

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



Mgr. Martina Köhlerová

Rozdíly ve stravovacích návycích a frekvenci přijímaných potravin u klientů terapeutických komunit před léčbou a po zahájení léčby závislosti

Differences in eating habits and frequency of food consumed by the clients of therapeutic communities for addicts before and after starting the treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a 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, 22. 4. 2016

Martina Köhlerová

Podpis.....

Identifikační záznam:

KÖHLEROVÁ, Martina. *Rozdíly ve stravovacích návycích a frekvenci přijímaných potravin u klientů terapeutických komunit před léčbou a po zahájení léčby závislosti. [Differences in eating habits and frequency of food consumed by the clients of therapeutic communities for addicts before and after starting the treatment]*. Praha, 2016. 39 stran, 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 3. Interní klinika. Vedoucí závěrečné práce Čablová, Lenka.

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Lence Čablové za vedení, odborné rady a rychlé řešení všech záležitostí, které bylo potřeba během zpracování práce řešit.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku stravování uživatelů návykových látek. Cílem práce je porovnat změny ve stravovacích návycích klientů terapeutických komunit před nastoupením do léčby s následným stavem stravovacích návyků v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby.

Data byla získána v terapeutických komunitách vyplněním frekvenčních potravinových dotazníků, které sledují hmotnost klientů a spotřebu hlavních skupin potravin – obiloviny, zelenina, ovoce, mléčná výživa, maso, vejce luštěniny, sladkosti a čaj. Dotazníky byly administrovány bezprostředně po vstupu do léčby, k získání retrospektivních informací o stravování před léčbou. V další fázi byl dotazník klientům předložen v prvním měsíci léčby a posledním sledovaným obdobím byl třetí měsíc léčby.

Na základě analýzy dat ze získaných dotazníků bylo zjištěno, že průměrná hmotnost u klientů léčby roste. Větší nárůst byl zaznamenán u klientek, žen a to v průměru o 2 body na škále BMI.

Z dat vyplývá, že spotřeba komodit obiloviny, ovoce, mléčné výrobky a sladkosti se mezi obdobími před léčbou, v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby snižovala. Zvýšená konzumace byla zaznamenána u komodity zelenina a čaj. U skupiny potravin maso, vejce a luštěniny se jedná o minimální změny v počtu porcí, v rámci desetin porce.

Klíčová slova

Stravovací návyky, frekvenční potravinový dotazník, terapeutická komunita, léčba závislostí

Abstract

This thesis focuses on the eating habits of drug users. The aim of the study is to compare changes in eating habits among clients in therapeutic communities before entering into treatment with the subsequent state of eating habits in the first month of treatment and in the third month of treatment.

Data were obtained in therapeutic communities completing food frequency questionnaires, which monitor the weight of clients and consumption of major food groups - grains, vegetables, fruits, dairy products, meat, eggs, legumes, sweets and tea. Questionnaires were administered immediately after entering treatment, to obtain retrospective information on eating habits before treatment. Clients completed the questionnaire after the first and third months of addiction treatment.

Based on the analysis data obtained from the questionnaires, it was found that the average weight among treatment clients grows. Larger increases were recorded for the clients, women by an average of 2 points on a scale of BMI.

The data show that consumption of commodities, cereals, fruit, dairy products and sweets among the periods before treatment, in the first month of treatment and in the third month of treatment decreased. Increased consumption was observed in commodity vegetables and tea. In the group of food meat, eggs and legumes a minimal change in the number of portions.

Keywords:

Eating habits, food frequency questionnaire, therapeutic community, treatment of addiction

Obsah

1. Úvod.....	2
Teoretická část	3
2. Výživová doporučení	3
2.1 Fyziologická potřeba jídla	3
2.2 Doporučení pro správnou výživu.....	3
2.3 Potravinová pyramida	8
3. Výživa v kontextu užívání návykových látek	12
3.1 Vliv návykových látek na výživový stav	12
3.2 Anorektické účinky drog.....	14
4. Terapeutická komunita.....	15
4.1 Definování terapeutické komunity a její principy	16
4.2 Aktivity v programu terapeutické komunity.....	17
Praktická část	19
5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky	19
5.1 Cíl.....	19
5.2 Formulace výzkumných otázek	19
6. Popis metodologického rámce a metod.....	19
6.1 Etické aspekty	20
6.2 Výzkumný soubor.....	20
7. Výsledky	21
8. Diskuse.....	26
9. Závěr	29
10. Seznam tabulek, grafů a obrázků	30
11. Použitá literatura a zdroje.....	31
12. Přílohy	33
12.1 Frekvenční potravinový dotazník	33

1. Úvod

V České republice je počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů odhadován na 47 700. (Mravčík a kol., 2015) Tyto uživatele se díky odborné práci adiktologických služeb daří motivovat k nástupu do léčby závislostí. Významnou součástí léčebného systému jsou terapeutické komunity, které se zaměřují na dlouhodobou intenzivní léčbu závislostí problémových uživatelů drog. V rámci léčby se klienti účastní skupinových terapií, vzdělávacích aktivit, zátěžových pobytů a také se podílí na každodenních záležitostech, jako je obstarání surovin k přípravě jídla a vaření. V rámci těchto každodenních činností se učí znovu získat návyky k pravidelnému stolování a dbát na skladbu jídelníčku.

Během období aktivního užívání návykových látek je denní režim ovlivněn činnostmi souvisejícími s obstaráváním si dávky. Fyziologická potřeba pravidelného příjmu jídla může být z různých důvodů upozaděna. Známý jsou anorektické účinky pervitinu, který snižuje chuť k jídlu. (Svobodová, Václavík, 2006). Některé články přímo upozorňují na změny v jídelních preferencích na základě ovlivnění metabolismu a chutí návykovými látkami. (Baptiste, Hamelin, 2009; Dekker, 2000)

Bakalářská práce se věnuje právě tomuto tématu, a to stravovacím návykům uživatelů návykových látek před nástupem do léčby a následně v léčbě. Cílem práce je porovnat změny ve stravovacích návycích klientů terapeutických komunit před nastoupením do léčby s následným stavem stravovacích návyků v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby. Všechny tři fáze budou porovnány také s normou, tedy doporučeným denním příjmem porcí u jednotlivých skupin potravin podle doporučení Potravinářské komory České republiky. Sledovanými skupinami potravin jsou obiloviny, zelenina, ovoce, mléčné výrobky, maso, vejce luštěniny, sladkosti a čaj.

Teoretická část

2. Výživová doporučení

2.1 Fyziologická potřeba jídla

Příjem potravy je základní potřebou lidského organismu. Živiny obsažené v jídle jsou nepostradatelnými stavebními materiály pro tvorbu tělesných orgánů, tkání, zdrojem energie pro bazální pochody, jako je činnost srdce nebo dýchání. Energie obsažená v jídle je nepostradatelná pro fyzickou aktivitu, kterou člověk vyvíjí a také k udržení schopnosti rozmnožovat se. (Svačina a kol., 2008)

K udržení životaschopnosti musí jídlo zajišťovat tři základní funkce (Williams et al., 1995):

- Poskytovat energii
- Poskytovat stavební materiál pro tkáně
- Regulovat metabolické procesy

Příjem potravy u člověka není řízen pouze osobními fyziologickými potřebami, jako je pocit hladu, sytosti, žízně, chutí k jídlu nebo náladou. Obrovskou měrou je ovlivňován sociálními, kulturními a společenskými vlivy. Konkrétně do těchto vlivů spadá aktuální nabídka potravin na trhu, modernost jednotlivých jídel, globalizace.

Národní jídla a kuchyně jsou přetrvávajícími charakteristickými znaky dané oblasti nebo národa. Jedním z faktorů je to právě strava, která se podílí na regionálně rozdílném výskytu chorob a onemocnění. Strava a životní styl se podílí na zdraví populací v obrovské míře, uvádí se, že vliv těchto dvou faktorů je vyšší, než vliv samotného zdravotnictví. (Svačina a kol., 2008)

2.2 Doporučení pro správnou výživu

Základem pro navrhovaná výživová doporučení je snaha pokrýt fyziologickou výživovou potřebu, jedná se tedy o snahu optimalizace zdraví jednotlivce i populačních skupin. Při tvorbě výživových doporučení se přihlíží k ekonomickým podmínkám dané oblasti a také stravovacím návykům. Tento pohled lze souhrnně nazvat jako antropologické hledisko, ve kterém je nejvyšším bodem zájmu člověk a jeho zdraví. (Perlín, s.d.)

