konopí a opiátů, kde 36 % a 40 % uvedlo, že za den vypijí doporučené množství tekutin, tedy 1,6 – 3 l tekutin.

Druhá výzkumná otázka zkoumá stav BMI u uživatelů drog. Stupnice BMI byla pro potřeby mé bakalářské práce upravena tak, aby specifikovala váhový rozptyl uživatelů drog. Změna ve stupnici, definovaná dle WHO (2012), znamenala pouze rozdělení kategorie normální hmotnosti na nižší a vyšší hodnotový stupeň. Poté bylo posuzováno BMI jednotlivých skupin návykových látek dle pohlaví. Na základě výsledků bylo zjištěno, že ženy vykazují mnohem nižší hodnoty BMI než muži. Nejpočetněji zastoupenou kategorií uživatelů tvořila skupina označená jako hraniční hmotnost, tedy nižší hodnotový stupeň normální hmotnosti, kde se uživatelky pohybují shodně okolo 40 %. Malnutrice se objevuje u více než čtvrtiny uživatelů z každé skupiny návykových látek a u poloviny žen užívající látky opiátového typu. Zde je ovšem nutné vzít v úvahu menší výzkumný vzorek, jelikož je žen užívajících opiáty méně než u ostatních skupin. Muži naopak vykazují nejčastěji optimální hmotnost a to u čtyř z pěti skupin návykových látek. Hlavním důvodem takového rozdílu mezi muži a ženami může být více. Je třeba zohlednit jiné tělesné dispozice mužů i žen. Za zmínku stojí i fakt, že ženy často trpí jinou představou o sobě samé a mnohem častěji se u nich vyskytují poruchy příjmu potravy, které mohou být buď následkem či samotnou příčinou užívání návykové látky. Srovnáme-li Body Mass Index u jednotlivých druhů návykových látek bez diferenciací pohlaví, zjišťujeme, že vrchol křivky se nachází u 4 z 5 návykových látek u druhého bodu a značí u většiny respondentů hraniční hmotnost. Pouze u účastníků konopných látek byla zaznamenána nejvyšší účast v kategorii optimální hmotnosti.

Hodnoceny byly rovněž kvalitativní změny ve stravování, které vznikly v souvislosti s užíváním návykových látek. U jednotlivých skupin návykových látek lze pozorovat značné odlišnosti. Signifikantně uváděnou změnou vyskytující se ve stravování v souvislosti s užíváním drog je dle respondentů snížení hmotnosti, která se nejčastěji objevuje u uživatelů látek opiátového typu, u kterých se vyskytují v 50 % a stimulancií (41 %). U ostatních skupin ztrátou hmotnosti netrpí více než 15 % účastníků. Zvýšení hmotnosti v souvislosti s užíváním drog uvádí nejvíce uživatelé konopných látek a to ve 20 %, u ostatních skupin návykových látek se tato možnost vyskytuje maximálně u 16 % účastníků. Dalším významným vyskytujícím se faktorem je ztráta chuti, kterou uvádí 42 % uživatelů opioidních látek a 27 % uživatelů stimulancií.

Posuzována byla také spokojenost s nutričním servisem na základě subjektivního hodnocení respondentů. Bylo zjištěno, že více než 58 % zúčastněných uvádí spokojenost s potravinovým servisem, 15 % se servisem spokojeno není a zbývajících 27 % servis nevyužívá. U otázky, kde byla možnost vyjádřit se, co postrádají v potravinovém servisu, téměř polovina respondentů uvedla spokojenost se servisem a názor, že by měl zůstat neměnný. Dále uvedli zavedení polévek tam, kde byl výdej zrušen, a podávání kávy, cukrovinek, masa, pečiva a ovoce.

Tato práce může být přínosem nejen pro pochopení problematiky stravovacích zvyklostí u uživatelů drog, ale může stát také podkladem pro další výzkumy na stejné nebo příbuzné téma či případné srovnání s ostatními kraji v České republice a v zahraničí. Na základě této práce by v budoucnu rovněž bylo možné navrhnout nutriční intervence či zlepšení poskytovaných potravinových servisů v nízkoprahových kontaktních centrech.

V této problematice vidím osobně velký potenciál. Kvalita stravovacích návyků může být důležitým faktorem ovlivňujícím zdravotní stav uživatele drog. Správné stravování totiž nepřináší jen pocit sytosti, ale slouží především jako prostředek ke zlepšení jak psychického, tak fyzického stavu. Pro uživatele navštěvující kontaktní centra je důležité nejen pro svoji energickou hodnotu, ale má vliv i na správné hojení ran (Grofová, 2008), které se u těchto klientů v důsledku podvýživy často vyskytují v podobě zánětů žil (abscesy a flegmony) (Forrester, 2006). Zásady zdravé výživy by měly proniknout právě k nim prostřednictvím alespoň základních nutričních programů a intervencí. Klienti by tak mohli mít přístup k informacím a doporučení o zdravé výživě a mohli by být upozorňováni na důsledky nedostatečného stravování v souvislosti s oslabeným organismem vlivem návykových látek.

10. Použitá literatura

Achermann, S. (2008). Vitamin C. Retrieved 30, June 2012 from:
<http://www.eesom.com/go/6G78K8I2ZBKTNPCC5TXOIU21FHTN246A>

Alves, D., Costa, A. F., Custódio, D, Natário, L., Ferro – Lebres,V. & Andrade F. (2011). Housing and employment situation, body mass index and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment. Heroin addiction & Related clinical Problems, 13(1), 11-14. Retrived 3, July 2012 from
[http://www.europad.org/journal/2011/Alves%20et%20al%2013\(1\)2011.pdf](http://www.europad.org/journal/2011/Alves%20et%20al%2013(1)2011.pdf)

Beňo, I. (2001). Nauka o výžive, fyziologická a liečebná výživa. Vrútky: NADAS.

Blattná, J., Dostálová, J., Perlín, C., Tláskal, P. (2005). Výživa na začátku 21. století. Praha: Společnost pro výživu, Nadace NutriVIT.

Brázdová, Z. (1995). Výživa člověka aneb čtení o lidech... a o jídle. Vyškov: Vysoká vojenská škola pozemního vojska - Fakulta ekonomiky obrany státu.

Disman, M. (1999). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Nakladatelství Karolinum

Dugdale, D. C. (2010). Diet and substance abuse recovery – Overview. Retrieved 26, June 2012 from
<http://www.umm.edu/ency/article/002149.htm#ixzz1yq6rTNsxReviewed> last on: 3/18/2010

Drogová poradna Sdružení podané ruce. (2009). Dehydratace. Retrieved from 6., July 2012 from <http://www.extc.cz/dehydratace.html>

Fajfrová, J. (2011). Vitaminy a jejich funkce v organismu. Interní Medicína pro praxi. 13(12), 466–468. Retrived 2, July 2012 from <http://www.solen.cz./pdfs/int/2011/12/02.pdf>

Forrester, J. (2006). Nutritional Alterations in Drug Abusers With and Without HIV. American Journal of Infectious Diseases, 2(3), 173-179. Retrieved 30, June 2012, from National Center for Biotechnology Information website: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820890/?tool=pubmed>

Fraňková, S., Dvořáková – Janů, V. (2003). Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Karlova univerzita. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Grofová, Z. (2008). Výživa u hojení ran. Medicína pro praxi, 5(6), 279–280. Retrived 30, November 2012 from <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/06/12.pdf>

Jeligová, H., Kožíšek, F. (2010). Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?. Interní medicína pro praxi, 12(7,8), 388–389. Retrieved 7, July 2012 from <http://www.solen.cz./pdfs/int/2010/07/13.pdf>

Kožíšek, F. (2006). Jak se vyznat v balených vodách. Materiál státního zdravotnického ústavu. Praha: Státní zdravotní ústav. Retrieved 30, June 2012 from http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/letaky/pitny_rezim.pdf

Marečková, J., Orlíková, B., Minařík J., Koryntová G., Justinová, J. & Kubů, J. (2007). Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM. Praha: Portál.

Mastná, B. (2000). Nadváha, obezita, výživa. Praha: Triton.

Miller, R. P. (2010). Nutrition in Addiction Recovery, Dokument centra Many Hands Sustainability Center (MHSC). Retrieved 19, June 2012 from <http://mhof.net/articles/pdfs/6.pdf>

Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády ČR.

Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Mindell, E. (1985). Vitamínová bible. New York: Warner Books.