Většina rozvinutých zemí vydává nutriční doporučení pro obyvatelstvo. Tyto doporučení slouží jako referenční údaje pro příjem základních živin tak, aby byly naplněny nutriční potřeby pro zdravou populaci, tedy populaci bez onemocnění, která vyžadují zahájení diety či úpravy stravy. Ačkoliv jsou tato doporučení podobná ve většině zemí, najdeme mezi nimi drobné odlišnosti a to v závislosti na účelu použití těchto standardů. Ve Spojených státech amerických existují výživová doporučení pod názvem Dietary Reference Intakes (DRIs). (Williamsa kol., 1995)

Výživová doporučení jsou vydávána již několik desetiletí a průběžně jsou inovována. Jejich aktualizace probíhá na základě nových vědeckých poznatků a zjištění. V České republice byly jako první vydány Směry výživy obyvatelstva ČSR, toto doporučení vydalo předsednictvo Společnosti pro racionální výživu v roce 1986. Jejich první inovace byla vydána v roce 1989. Později, v roce 1994 byla Radou výživy Ministerstva zdravotnictví ČR vypracována doporučení o výživě zdravého obyvatelstva „Jezte dravě, žijte zdravě“. Následuje doporučení vydané v roce 2005, jejímž autorem je Společnost pro výživu a nazývá se „Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR“. (Dostálová, Dlouhý, Tláškal, 2012)

Strategie pro Evropu – Bílá kniha

Komise Evropských společenství vydala v roce 2007 pracovní dokument, který se nazývá Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou. Pro tuto strategii se užívá i zkráceného názvu Bílá kniha. Dokument poukazuje na souvislosti mezi stravou a nemocemi. Úpravou složení stravy lze předcházet takovým onemocněním, jako jsou nemoci kardiovaskulárního systému, rozvoji diabetu mellitu 2. typu a také velkému procentu onkologických onemocnění. Nesprávná výživa se podílí na řadě onemocnění, které ovlivňují aktivitu člověka a zvyšují riziko jeho předčasného úmrtí. (Dostálová, Dlouhý, Tláškal, 2012)

Hlavní rizikové faktory přispívající k rozvoji výše uvedených onemocnění:

- Nadbytečný příjem soli
- Vysoký příjem alkoholu
- Nevhodné složení tuků
- Vysoký příjem energie
- Nedostatečný příjem ovoce a zeleniny

V nutričních parametrech by mělo být dosaženo, v souladu s výživovými cíli pro Evropu, které stanovil Regionální úřad pro Evropu WHO, následujících změn. (Perlín, s.d.)

Jedná se především o snížení přijaté energie z potravin a to tím způsobem, aby se index BMI pohyboval v rozmezí 18 – 25 bodů. Doporučuje se i snížení příjmu tuků u dospělé populace, celkový podíl tuku v energetickém příjmu na jeden den by neměl překročit 30%. Příjem nasycených mastných kyselin by měl být nižší než 10% z celkového denního energetického příjmu. Doporučuje se snížit příjem cholesterolu, a to na maximální denní dávku 300 mg a snížit spotřebu jednoduchých sacharidů, které by měly tvořit maximálně 10% z celkového energetického příjmu. Snížit by se měla i spotřeba kuchyňské soli, v současné době se toleruje denní dávka 5 g.

Naopak zvýšení spotřeby se doporučuje u vitamínu C, tj. 100 mg na den, příjem vlákniny zvýšit na 30 g na den a zvýšit příjem dalších ochranných minerálních látek a vitamínů.

Doporučení pro kuchyňskou úpravu:(Perlín, s.d.; Dostálová, Dlouhý, Tláskal, 2012)

- Preferovat dušení a vaření, snižovat tak vytváření toxických produktů, které se vytvářejí při smažení, grilování, pečení. Šetrnou tepelnou úpravou zamezit ztrátě vitamínů a minerálních látek.
- Volit vhodné druhy tuků ke zvolenému technologickému postupu úpravy pokrmů.
- Zachovávat dostatečný podíl syrové stravy, zeleniny a ovoce.
- Zvyšovat podíl zeleninových salátů s přidavkem olivového oleje, zvyšovat příjem luštěninových pokrmů.
- Doplnovat stravu vhodnými doplňky nebo obohacenými potravinami při zjištění nedostatku některého nutričního faktoru.

Mezi základní kritéria potravinové a výživové politiky patří hodnocení skutečného stavu spotřeby potravin, její vyjádření v nutričních faktorech a porovnání tohoto stavu s nutričním doporučením. Doporučení pro populaci jsou vyjádřena v několika rovinách. (Perlín, s.d.)

- Výživové doporučené dávky (VDD) – Tyto hodnoty jsou udávány v jednotkách, tedy v množství energie (kcal, kJ), hmotnostních jednotkách (g, mg) pro jednu osobu za den. Výživové doporučené dávky jsou stanoveny pro všechny základní živiny (bílkoviny, tuky, sacharidy), stopové prvky, vitamíny a vybrané minerální látky. Množství jsou definována tak, aby zajistily základní fyziologické potřeby zdravého člověka.

Doporučení v této rovině jsou vydávána pro potřeby populačních skupin, nejsou zde zohledněny individuální výživové potřeby. VDD z roku 1990 zahrnují doporučení pro třicet populačních skupin, mezi které patří doporučené pro kojící nebo těhotné ženy, děti, dospívající, dospělé podle fyzické zátěže apod.

Tabulka č. 1: Přehled doporučených denních dávek energie, základních živin, vitaminů a minerálních látek. (Perlín, s.d.)

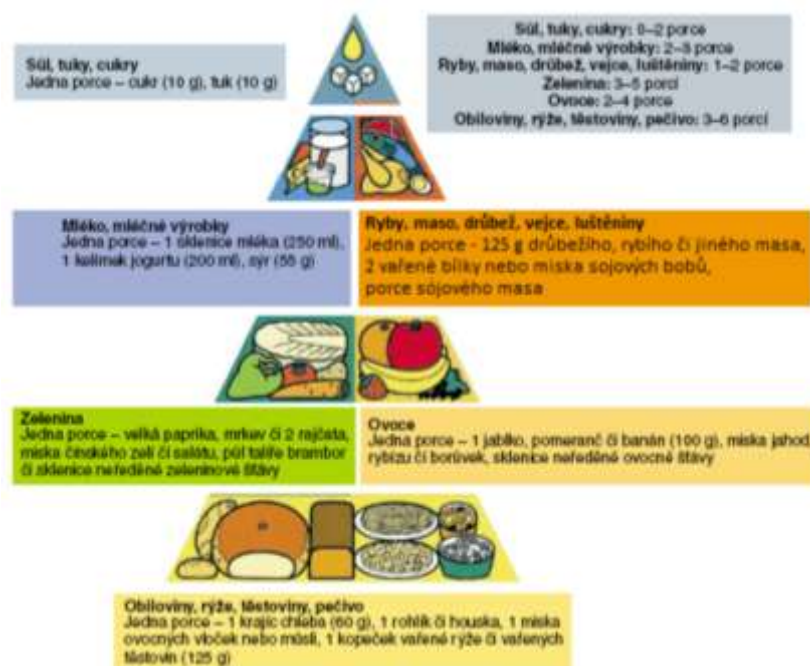
Výživný faktor	19 - 59 let	
	Muži	Ženy
Energie MJ	10	9,2
Bílkoviny g	68	63
Tuky g	70	65
Vápník mg	1000	1000
Hořčík mg	400	400
Železo mg	10	15
Jód µg	200	200
Zinek mg	14	12
Fosfor mg	1000	1000
Vitamin A mg	1	0,9
Vitamin D µg	5	5
Vitamin E mg	14	12
Vitamin K µg	75	65
Vitamin B1 mg	1,1	1
Vitamin B2 mg	1,6	1,4
Niacin mg	18	15
Vitamin B6 mg	1,9	1,8
Kys. listováµg	400	400
Vitamin B12 mg	3	3
Vitamin C mg	100	100

- Doporučené dávky potravin (DDP) – Doporučení kombinuje více faktorů k vytvoření výsledného doporučení. Mezi faktory utvářející doporučenou dávku potravin patří výživové doporučené dávky, spotřebitelské ceny potravin, a prvky sociologické, tzn. stravovací návyky a tradice daného národa.

Výsledná podoba DDP odpovídá potřebám průměrného zdravého člověka a je praktickou pomůckou při sestavování jídelníčků a názorným příkladem, jakým směrem by se spotřeba potravin měla vyvíjet.

- Výživové trendy – Jedná se o výroky, které by měly usměrňovat spotřebu potravin směrem k pozitivní a žádoucí změně. Jedná se o výroky apelující na snížení spotřeby kuchyňské soli, cukru, živočišných tuků, zvýšení spotřeby vlákniny, vitamínu C apod.
- Výživová doporučení ve formě pyramidy – Pyramida představuje grafické zobrazení základních skupin potravin. Různí autoři volí rozdílné grafické zpracování, setkáváme se s pyramidami, které mají čtyři patra, ve kterých je rozděleno šest základních skupin potravin. Některé pyramidy jsou děleny do pěti pater nebo je zvoleno jiné grafické řešení.

Jednotlivá patra mají znázorňovat vhodnost konzumace pro populaci. Úskalím některých pyramid bývá poměr množství mezi jednotlivými skupinami potravin, ve kterých chybí kvantifikace nebo gramáž doporučené skupiny potravin ke konzumaci. Výživové doporučení ve formě pyramidy má za úkol názorně vysvětlit skladbu a poměr druhů potravin ve správně složeném jídelníčku.



Obrázek č. 1: Potravinová pyramida (PKČR, 2012)

2.3 Potravinová pyramida

Potravinářská komora České republiky (PKČR) vydala potravinovou pyramidu, která je doplněna o důležité údaje, které se týkají velikosti doporučených porcí u jednotlivých skupin potravin (Obrázek č. 1). Na základě jasně uvedeného a definovaného množství potravin je možné účelně a správně sestavit jídelníček pro potřeby obecné populace, nebo hodnotit dosavadní stravování na základě údajů získaných na příklad z frekvenčních potravinových dotazníků.