Ministerstvo zdravotnictví. (2005). Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. Liberec: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Retrieved 6, Jule 2012 from http://www.pandemie.cz/dokumenty/uzitecne_letak_vyzivove_doporuceni.pdf

Neale, J., Nettleton, S., Pickering L., & Fischer J. (2011). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. Society for the Study of Addiction. Addiction, 107, 635–641. Retrieved 30, June 2012 from

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03660.x/pdf>

Perkins, K. A. (1992). Effects of tobacco smoking on caloric intake. *British Journal of Addiction*, 87, 193-205. Retrieved 30, June 2012 from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb02693.x/pdf>

Petrásek, R. (2004). *Co dělat, abychom žili zdravě*. Praha: Vyšehrad.

Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*. (03)5, 205-208. Retrieved 28, June 2012 from <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf>

Provazník, K. & Komárek L. (Eds.). (2004). *Manuál prevence v lékařské praxi – Souborné vydání*. Praha: Univerzita Praha – 3. lékařská fakulta.

Santolaria-Fernández, F. J., Gómez-Sirvent J. L., González-Reimers C. E., Batista-López J. N., Jorge-Hernández J. A., Fermin Rodríguez-Moreno, F., Martínez-Riera A. & Hernández-García, M. T. (1995). Nutritional assessment of drug addicts. *Drug and Alcohol Dependence* 38(1), 1-18. Retrieved 2, June 2012 from http://ac.els-cdn.com.ezproxy.is.cuni.cz/0376871694010883/1-s2.0-0376871694010883-main.pdf?_tid=546d5d64816a7124add7d91c8572ae1b&acdnat=1341248681_50c1c53ead62f99ee91638cd3e6df829

Smit, E., C. J. (2001). Dietary intake and nutritional status of US adult marijuana users: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Public Health Nutrition*. 4(3), 781 – 786. Retrieved 28, June 2012 from

http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN4_03%2FS1368980001000738a.pdf&code=8992dec8d92871284579326df0a7aa58

SureScreen Diagnostics. (2008). Mood food and Addiction (1). Retrieved 8, June 2012 from http://www.surescreen.com/pdf/DDN08_11.pdf

Svačina, Š. (Ed.). (2008). Klinická dietologie. Praha: Grada Publishing.

Svobodová, J., Václavík, M. (2006). Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu. Psychiatrie pro Praxi. 6, 282–284. Retrieved 28, June 2012 from www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/06/05.pdf

Threlkel, D. E. (2010). Nutritional attitudes of the metamphetamine addicted. Sacramento: California state university. Retrieved 5, June 2012 from <http://csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.9/937/Final%20PDF.pdf?sequence=1>

Výživa a spol. (2012) Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. Retrived 27, June 2012 from <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>

Wiese, J. G., Shlipak, M. G., & Browner, W. S. (2000). The Alcohol Hangover. Annals of Internal Medicine. 132, 897-902. Retrieved 30, June 2012 from <http://annals.org/data/Journals/AIM/19957/0000605-200006060-00008.pdf>

World Health Organization. (2012). BMI – Body Mass Index. Retrieved 4, Jule 2012 from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

World Health Organization. (2003). Food based dietary guidelines. Program výživy a bezpečnosti potravin. Denmark: WHO. Retrived 8, Jule 2012 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/150083/E79832.pdf

11. Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Miroslava Konečná a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě univerzity Karlovy. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Získané údaje mi poslouží jako podklad k mé bakalářské práci, která je zaměřena na stravovací návyky u klientů navštěvující nízkoprahová zařízení. Prosím, abyste na uvedené položky odpovídali co nejpravdivěji. Dotazník je anonymní a Vámi poskytnuté údaje budou sloužit jen pro potřebu mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za čas a ochotu, které budete věnovat vyplnění tohoto dotazníku.

Miroslava Konečná, studentka adiktologie

1. Pohlaví:

žena	muž
------	-----

2. Věk:

0 – 19 let	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 a více
------------	---------	---------	---------	-----------

3. Současná váha (doplňte):

--

4. Vaše výška (doplňte):

--

5. S kolika lidmi sdílíte domácnost?

S nikým, žiji sám	S jedním	Se dvěma	Třemi a více
-------------------	----------	----------	--------------

6. Pracujete?

Ano pracuji	Jsem nezaměstnaný, ale předtím jsem pracoval	Jsem nezaměstnaný a nikdy jsem nepracoval	studuji
-------------	--	---	---------

7. Droga, kterou užíváte je:

Marihuana	Pervitin	Kokain	LSD	Lysohlávky
Heroin	Metadon	Braun	Toluen	Analgetika
Sedativa	Jiné (doplňte):			