Potravinová pyramida – první patro

Hlavní složkou potravin by měly tvořit produkty z obilovin. Do této skupiny patří veškeré pečivo, těstoviny, rýže, kukuřičné výrobky, ovesné vločky, pohanka a také knedlíky. Jedná se o polysacharidy, které zajišťují mechanickou stabilitu buněk, organel a celých organismů. Nejvýznamnějším sacharidem pro výživu člověka je škrob, který je vysoce zastoupen v obilných zrnech a bramborách, které již řadíme k zelenině. Velký důraz je kladen na dostatečný příjem vlákniny, která tvoří nestravitelnou část potravy a prochází trávicím traktem beze změny. Díky schopnosti vázat vodu a stimulaci peristaltiky mají příznivý účinek na trávení a vylučování. (Koolman, Röhm, 2012)

Obsah jednotlivých živin v mouce, která je základem pro obilné výrobky, záleží na stupni vymletí obilného zrna. Čím více je zrno vymíláno, tím více se do mouky dostává obalových vrstev zrna a vzniká celozrnná mouka. Obalové vrstvy obsahují více bílkovin, vitamínů, minerálních látek a také vlákniny, jejíž prospěšnost byla již zmíněna.

Doporučený počet porcí je 3 až 6 na osobu za jeden den. Jedna porce je PKČR definována jako 1 krajíc chleba (60g), 1 rohlík nebo houska, 1 kopeček vařené rýže či vařených těstovin (125 g), 1 miska ovesných vloček nebo müsli. (PKČR, 2012)

Potravinová pyramida – druhé patro

Druhou nejhojněji zastoupenou složkou potravy by mělo být ovoce a zelenina. Tyto dvě komodity mají nezastupitelný pozitivní vliv v prevenci nádorových onemocnění. Příjem velkého množství zeleniny má ochranný vliv v prevenci vzniku rakoviny žaludku, tlustého střeva a konečníku. Příjem většího množství ovoce snižuje riziko rakoviny žaludku a jícnu. (Svačina a kol., 2008)

Ovoce

Ovocem nazýváme jedlé plody a semena vytrvalých kulturních nebo planě rostoucích rostlin, které lze konzumovat syrové, nebo tepelně zpracované (pyré, marmelády, kompoty). Doporučená konzumace je především pro ovoce v syrovém stavu, případně upravené tak, aby neobsahovalo přidaný cukr. Na sladko upravené pokrmy, marmelády, džemy již nelze zařadit do prvního patra potravinové pyramidy. Při konzumaci syrového ovoce zachováme výživovou a biologickou hodnotu, která se dalšími úpravami snižuje. (Dostálová, Kadlec a kol., 2014)

Ovoce je zdrojem vody a sacharidů. Obsah bílkovin a tuku je zanedbatelný, pouze některé druhy obsahují větší množství tuku. Ovoce je ceněné pro svůj obsah vitamínu C, vitamínu skupiny B, minerálních látek a pektinu, který se podílí na snižování hladiny cholesterolu v krvi.

Doporučený počet porcí je 2 až 4 na osobu za jeden den. Za jednu porci považujeme jedno jablko, pomeranč (100g), dále miskou jahod nebo jiného drobného ovoce, případně také sklenici naředěné ovocné šťávy, s podílem ovoce 100%. (PKČR, 2012)

Zelenina

Za zeleninu považujeme jedlé části rostlin, patří sem kořeny, listy, natě, bulvy či květenství. Mezi zeleninu řadíme i brambory. Hlavní složkou zeleniny je voda, obsah bílkovin a tuku je zanedbatelný. Výživový význam konzumace zeleniny je dán obsahem široké škály vitamínů, minerálních látek a především vlákniny.

Biologická hodnota je obecně nejvyšší při konzumaci v syrovém stavu, u některých druhů je tepelná úprava naopak výhodou, protože dochází k lepšímu využití živin. Důležitou složkou zeleniny jsou aromatické látky, které dodávají jednotlivým druhům zeleniny typickou chuť a vůni. (Dostálová, Kadlec a kol., 2014)

Při zpracování a konzumaci zeleniny je nutné dbát zvýšené pozornosti k případnému napadení plísní a hnilobou. Stejně tak kontaminovaná zelenina těžkými kovy z půdy, hnojivy s obsahem dusičnanů a pesticidy je ke konzumaci nevhodná a je nutné takovou zeleninu ze stravy vyloučit.

Doporučený počet porcí je 3 až 5 na osobu za jeden den. Za jednu porci považujeme velkou papriku, mrkev, dvě rajčata, miskou čínské zeleni nebo salátu, půl talíře brambor, případně sklenici zeleninové šťávy s podílem zeleniny 100%. (PKČR, 2012)

Potravinová pyramida – třetí patro

V tomto patře pyramidy je graficky znázorněno mléko, mléčné výrobky, maso, druhotně zpracované výrobky z masa, luštěniny, vejce a ryby. Třetí patro je rozděleno do dvou komodit, a to na mléko a mléčné výrobky a na maso a masné výrobky.

Mléko a mléčné výrobky jsou živočišného původu, mají vysokou výživovou hodnotu a jsou kvalitním zdrojem bílkovin. Mléko je zdrojem vitamínu A, D, vitamínů skupiny B a minerálních látek, zejména vápníku. V plnotučném mléce, které má obsah tuku 3,5%, jsou vitaminy A a D rozpuštěny, dochází k jejich plné utilizaci. V odstředěném mléce s nízkým obsahem tuku je zastoupení těchto vitamínů zanedbatelné.

Mléko je sekret získaný z mléčné žlázy samic savců, po domestikaci savců je od doby neolitu používáno pro lidskou výživu. Syrové mléko je možné dále zpracovat v mlékárnách. Mléko a mléčné výrobky jsou specifické tím, že kromě syrového mléka je v těchto výrobcích použito jen velmi málo dalších surovin. Tyto výrobky jsou druhově velice rozmanité. Jejich rozmanitost souvisí s variabilním zastoupením základních složek a obsahem energie, jejich konzistencí a s dalšími vlastnostmi. Mezi mléčné výrobky zařazujeme smetanu, máslo, roztíratelné mléčné tuky, smetanové krémy, kysané mléčné výrobky, jogurty, tvarohy, sýry. (Dostálová, Kadlec a kol., 2014)

Doporučený počet porcí je 2 až 3 na osobu za jeden den. Jedna porce v tomto případě znamená sklenička mléka (250 ml), kelímek jogurtu (200 ml), sýr (55g). (PKČR, 2012)

Maso a masné výrobky jsou také živočišného původu. Maso definujeme jako požitelnou část živočichů, které jsou určeny k lidské výživě. Převažujícím zdrojem masa jsou hospodářská zvířata, jako je skot, prasata, ovce, kozy a drůbež (kur, krůta, kachna, husa apod.). Masnými výrobky rozumíme technologicky opracované výrobky obsahující převažující surovinu maso. Sortiment je velice široký, do této kategorie řadíme měkké salámy, uzená masa, zabijačkové výrobky, paštiky, trvanlivé salámy, klobásy, masové konzervy apod. (Dostálová, Kadlec a kol., 2014)

Maso má značný výživový význam, ačkoliv nadměrnou konzumaci nelze doporučit. V mase je vysoký obsah plnohodnotných bílkovin, důležitý pro zdravý vývoj dětí. Každý organismus obsahuje tisíce různých bílkovin s rozdílnými úlohami. Strukturní bílkoviny zajišťují stabilitu buněk a tkání, transportní bílkoviny jsou odpovědné za transport iontů a metabolitů biologickými membránami, např. usnadňují transport kyslíku a oxidu uhličitého mezi plicemi a tkáněmi. Obranné bílkoviny mají funkce v imunitním systému, regulační

bílkoviny v hormonálním systému a motorové bílkoviny jsou zodpovědné za svalové kontrakce. (Koolman, Röhm, 2012)

Obsah tuku se značně liší podle druhu masa a části těla, ze které je maso získáno. Vysoký podíl tuku v mase je pro výživu nevhodný, protože obsahuje vysoké množství energie, cholesterolu a nasycených mastných kyselin. Maso je bohatým zdrojem vitaminů skupiny B, vitamin C není v mase zastoupen vůbec. Z minerálních látek je cenné železo a zinek.

Konzumace masných výrobků by měla být umírněná, ačkoliv obsahují podíl masa, velkou část jejich složení tvoří nevhodné přísady jako je sůl, tuk a možné karcinogenní látky, které vznikají při uzení.

Konzumace ryb je v našem regionu stále nízká, ačkoliv rybí maso je bohatým zdrojem plnohodnotných bílkovin, minerálních látek (fosfor, jód) a tuk má vysokou biologickou hodnotu. Nenasycené mastné kyseliny mají ochranný vliv na srdce a cévy, předcházejí tak vzniku cévních onemocnění.

Vejsce a výrobky z nich obsahují také dobré zdroje vitaminů rozpustných v tucích (A, D, E, K) a železo. Bílek je plnohodnotná bílkovina. Žloutek obsahuje 70% nenasycených mastných kyselin a má vysoký obsah cholesterolu. Vejsce vyžadují zvýšenou opatrnost při manipulaci a jejich zpracování. Mohou být zdrojem nálezů, příkladem je salmonela. Riziko nákazy salmonelou hrozí především z výrobků z vajec, která jsou nedostatečně tepelně upravena – majonézy, zmrzlina.

Doporučený počet porcí je 1 až 3 na osobu za jeden den. Tato skupina potravin je různorodá, proto i podoba doporučené porce jsou variabilní. Jedna porce se rovná 80g drůbežího, rybího či jiného masa, 2 vařeným bílkům, misce sójových bobů. (PKČR, 2012)

Potravinová pyramida – čtvrté patro

Do poslední skupiny potravin řadíme sladkosti, tuky a sůl. Jedná se o komodity, které je vhodné v jídelníčku eliminovat a jejich příjem by měl být nízký. Sladkosti jsou zdrojem jednoduchých sacharidů a tuků, tedy jejich konzumací získává tělo spoustu přebytečné energie, obsah vitaminů nebo minerálních látek je nulový.