8. Jakou formou drogu aplikujete?

Ústy	Nosem	Nitrožilně
------	-------	------------

9. Jak často užíváte?

denně	1krát týdně	2-3 týdně	příležitostně	vůbec
-------	-------------	-----------	---------------	-------

10. Jak často pijete alkohol?

denně	2- 3krát týdně	1krát týdně	příležitostně	vůbec
-------	----------------	-------------	---------------	-------

11. Kouříte?

denně	1krát týdně	2-3 týdně	příležitostně	vůbec
-------	-------------	-----------	---------------	-------

12. Kolikrát denně jíte?

jednou	dvakrát	třikrát	čtyřikrát	pětkrát a více
--------	---------	---------	-----------	----------------

13. Jak často do svého jídelníčku řadíte zeleninu?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

14. Jak často do svého jídelníčku řadíte ovoce?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

15. Jak často do svého jídelníčku řadíte mléko a mléčné výrobky?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

16. Řadíte do svého jídelníčku sacharidy /chléb, pečivo, rýži, těstoviny apod.?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

17. Jak často jíte maso?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

18. Jak často si vaříte?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

19. Jak často jíte cukrovinky a sladká jídla?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

20. Jak často jíte jídla a potraviny z rychlého občerstvení (fast - food)?

1krát denně	2-3krát denně	1-2krát týdně	3-4krát týdně	1- 2krát do měsíce	vůbec
-------------	---------------	---------------	---------------	--------------------	-------

21. Jakou částku průměrně investujete do jídla?

1000Kč a méně	2000Kč	3000Kč	4000Kč	5000Kč a více
---------------	--------	--------	--------	---------------

22. Na jaké potraviny máte nejčastěji chuť?

Sladké	Slané	Tučné	Nemám chuť na žádné
--------	-------	-------	---------------------

23. Jsou dny, kdy vůbec nejíte?

Ano (doplňte kolik dnů).....	Ne
------------------------------	----

24. Pozorujete na sobě nějaké změny ve stravování od doby, co jste začal užívat?

Ztráta chuti k jídlu	Zvýšení chuti k jídlu	Snížení hmotnosti	Zvýšení hmotnosti
Nevím	Žádné změny	Jiné (doplňte).....	

25. Kolik tekutin denně vypijete? (nealkoholické nápoje)

0 – 0,5 litru tekutin/den	0,6 – 1,5 l tekutin/den	1,6 – 3 l tekutin/den	Nad 3 l tekutin/den
---------------------------	-------------------------	-----------------------	---------------------

26. Jak hodnotíte potravinový servis v tomto zařízení?

S nutričním servisem jsem spokojený	S nutričním servisem jsem nespokojený	Nevím, nepoužívám ho
-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------

27. Je něco, co byste doporučil - uvítal, aby bylo v potravinovém servisu navíc?

.....

.....

DĚKUJI ZA VÁŠ ČAS A VYPLNĚNÝ DOTAZNÍK

12. Seznam obrázků, grafů a tabulek

12.1 Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Potravinová pyramida	28
---	----

12.2 Seznam grafů

Graf č. 1 Věkové složení respondentů.....	35
Graf č. 2 Rozdělení zdravotní u jednotlivých skupin návykových látek	40
Graf č. 3 Dny, kdy se respondent nestravuje	41
Graf č. 4 Rozdělení dnů, které se respondent nestravuje	41
Graf č. 5 Příjem tekutin	42
Graf č. 6 Srovnání BMI u uživatelů stimulancií dle pohlaví.....	45
Graf č. 7 Srovnání BMI u uživatelů konopných drog dle pohlaví.....	46
Graf č. 8 Srovnání BMI u uživatelů látek opiátového typu dle pohlaví.....	46
Graf č. 9 Srovnání BMI u uživatelů halucinogenů dle pohlaví	47
Graf č. 10 Srovnání BMI u uživatelů ostatních návykových látek dle pohlaví	48
Graf č. 11 BMI všech skupin návykových látek.....	48
Graf č. 12 Kvalitativní změny ve stravování	51
Graf č. 13 Spokojenost s nutričním servisem	53
Graf č. 14 Spokojenost s nutričním servisem – kvalitativní odpovědi.....	54

12.3 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Hodnoty BMI	24
Tabulka č. 2 Rozložení respondentů v jednotlivých kontaktních centrech	34
Tabulka č. 3 Skupiny návykových látek.....	37
Tabulka č. 4 Rozdělení míry zdravého stravování.....	39
Tabulka č. 5 Hodnoty BMI 2	44