Vysoký obsah rychle biologicky rozložitelných sacharidů přispívá k tvorbě zubního kazu a prudkému nárůstu krevní glykémie s následným prudkým poklesem. Výkyvy hodnot glykémie v krvi přispívají k rychlému pocitu hladu a vysoký energetický obsah k následné obezitě. (Dostálová, Kadlec a kol., 2014)

Obsah soli lze korigovat výběrem potravin a omezením používáním soli při kuchyňské úpravě. Sůl je ve velké míře obsažena v masných výrobcích, dehydratovaných výrobcích

určených k rychlému domácímu zpracování, solených oříšcích, křupkách a také v polévkách. Vysoký příjem soli přispívá ke vzniku vysokého krevního tlaku.

Nebezpečím sladké a slané chuti je její přivyknutí, lidé si postupně musí více přisladit nebo přisolit pokrm přímo na stole, což vede ke zvyšování konzumace.

Tuky jsou nedílnou součástí naší stravy. Jsou nepostradatelné pro rozpouštění vitaminů, tvorbu hormonů, tvorbu žlučových kyselin. Nebezpečím nadměrné konzumace tuků je jejich vysoká energetická hodnota, nevhodné složení mastných kyselin nebo vysoký obsah cholesterolu.

Doporučený počet porcí je 0 až 2 na osobu za jeden den. Jedna porce tuku nebo cukru se rovná 10 g. (PKČR, 2012)

3. Výživa v kontextu užívání návykových látek

3.1 Vliv návykových látek na výživový stav

Závislost má vážný vliv na výživový stav jedince. Užívaná návyková látka způsobuje změny v chuti k jídlu a změnu ve stravovacích návycích, které dále vedou ke vzniku výživových deficitů. Výživa se dotýká sociální, fyzické, emocionální a spirituální dimenze zdraví člověka. Nabídnout klientům zdravé stravovací způsoby, které cílí na takové problémy jako je špatná chuť k jídlu a nízká energie, může nabídnout mocné nástroje v léčbě závislosti. (Dekker, 2000)

Stravovací návyky se často dramaticky mění v průběhu aktivního užívání návykových látek. Podle závěrů studie (Baptiste, Hamelin, 2009) užívání drog zvyšuje chuť na sladké. Respondentky uváděly, že v některých případech to není pouze zvýšená chuť, ale dokonce neodolatelné bažení po sladkostech. Ze závěrů této studie také vyplynula vyšší preference k alkoholickým nápojům. Užívání heroinu, který patří do skupiny opiátových drog, stimuluje chuť na mléčné výrobky. (Jeřábková, 2013)

Z různých důvodů dochází k vynechávání denních jídel, k volbě nekvalitní potravy, k poruchám vstřebávání živin a zvýšeným nárokům lidského organismu na živiny, které tělo potřebuje k detoxifikaci po požití návykové látky. Další ztráty živin, který jsou způsobeny zvracením, průjmem a dalšími zažívacími problémy, jsou přímo způsobeny užíváním návykových látek. Jedinci se závislosti na drogách uvádějí, že nepřemýšlí nad nutričními hodnotami potravy nebo vlivem na zdraví při užívání alkoholu nebo jiných drog. Častěji

hledají způsoby, jak zvýšit účinnost návykové látky, kterou může právě vynechávání denních jídel přinést. Zároveň prioritní je obsatření si dávky drogy před zajištěním si dostatku jídla. (Dekker, 2000)

V dlouhodobém měřítku vedou špatné stravovací návyky k podvýživě, která se může projevit různými způsoby. Na první pohled se podvýživa může projevit únavou, která se nezlepšuje při abstinenci od návykových látek. Mezi uživateli návykových látek je mnoho jedinců s nárůstem BMI, malnutricí a deficitem základních živin. Tento stav je způsoben účinky drog, přítomnou infekcí, zvýšeným bazálním metabolismem či zvýšenou fyzickou aktivitou. (Jeřábková, 2013)

Špatný výživový stav může mít zásadní vliv na imunitní systém, při jehož oslabení je jedinec náchylnější ke vzniku infekcí, zubních kazů, zažívacích obtíží, změn na kůži jako je ekzém a také změny ve vnímání chuti.

Tyto obtíže mají souvislost s výživovým stavem. Vedle těchto nemocí existují ještě další, které jsou způsobeny přímo zneužíváním návykových látek. Jedná se o různé kardiovaskulární změny, záněty slinivky břišní, zvýšené riziko vzniku některých druhů rakoviny, apod.

Úroveň zdravotních problémů je u jedince ovlivněna několika faktory (Dekker, 2000):

- Chronicity zneužívání návykových látek
- Typu zneužívané drogy (například kokain, heroin, marihuana, kodein, atd.)
- Socioekonomický status
- Výchozí zdravotní stav
- Souběžné poruchy (poruchy příjmu potravy, deprese, úzkost)
- Zvýšená potřeba živin k detoxikaci
- Změny ve funkci vitaminů, enzymů a koenzymů
- Nedostatečné ukládání živin v poškozených játrech
- Snížené vstřebávání živin
- Ztráta svalové hmoty
- Ztráta chuti k jídlu v důsledku kombinace výše uvedených.

Užívání drog má vliv na biologické a psychologické faktory související s příjmem stravy, preferencí potravin a životním stylem. Jedno z nejdiskutovanějších témat je ztráta chuti k jídlu způsobená některými drogami. Baptiste a Hamelin (2009) uvádějí svá výzkumná

zjištění, která potvrzují, že konzumace kokainu snižuje chuť k jídlu. Užívání drog má vliv také na psychiku, může způsobovat úzkosti, deprese, napětí. Tyto negativní stavy mohou mít také vliv na snížený příjem potravy.

Dekker a Harrington (2000) zdůrazňují důležitost stravovacích zvyklostí a jejich vliv na chování a množství energie daného jedince. Zároveň zdůrazňují klíčovou roli výživy v léčbě závislosti a také v udržení abstinence od návykových látek i v budoucnu.

Výživa je v procesu léčby závislostí důležitým článkem. Abstinence od alkoholu a jiných drog pomáhá zpomalit a dokonce i zastavit vyčerpání organismu ve smyslu zastavení ztrát živin. Jedním z prvních kroků zavádění výživy do uzdravovacího procesu je stimulovat chuť k jídlu a zahájit pravidelné stravování v několika denních jídlech. V prvních 3 až 12 měsících po zanechání zneužívání návykových látek jsou nutriční potřeby vyšší, než u průměrného dospělého člověka. Je nutné klientům léčby pomáhat pochopit, že výživa přímo ovlivňuje jejich chuť k užití drogy. Tento fakt může poskytnout klientům silnou motivaci přijmout zdravé stravovací návyky. (Dekker, 2000)

3.2 Anorektické účinky drog

Amfetaminy, neboli budivé aminy, mají nepřímé symptomimetické účinky, zvyšují vigilitu vědomí. Tyto účinky znamenají, že amfetaminy ovlivňují vyplavování neuromediátoru z nervového zakončení, ve vyšších dávkách blokují reuptake noradrenalinu. Amfetamin je látka snadno prostupující hematoencefalitickou bariérou, která může poškozovat dopaminergní i serotoninergní neurony. (Martínková, 2007)

Do této skupiny látek dále patří metamfetamin, hydrosyamfetamin nebo efedrin. Tato stimulancia jsou indikována pacientům s narkolepsií (epizody spánku během dne) a u dětí s hyperkinetickým syndromem a poruchou pozornosti.

Anorektika je označení pro chemické látky snižující chuť k jídlu, které utlumují pocit hladu. Tyto látky mají rovněž účinek psychostimulační a mají závislostní potenciál. Anorektický účinek trvá okolo 8 hodin po podání. Poruchy příjmu potravy bývají často spojené s užíváním návykových látek, u těchto dvou jevů dochází k vysoké komorbiditě. S nemocemi spojených s příjmem potravy se nejčastěji váže užívání alkoholu nebo metamfetaminu. (Jeřábková, 2013)

Do skupiny návykových látek s anorektickým účinkem řadíme pervitin, kokain nebo MDMA (extáze) Tyto látky mají anorektický efekt, působí stimulačně na psychiku uživatele

a trvale snižují chuť k jídlu. Společně se zanedbáváním výživy a zvýšenou aktivitou vedou často k vyhublosti a kachexii u dlouhodobých uživatelů. (Svobodová, Václavík, 2006).

V České republice je jednou z nejrozšířenějších nelegálních návykových látek pervitin, stejně tak nejvíce problémových uživatelů návykových látek, kteří se následně ocitají v terapeutických komunitách, je závislých na pervitinu. (Mravčík a kol., 2015)

Uživatelé stimulancí trpí často dehydratací a nerovnováhou elektrolytů, která přímo souvisí s účinky drogy. (Threlkel, 2005)

Některé výzkumy došly k závěru, že díky kombinaci efedrinu a kofeinu je možné bezpečně a účinně zhubnout. Jak bylo zmíněno, efedrin patří do skupiny látek s anorektickým účinkem a kofein má stimulační efekt na lidský organismus. Autoři uvádějí, že abstinenční příznaky nebyly v rámci výzkumu zjištěny a stejně tak vedlejší účinky jsou mírné nebo pouze přechodné. (Toubro, Astrup, Breum, Quaade, 1993)

4. Terapeutická komunita

Účel a činnosti terapeutických komunit jsou upraveny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Jedná se o zařízení poskytující sociální služby pobytovou formou, a to i na přechodnou dobu osobám závislým na návykových látkách nebo osobám s chronickým duševním onemocněním. Podle zákona č. 108/2006 Sb. terapeutické komunity zajišťují pět základních činností.

- Poskytnutí stravy
- Poskytnutí ubytování
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Vzhledem k zaměření bakalářské práce se budeme dále věnovat pouze terapeutickým komunitám pro drogově závislé, které se zaměřují na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci osob. Terapeutická komunita je součástí komplexního systému péče České republiky o osoby se závislostí na návykových látkách.

Cílová skupina jsou osoby ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a psychosociálním nebo i somatickým poškozením, nejčastěji nakažení

hepatitidou typu B a C. V TK je poskytována střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6 – 18 měsíců. (Kalina a kol., 2003)

4.1 Definování terapeutické komunity a její principy

Často používanou definicí terapeutické komunity v české odborné literatuře je ta podle Kratochvíla (1979, in Kalina, 2008), ve které se uvádí, že terapeutická komunita je zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, ve které klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností. Tento model umožňuje promítat problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.

Komunita je nazývána terapeutickou z toho důvodu, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.

Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s klienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích. Terapeutická komunita je v užším smyslu psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají prvky modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování.

Při společném soužití klientů komunity v každodenním bezprostředním styku, ve kterém jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty materiál, na kterém se klienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování životních konfliktů. Současně je cílem aby si osvojovali nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování. (Kratochvíl 1995 in Kalina a kol. 2003)

Základní principy terapeutické komunity (Kalina a kol., 2003)

- Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.
- Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.
- Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.

- Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně i odchod z ní.
- Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy.
- Přejít z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.
- Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.
- Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.
- Aktivity v programu terapeutické komunity
- Stravování

4.2 Aktivity v programu terapeutické komunity

Léčebný program v komunitě je naplněn jednotlivými aktivitami, z nichž každá má své důležité místo v terapeutickém působení na klienta.

Setkání komunity, tedy všech členů pobývajících v komunitě, je považováno za klíčové v celém životě komunity. Uskutečňují se denně a jsou nepostradatelné pro sdílení informací, řešení konfliktů, rozhodování.

Skupinové terapie můžeme dělit podle zaměření na biografické, tematické a interakční. Běžné jsou i skupinové terapie určené pro klienty v určité fázi léčby, nebo zvláště pro ženy a muže.

Individuální terapie se v komunitách většinou již neprovádí, ale individuální podpora a vedení zůstává a je velice žádoucí. Klient má během své léčby k dispozici svého garanta, se kterým hodnotí plnění individuálního plánu.

Rodinná terapie je žádoucí metoda pro členy rodiny a partnery, případně je rodinným příslušníkům nabízena i rodičovská skupina.

Vzdělávací aktivity probíhají formou seminářů, některá setkání vedou přímo sami klienti. Témata jsou volena aktuálně v reakci na potřebnost, časté je téma relapsu, principů terapeutické komunity, nebo témata podporující praktické dovednosti.

Volnočasové, sportovní a zátěžové aktivity jsou zdrojem uvolnění, zábavy a pozitivních zážitků pro členy komunity. Jedná se o nedílnou součást života komunity, která pomáhá

stmelovat a vytvářet prostředí pro nové zážitky a situace, které klienty obohacují, a je možné z nich čerpat pro vlastní sebepoznávání. Důležitou součástí zátěžových akcí je fyzická a psychická zátěž, při které dochází ke konfrontaci a hledání vlastních hranic u každého z klientů. Při vypjatých situacích v rámci akcí se otevírá prostor pro projevení vlastních schopností solidarity, spolupráce a zodpovědnosti. Blízký kontakt klientů a terapeutů dovoluje rozprůdění větší skupinové dynamiky ve skupině, která může být dalším zdrojem poznání a zážitku. (Nevšímal, 2007)

Zátěžové programy jsou většinou několikadenní výpravy sportovního rázu. V podmínkách terapeutických komunit v České republice jsou nejrozšířenější zátěžové akce typu turistický výlet, cykloturistika, horolezectví, vodáctví nebo běžeckého lyžování.

Zároveň se jedná o dostupné aktivity, které mohou klienti dále provozovat i po skončení léčby v terapeutické komunitě. Obecně jsou zátěžové akce vybočením ze stereotypu, z běžného chodu komunity, ale přesto i tady jsou zachována pravidla jako v komunitě.

V rámci aktivit pod hlavičkou sociální práce sociální pracovníci v komunitě pomáhají klientům orientovat se v sociálně-pracovní a právní oblasti. Úkolem je učit se zvládat vlastní situaci ať již v dluhové, trestní či pracovní oblasti.

Pracovní terapie je důležitou součástí spektra aktivit terapeutické komunity. Zadané pracovní úkoly musí být především smysluplné a s viditelným výsledkem. V rozdělování pracovních úkolů hraje důležitou roli hierarchické uspořádání klientů podle délky jejich dosavadního setrvání v komunitě, a tedy léčebné fázi, ve které se aktuálně nacházejí. Odpovědnější úkoly jsou svěřovány klientům, kteří jsou v komunitě již déle a jsou ve vyšší fázi léčby. Nejméně odpovědné úkoly vykonávají klienti noví, z nižších fází léčby. Během pracovních úkolů se jasně využívá vertikální hierarchie mezi klienty, která je naopak během skupinových terapií a setkání potlačována a je uplatněn princip horizontální autority, při které jsou si klienti rovni. (Kalina a kol., 2003)

V terapeutických komunitách je typické, že část práce je nechávána na klientech, kteří sami dané úkoly obstarávají. Rozdělování obyčejné práce mezi klienty je důležité z několika důvodů. Jedním z nich je ten, že podílením se na každodenních pracovních úkolech pomáhá klientům lépe se cítit součástí komunity. Přispívají tak k jejímu udržování a chodu.

Dalším důvodem je ten, že klienti postupně získávají nezbytné dovednosti a důvěru ve využívání svých vlastních dovedností, které možná nikdy před tím nevyužili. Účast na pracovních úkolech s ostatními přináší spoustu mezilidské interakce a také konfliktů, které mohou eskalovat a dále být probírány na skupinových setkáních.

Praktická část

5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

5.1 Cíl

Porovnat změny ve stravovacích návycích klientů TK před nastoupením do léčby – nultá fáze s následným stavem stravovacích návyků v léčbě – první fáze. Obě fáze budou porovnány také s normou, tedy doporučeným denním příjmem základních živin pro dospělou populaci (tuky, bílkoviny, mono a polysacharidy).

5.2 Formulace výzkumných otázek

- Jaký je rozdíl v množství a frekvenci přijímaných druhů potravin během fáze před léčbou, v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby?
- U jakých potravin došlo k největšímu rozdílu ve frekvenci jejich konzumace?
- Jaký je rozdíl v příjmu jednoduchých cukrů během fáze před léčbou, v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby?
- Do jaké míry se liší příjem jednotlivých základních živin v nulté a první fázi od doporučeného denního příjmu pro dospělou osobu?
- Jak se vyvíjí hmotnost klientů během fáze před léčbou, v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby?

6. Popis metodologického rámce a metod

Ke zpracování byl zařazen Frekvenční potravinový dotazník (DANONE, 2002), který mapuje množství konzumace vybraných skupin potravin. Jedná se o skupinu obiloviny, která zahrnuje pečivo, rýži a těstoviny. Dalšími skupinami v dotazníku je zelenina a ovoce. V těchto dvou skupinách je zahrnuta konzumace čerstvých plodů, stejně tak vařené zeleniny nebo kompotů. Čtvrtá skupina zahrnuje bílkovinné potraviny, patří sem maso a masné

výrobky, vejce, luštěniny. Pátá skupiny zahrnuje mléčnou výživu, konkrétně jogurty, tvarohy, mléko. Skupina mapující příjem jednoduchých sacharidů se nazývá mlsnoty. Poslední skupina sleduje příjem tekutin, konkrétně čaje.

Frekvenční potravinový dotazník byl administrován ve vybraných terapeutických komunitách v ČR. Klienti komunit vyplňovali dotazník ve spolupráci s pověřeným pracovníkem z dané komunity. Klient vyplnil frekvenční potravinový dotazník při nástupu do komunity, a to za účelem retrospektivního vybavení stravovacích návyků před nástupem do léčby. Tyto dotazníky mapují frekvenci konzumace daných potravin před léčbou.

Po 14 dnech v léčbě klienti vyplnili opět frekvenční potravinový dotazník, který v této fázi mapuje aktuální stravovací návyky, tedy v prvním měsíci léčby.

Po dalším období léčby klienti vyplňovali daný dotazník potřetí, tentokrát byly sledovány jejich stravovací návyky po třech měsících v léčbě.

Na základě vyplnění frekvence konzumace potravin ve třech fázích lze vyvodit, kolik porcí v dané skupině potravin klienti snědli. Pro výzkumné šetření jsou tak k dispozici informace o předešlých a aktuálních stravovacích návycích klientů TK.

K doplnění informací o pohlaví klientů byl využit dotazník YFAS, který mapuje škálu závislosti na jídle. Tento dotazník byl také ve vybraných terapeutických komunitách administrován a je tak možné zjistit pohlaví respondentů. Tento doplňující údaj bude využit pro porovnání změny BMI mezi muži a ženami v průběhu léčby.

6.1 Etické aspekty

Dotazníky jsou označeny kódem, na žádném místě nefigurují jména klientů, anonymita byla dodržena. Při vyhodnocování a zpracování dotazníků byl vyřazen pouze jeden dotazník, u kterého došlo k chybnému vyplnění váhy klienta, respektive změna váhy mezi fází před léčbou a v prvním měsíci léčby je irelevantní.

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří klienti vybraných terapeutických komunit v České republice. Výběr klientů, kteří se do výzkumu zapojili, byl ovlivněn jejich termínem vstupu do léčby. Výzkum probíhal v termínu od 1. 7. 2015 do 15. 10. 2015. Pouze klienti, kteří nastupovali do léčby v této době, mohli být do výzkumu zařazeni, a to vzhledem k povaze zaměření výzkumu.

Celkem bylo ke zpracování přijato 33 dotazníků mapující stravovací návyky před léčbou tzv. nultá fáze, 31 dotazníků mapující stravovací návyky v prvním měsíci léčby tzv. první fáze a 24 dotazníků mapující období třetího měsíce léčby tzv. druhá fáze. Dotazníky z nulté a první fáze byly spárovány, čímž došlo k vyloučení dvou dotazníků z nulté fáze, kterým chyběla návaznost v první fázi.

Celkem bylo vyhodnoceno 30 dotazníků z období před léčbou, 30 dotazníků z období prvního měsíce léčby a 24 dotazníků ze třetího měsíce léčby.

Pokles počtu dotazníků mezi prvním a třetím měsícem léčby je dán poklesem dotazovaných klientů v léčbě, respektive jejich opuštěním léčebného zařízení.

7. Výsledky

Tabulka č. 2: Přehled konzumace vybraných skupin potravin před léčbou.

Stravování před léčbou			
Komodita	Počet zkonsumovaných porcí za jeden den	Doporučený počet porcí na jeden den (PKČR, 2012)	Procentuální vyjádření (vztáhnuto ke spodní hranici počtu dop. porcí)
Obiloviny	3,03	3 - 6	101%
Zelenina	0,98	3 - 5	33%
Ovoce	1,19	2 - 4	59%
Maso, vejce, luštěniny	1,22	1 - 2	122%
Mléčná výživa	2,08	2 - 3	104%
Mlsnoty	1,29	0 - 2	129%

V tabulce č. 2 je přehledně znázorněno, kolik porcí klienti terapeutických komunit zkonsumovali před nástupem do léčby a to v rámci sledovaných skupin potravin. V druhém sloupci je uveden rozsah počtu porcí, který doporučuje Potravinářská komora České republiky. Poslední sloupec vyjadřuje, na kolik procent je splněna konzumace dané skupiny potravin. Procentuální vyjádření je vztažené ke spodní hranici doporučeného množství. Z tabulky č. 2 je patrné, že v období před léčbou je splněn doporučený počet zkonsumovaných porcí pro skupinu potravin obiloviny, maso, vejce, luštěniny a pro mléčnou výživu. Nedostatečné množství porcí je evidentní u skupiny zelenina a ovoce. Zvláštní kategorií je skupina mlsnoty, jejíž doporučené množství pro konzumaci začíná na nulovém množství a konzumace maximálně dvou porcí za den je možné tolerovat.

Tabulka č. 3: Přehled konzumace vybraných skupin potravin v prvním měsíci léčby.

Stravování v 1. měsíci léčby			
Komodita	Počet zkonsumovaných porcí za jeden den	Doporučený počet porcí na jeden den (PKČR, 2012)	Procentuální vyjádření (vztáhnuto ke spodní hranici počtu dop. porcí)
Obiloviny	2,66	3 - 6	89%
Zelenina	1,18	3 - 5	39%
Ovoce	1,03	2 - 4	51%
Maso, vejce, luštěniny	1,01	1 - 2	101%
Mléčná výživa	1,27	2 - 3	64%
Mlsnoty	0,71	0 - 2	71%

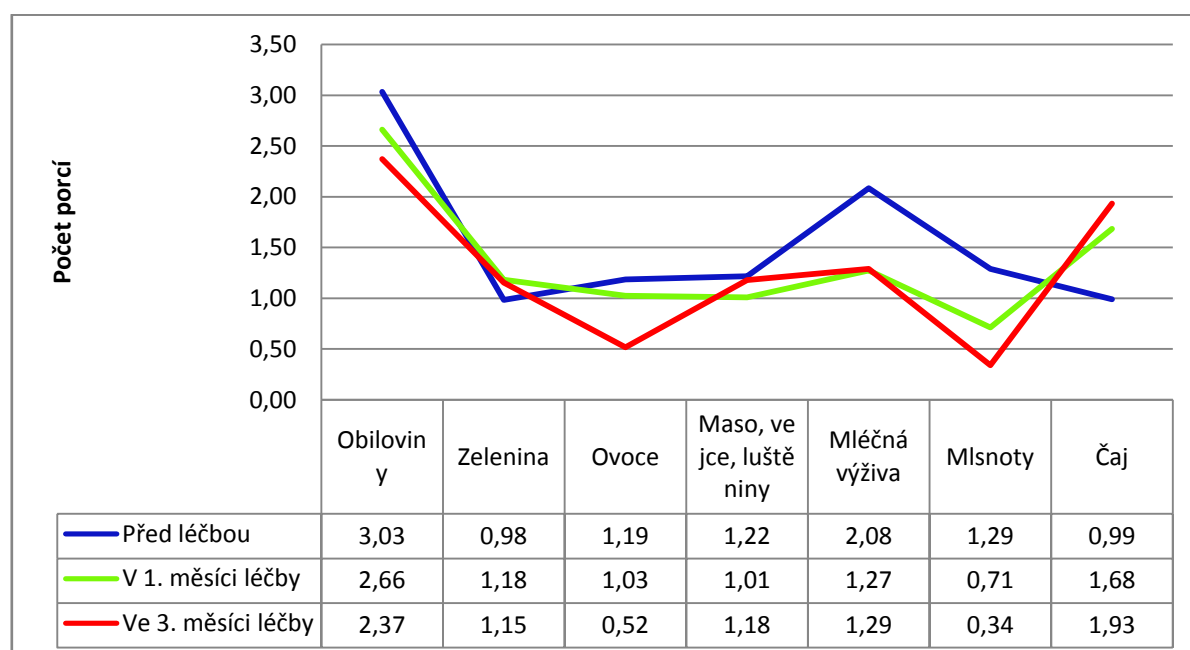
Tabulka č. 3 přehledně ukazuje stav v prvním měsíci léčby. Je patrné, že splněné množství konzumace je u skupiny maso, vejce, luštěniny. Naopak u všech dalších komodit došlo k poklesu konzumaci v porovnání s fází před léčbou. Doporučeného denního množství nedosahují všechny ostatní skupiny potravin – obiloviny, zelenina, ovoce, mléčná výživa. V této fázi došlo k poklesu konzumace mlsnost pod jednu porci za den, úbytek u této skupiny je pozitivním jevem, protože mlsnoty jsou zdrojem jednoduchých sacharidů a ztužených tuků.

Tabulka č. 4: Přehled konzumace vybraných skupin potravin ve třetím měsíci léčby.

Stravování ve 3. měsíci léčby			
Komodita	Počet zkonsumovaných porcí za jeden den	Doporučený počet porcí na jeden den (PKČR, 2012)	Procentuální vyjádření (vztáhnuto ke spodní hranici počtu dop. porcí)
Obiloviny	2,37	3 - 6	79%
Zelenina	1,15	3 - 5	38%
Ovoce	0,52	2 - 4	26%
Maso, vejce, luštěniny	1,18	1 - 2	118%
Mléčná výživa	1,29	2 - 3	65%
Mlsnoty	0,34	0 - 2	34%

V tabulce č. 4 jsou shrnuty výsledky z dotazníků z třetího měsíce léčby. Z těchto výsledků je patrné, že norma pro doporučené denní porce byla splněna u skupiny maso, vejce, luštěniny. Naopak nedostatečné množství denních porcí byly zaznamenány u skupiny obiloviny, zelenina, ovoce, mléčná výživa. V průměru méně než půl porce na jednoho klienta bylo

zkonsumováno také mlsnot, přičemž pokles konzumace v této skupině potravin je vnímán pozitivně.



Graf č. 1: Vývoj zkonsumovaných počtů porcí jednotlivých komodit potravin před léčbou, v 1. měsíci léčby a ve 3. měsíci léčby, přepočteno na jeden den.

Na grafu č. 1 vidíme shrnutí výsledků, které z dotazníků vyplynuly. Jedná se o shrnutí dat zkonsumovaných počtu porcí u dané skupiny potravin. Navíc je zde přidána položka „čaj“, která ve výše uvedených tabulkách není uvedena.

Z celkového shrnutí dat je patrné, že nevyšší konzumace obilovin, tj. průměrně přes 3 porce za den, byla v době před léčbou. V prvním měsíci léčby konzumace klesla, a ve třetím měsíci léčby došlo k dalšímu poklesu konzumace na výsledných 2,37 porce na klienta.

V komoditě zelenina došlo k navýšení konzumace. Z původních 0,98 porce na klienta došlo k mírnému nárůstu na 1,15 porce ve třetím měsíci léčby.

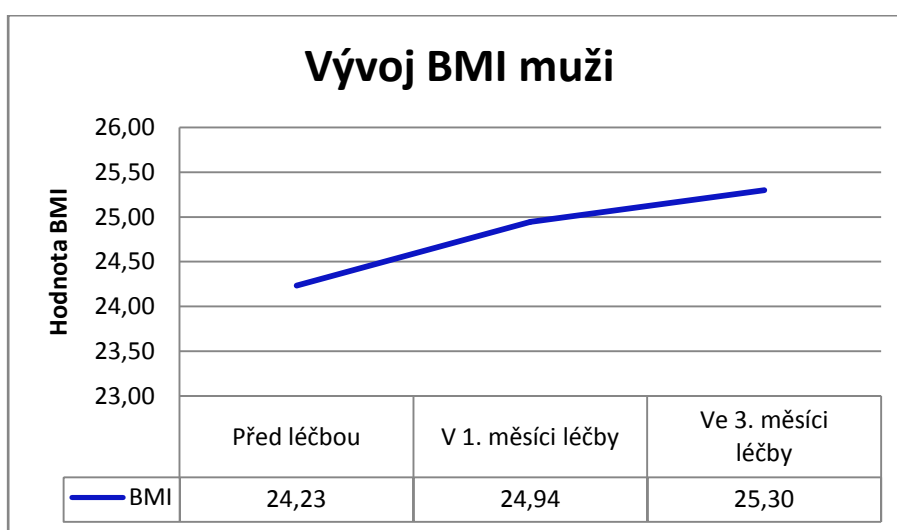
Ve skupině potravin ovoce byl původní počet porcí 1,19 na osobu v období před léčbou. V průběhu léčby v terapeutické komunitě došlo k postupnému snížení na konečných 0,52 porce na klienta v průměru. Jedná se o více jak poloviční snížení konzumace.

Maso, vejce, luštěniny tvoří poměrně stálou skupinu potravin. V době před léčbou se konzumace pohybovala na 1,22 porci na klienta. V průběhu léčby došlo k mírnému snížení na 1,01 porce v prvním měsíci léčby a následnému mírnému nárůstu na 1,18 porce ve třetím měsíci léčby.

Ve skupině potravin mléčná výživa bylo průměrně konzumováno 2,08 porce v době před léčbou. Se zahájením léčby došlo k poklesu konzumace. Ve třetím měsíci léčby bylo dosaženo průměrné konzumace 1,29 porce na klienta.

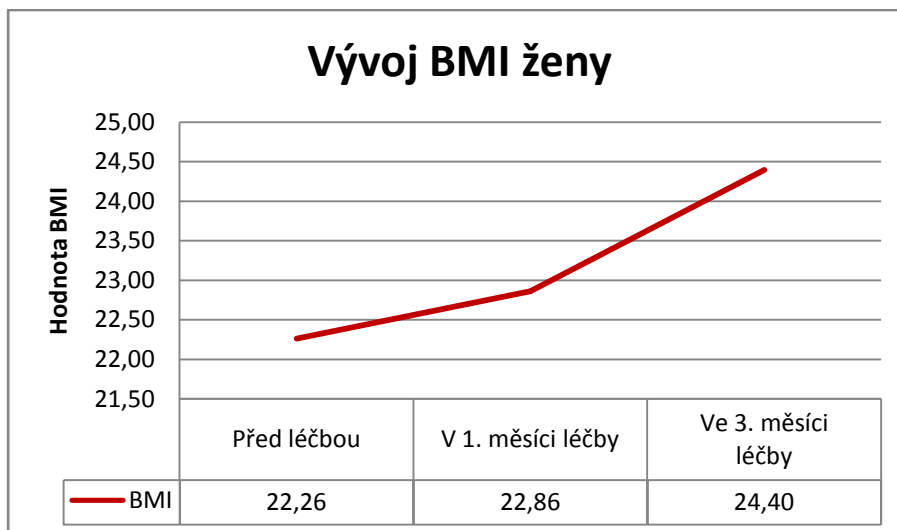
V komoditě mlsnoty můžeme sledovat skokové snížení spotřeby. Původní průměrný počet porcí na klienta před léčbou dosahoval 1,29. V prvním měsíci léčby došlo ke snížení na 0,71 porce na klienta a ve třetím měsíci dokonce na 0,34 porce.

Poslední sledovanou komoditou ve frekvenčním potravinovém dotazníku je čaj. Jeho spotřeba se významně navýšila, od původní necelé jedné porce na klienta v době před léčbou, na výsledných 1,93 porcí ve třetím měsíci léčby.



Graf č. 2: Vývoj BMI v průběhu léčby u mužů

V grafu č. 2 pozorujeme změny v BMI u klientů terapeutické komunity. Průměrné BMI všech zapojených klientů bylo v době před léčbou 24,23 bodu. V prvním měsíci léčby došlo k nárůstu, na průměrných 24,94 bodu. Ve třetím měsíci léčby dosáhl průměr mezi všemi zapojenými klienty 25,30 bodu.



Graf č. 3: Vývoj BMI v průběhu léčby u žen

V grafu č. 3 pozorujeme změny v BMI u klientek terapeutické komunity. Průměrné BMI všech zapojených klientek bylo v době před léčbou 22,26 bodu. V prvním měsíci léčby došlo k nárůstu, na průměrných 22,86 bodu. Ve třetím měsíci léčby dosáhl průměr mezi všemi zapojenými klientkami 24,40 bodu.

8. Diskuse

Výše prezentované výsledky jsou získány analýzou frekvenčních potravinových dotazníků, které vyplňovali klienti terapeutických komunit za asistence pracovníků komunit. Pro zajištění správného pochopení otázek a lepší orientaci v dotazníku je asistence pracovníka komunity vítána, na druhou stranu při vyplňování citlivějších údajů, jako je váha klienta, může dojít ke zkreslení uvedení informace. Ačkoliv byly dotazníky vyplňovány za podpory pracovníka komunity, došlo v jednom případě k nerelevantnímu vyplnění a dotazník tak musel být ze souboru vyřazen. Z tohoto důvodu vidím jako účelné podání opakované informace o způsobu a postupu vyplňování daných dotazníků pověřenému pracovníkovi komunity, aby bylo do budoucna učiněno eliminaci chybně vyplněných dotazníků za dost.

Z výsledků vyplývá, že během léčebného pobytu v terapeutické komunitě respondenti přibývali na váze. Graf č. 2 ukazuje, že průměrné BMI u mužů bylo před nástupem do léčby, tj. v době aktivního užívání návykových látek, na 24,23 bodu. Vzhledem k tomu, že rozmezí škály BMI je pro normální váhu mezi 19 – 25 body, jedná se v případě mužů před léčbou o

dobrý výsledek. V prvním měsíci léčby je znatelný mírný nárůst hmotnosti, ve vzorku respondentů vzrostla hodnota BMI na 24,94 bodu. Tato hodnota je stále v rozmezí pro normální hmotnost. Hranice normální hmotnosti byla překročena během třetího měsíce léčby, ve kterém průměrná hodnota BMI stoupla na 25,30 bodu. Tato hodnota spadá do rozmezí 25 – 30 bodu ukazují na nadváhu. Vzhledem k tomu, že hranice mezi normální váhou a nadváhou byla překročena pouze o 0,3 bodu, nejedná se o signifikantní změnu.

U žen je vzestup hmotnosti výraznější. Graf č. 3 ukazuje vývoj BMI u žen. V předléčebné fázi byla průměrná hodnota rovna 22,26 bodu. Jedná se o střední hodnotu normální váhy, můžeme tedy říci, že se jedná o naprosto ideální hodnotu. V prvním měsíci léčby se BMI mírně zvýšilo na výsledných 22,86 bodu. Ve třetím měsíci léčby byla hodnota BMI již na 24,40 bodu.

Celkový rozdíl mezi měřeními před léčbou a ve třetím měsíci je 2,14 BMI bodu. Tento nárůst je více než dvojnásobný v porovnání se souborem klientů mužů za stejné období. Z výsledků vyplývá, že klienti obou pohlaví při léčbě v terapeutické komunitě přibírají na hmotnosti.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, největší podíl problémových uživatelů drog je závislých na pervitinu. Tito uživatelé také následně tvoří většinu klientů terapeutických komunit pro drogově závislé. Vzhledem k charakteristickým vlastnostem a anorektickým účinkům pervitinu můžeme shrnout, že příbytek váhy u klientů v léčbě, kteří aktuálně abstínují, je možné předpokládat a výsledky bakalářské práce tento předpoklad též dokládají.

Z vyhodnocení dotazníků vyplynulo, že se v období před léčbou, v prvním měsíci léčby a ve třetím období léčby u klientů terapeutických komunit mění počty zkonsumovaných porcí ve sledovaných skupinách potravin.

Počet snědených porcí obilovin po sledovanou dobu lehce klesá, z prvotních 3,03 porce před léčbou spotřeba klesla na 2,37 porce ve třetím měsíci léčby.

Klesající trend se objevil také u mlsnot, u této komodity došlo k dramatickému snížení konzumace z původní 1,29 porce před léčbou na 0,34 porce ve třetím měsíci léčby. Tento pokles je možné zdůvodnit nižší dostupností těchto potravin v komunitách a stejně tak změnou chuťových preferencí, které se mění s abstinencí od návykových látek. (Dekker, 2000; Baptiste, Hamelin, 2009)

Zajímavé je v tomto směru porovnání se studií sledující potravinové zvyklosti u klientů léčících se z alkoholové závislosti. U těchto klientů byl zjištěn naopak obrovský nárůst konzumace sladkostí během léčebného pobytu v psychiatrické nemocnici. Je evidentní, že

druh návykové látky má vliv na příjem jednoduchých sacharidů ve formě sladkostí. (Geyerová, 2013)

Výraznější pokles počtu zkonsumovaných porcí sledujeme i u ovoce, jedná se 50% pokles. Ovoce je zdrojem jednoduchých i složených sacharidů. Z tohoto hlediska se jedná o podobnost s komoditou mlsnoty.

Pokles zaznamenáváme u mléčné výživy, a to z původních 2,08 porce na 1,29 porce ve třetím měsíci léčby. Vyšší konzumaci mléčných výrobků v souvislosti s užíváním heroinu zmiňuje pouze Jeřábková (2013). V této oblasti by bylo potřeba provést další šetření, zda existuje souvislost mezi užíváním heroinu a vyšší konzumací mléčných výrobků.

U komodity zelenina je zaznamenán malý nárůst v počtu zkonsumovaných porcí. Z původních 0,98 porce v období před léčbou se spotřeba zvedla na 1,15 porce ve třetím měsíci léčby. Tento posun je pozitivní z důvodu přiblížení se doporučenému počtu 3 porcí na den.

Ve skupině potravin maso, vejce, luštěniny nedošlo k výrazné změně, konzumace se po celou dobu sledování pohybovala okolo 1,2 porce na den.

Poslední sledovanou komoditou byl čaj. Jeho spotřeba se v průběhu léčby zvyšuje, tento vývoj je pozitivní vzhledem ke zvýšení příjmu tekutin.

Při porovnání výsledků, které ukazují na zvýšení BMI indexu během léčby a zároveň na snížení zkonsumovaných počtu porcí jídel se nabízí otázka, jak je možné tyto dva jevy vysvětlit. V tomto smyslu je potřeba hledat odpověď v účincích návykových látek, které na člověka působí. Jedná se o zrychlený metabolismus a nároky na spotřebu živin a energie jsou vyšší, než u člověka abstinujícího. (Toubro, Astrup, Breum, Quaade, 1993; Dekker, 2000)

Paradoxně, výsledky dokládající stravovací zvyklosti v období před léčbou, se nejlépe přibližují doporučenému množství daných potravin pro populaci podle Potravinářské komory České republiky. V tomto směru je potřeba se zamyslet nad důvody, které vedou ke změně zaznamenaných počtu porcí v prvním a třetím měsíci léčby. Zda se jedná o nedostatky ve stravovacím systému terapeutických komunit, který nezvládá pokrývat potřeby klientů, nebo se jedná o pokusy klientů zhubnout, v důsledku nárůstu váhy při abstinenci od návykových látek.

9. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem se mění počty zkonsumovaných porcí vybraných skupin potravin u klientů léčících se ze závislosti na návykových látkách v terapeutických komunitách v České republice. Tyto údaje byly získány z frekvenčních potravinových dotazníků, které klienti vyplnili bezprostředně po nástupu do léčby, po prvním měsíci léčby a následně také ve třetím měsíci léčby.

Na základě dat ze třech období byly zpracovány výsledky. Bylo zjištěno, že klienti terapeutických komunit během léčby přibývají na hmotnosti. U žen se jedná v průměru o dva body na škále BMI, u mužů se jedná v průměru o jeden bod.

Dále bylo zjištěno, že spotřeba komodit obiloviny, ovoce, mléčné výrobky a sladkosti se mezi obdobími před léčbou, v prvním měsíci léčby a ve třetím měsíci léčby snižovala. Jedná se tedy o pokles počtu zkonsumovaných porcí těchto skupin potravin přepočteno v průměru na jednoho klienta.

Zvýšená konzumace byla zaznamenána u komodity zelenina a čaj. U skupiny potravin maso, vejce a luštěniny se jedná o minimální změny v počtu porcí, v rámci desetin porce. Tato skupina představuje nejmenší změny v porcích ve srovnání před léčbou a v léčbě.

Zvýšení hodnoty BMI se současným snížením počtu porcí u sledovaných skupin potravin svědčí o změnách v energetickém metabolismu klientů v léčbě.

V rámci dalších výzkumů je potřeba ověřit razantní pokles zkonsumovaného počtu porcí u mléčných výrobků a sladkostí v porovnání období před léčbou a v léčbě, který má pravděpodobně souvislost s užívanou návykovou látkou.

10. Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka č. 1: Přehled doporučených denních dávek energie, základních živin, vitaminů a minerálních látek.

Obrázek č. 1: Potravinová pyramida (PKČR, 2012)

Tabulka č. 2: Přehled konzumace vybraných skupin potravin před léčbou.

Tabulka č. 3: Přehled konzumace vybraných skupin potravin v prvním měsíci léčby.

Tabulka č. 4: Přehled konzumace vybraných skupin potravin ve třetím měsíci léčby.

Graf č. 1: Vývoj zkonsumovaných počtů porcí jednotlivých komodit potravin před léčbou, v 1. měsíci léčby a ve 3. měsíci léčby, přepočteno na jeden den.

Graf č. 2: Vývoj BMIv průběhu léčby u mužů

Graf č. 3: Vývoj BMIv průběhu léčby u žen

11. Použitá literatura a zdroje

- Baptiste, F., Hamelin, A. M., (2009). Drugs and Diet Among Women Street Sex Workers and Injection Drug Users in Quebec City. Canadian Journal of Urban Research. Retrieved April 15, 2016 from <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/pqcentral/docview/863706437/7D3AC0B8572949C3PQ/1?accountid=15618>
- Dekker, T. (2000). *Nutrition & Addictions*. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. Retrieved April 5, 2016 from <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/pqcentral/docview/220818396/7B1B4CFC1C9A412APQ/19?accountid=15618>
- Dekker, T., Harrington, K. (2000). *Nutrition & recovery: a professional resource for healthy eating during recovery from substance abuse*. The Journal of Addiction and Mental Health. Retrieved April 10, 2016 from <http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/pqcentral/docview/218652851/B12B868B51004955PQ/1?accountid=15618>
- Dostálová, J., Dlouhý P., Tláskal P. (2012). *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Retrieved March 20, 2016, from <http://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/>
- Dostálová J., Kadlec, P. & kolektiv. (2014). *Potravinářské zbožíznalství*. Praha: Key publishing, s.r.o.
- GEYEROVÁ, Pavla. (2013). *Výživa klientů závislých na alkoholu při léčebném pobytu v psychiatrické léčebně*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Institut DANONE (2002). *Frekvenční potravinový dotazník*. Praha: Institut DANONE.
- Potravinářská komora České republiky, (2012). *Potravinová pyramida*. Retrieved March 30, 2016, from <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>
- Jeřábková Z, (2013). *Poruchy příjmu potravy v kontextu adiktologie*. Retrieved April 2, 2016 from <http://www.doktorweb.cz/poruchy-prijmu-potravy-v-kontextu-adiktologie/>
- Kalina, K., & kolektiv. (2003) *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing.

- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (1995). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Svačina, Š. & kolektiv. (2008). *Klinická dietologie*. Praha: Grada.
- Koolman, J., Röhm, K. H. (2012). *Barevný atlas biochemie*. Praha: Grada.
- Martínková, J. (2007). *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nevšímal, P. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj.
- Perlín, C. (s.d.). *Výživová doporučení*. Retrieved March 20, 2016, from <https://el.lf1.cuni.cz/p59615930/>
- Svobodová, J., Václavík, M. (2006). *Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu*. *Psychiatrie pro Praxi*, 6, 282–284. Retrieved 28, July 2012 from www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/06/05.pdf
- Threlkel, D. E. (2005). *Nutritional attitudes of the methamphetamine addicted*. Retrieved April 17, 2016 from <http://csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.9/937/Final%20PDF.pdf?sequence=1>
- Toubro, S., Astrup, A., Breum, L., & Quaade, F. (1993). *The acute and chronic effects of pephedrine/caffeine mixtures on energy expenditure and glucose metabolism in humans*. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. Retrieved April 6, 2016 from <http://europepmc.org/abstract/med/8124407>
- Williams, S. R., & kolektiv. (1995). *Basic nutrition and diet therapy*. Salt Lake City: Elsevier.
- Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

12. Přílohy

12.1 Frekvenční potravinový dotazník

		* N –	Téměř nikdy	1-3xza měsíc	1x týdně	2-3x týdně	1x denně	2-3x denně	4 a více x denně
Obiloviny	bílé pečivo								
	tmavé pečivo								
	sladké pečivo								
	rýže, těstoviny								
	kaše (obilovinové)								
Zelenina	Brambory								
	zeleninová polévka								
	ostatní vařená zelenina								
	syrová zelenina								
Ovoce	syrové ovoce								
	syrové ovocné šťávy								
	ovocné přesnídávky-konz.								
	ostatní kompotované ovoce								
Luštěniny									
Ryby									
Maso (bez uzenin)									
Uzeniny									
Vejsce									
Mléčná Výživa	Tvarohy								
	Jogurty								
	Sýry								
	Mléko kravské								
	Mléko mateřské								
	Mléka pro batolata (firemní, prášková)								
Mlsnoty (čokolády, bonbóny, ...)									
Čaj									

Uved'te prosím Váš:

Věk:

Výšku:

Hmotnost:

Datum vyplnění: