

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví (B5345)

Studijní obor: Nutriční terapeut (5345R027)



Barbora Hejduk Bobková, MBA

Bezlepková dieta – fakta a mýty

Gluten-free diet – facts and myths

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Ing. Hana Pejšová

Praha, 2017

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 práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 7. 2017

Barbora Hejduk Bobková

Identifikační záznam

HEJDUK BOBKOVÁ, Barbora. Bezlepková dieta – fakta a mýty. [Gluten-free diet – facts and myths]. Praha, 2017. 64 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Ing. Pejšová, Hana.

Poděkování:

Tímto děkuji vedoucí mé bakalářské práce Ing. Haně Pejšové, za odbornou pomoc a doporučení, připomínky a komentáře a hlavně čas, který této bakalářské práci věnovala. Děkuji všem respondentům, kteří se účastnili dotazníkového šetření i testu reklamy, za ochotu i čas a zajímavé podněty k zamyšlení při osobním dotazování. V neposlední řadě děkuji své rodině za velkou podporu a trpělivost.

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Onemocnění vyvolaná lepkiem	11
1.1. Autoimunitní onemocnění	11
1.2. Alergické onemocnění	11
1.3. Neceliakální glutenová senzitivita (NCGS)	12
1.4. Duhringova dermatitida	13
2. Celiakie a bezlepková dieta (BLD)	13
2.1. Definice celiakie	13
2.2. Patogeneze	14
2.3. Formy celiakie	15
2.4. Prevalence	16
2.5. Příznaky onemocnění	17
2.6. Diagnostika celiakie	19
2.6.1. Screening rizikových skupin	20
2.7. Léčba	21
2.7.1. Neúspěchy během léčby	22
2.8. Prevence	22
2.9. Komplikace celiakie	23
3. Bezlepková dieta (BLD) jako léčba	24
4. Bezlepková dieta jako módní trend	27
5. Mýty ve výživě	28
5.1. Co je mýtus	28
5.2. Mýty vs. reklama/marketing	29
5.3. Mýty v dietologii	29
5.4. Fakta a mýty o BLD	30
PRAKTICKÁ ČÁST	38
6. Cíle práce a hypotézy	38
7. Zkoumaný soubor	38
8. Metodika výzkumu	39
8.1. Kvantitativní průzkum: Anonymní dotazníkové šetření	39
8.2. Kvalitativní průzkum: Individuální rozhovory a skupinové rozhovory (Focus Group) nad fiktivní reklamou o BLD	39
9. Výsledky	41
9.1. Dotazníkové šetření	41
9.2. Rozhovory a test fiktivní reklamy	53
10. Diskuze	59
ZÁVĚR	63
Zdroje a použitá literatura	65
Seznamy	68
Přílohy	68

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo získat ucelený pohled na bezlepkovou dietu a potvrdit nebo vyvrátit tvrzení, že se z bezlepkové diety stal módní trend ve výživě.

V teoretické části je vysvětlen vztah bezlepkové diety a onemocněních způsobné nesnášenlivostí lepku. Větší pozornost je věnována nejzávažnějšímu z nich, celiakii, jejíž jedinou léčbou je bezlepková dieta.

Rešerší obvykle dostupných zdrojů pro širokou veřejnost vznikl seznam a popis nejčastěji se objevujících mýtů kolem bezlepkové diety, který byl konfrontován s fakty vycházejících z medicínského pohledu.

V řešení práce bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření na vzorku zákazníků nakupujících bezlepkové potraviny v prodejně Sklizeno, v jídelně České národní banky, na náhodném vzorku lidí, kteří řeší zdravý životní styl a klientů soukromých nutričních poraden se zkušenostmi s bezlepkovou dietou.

Pomocí dotazníku bylo sledováno povědomí o bezlepkové dietě, znalosti o ní, zkušenosti, důvody, co respondenty při rozhodování ovlivnilo. Obzvláště pak u skupiny respondentů, kteří drželi dietu bez diagnostikovaného onemocnění, jehož terapií by byla BLD. Bezlepkovou dietu někdy v životě držela většina dotazovaných – 72 %. Z tohoto celkového počtu nemělo 50 % lékařsky diagnostikováno onemocnění, jehož léčba by tuto dietu vyžadovala. Z celkového počtu lidí, kteří mají zkušenost s BLD je poměr respondentů s diagnózou, jehož je léčbou a bez diagnózy 27:28. Tyto výsledky poukazují na módnost bezlepkové diety a její popularitu.

Zatímco důvod uváděný u celiaků je ve 100 % léčba onemocnění a zbavení se nepříjemných příznaků u zdravých jedinců jsou to spíše důvody spojené s psychologickým osobním motivem, kultem krásy a zdravé výživy (zhubnutí, žít zdravě aj.). Všechny tyto důvody stojí na mýtech, které byli v čase o BLD vytvořeny.

S cílem zjistit, zda a jaký vliv má na módnost bezlepkové diety reklama postavená na mýtech o ní, byla s respondenty, kteří dietu nikdy nedrželi, použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, jehož součástí byl test fiktivní reklamy. Reklamní sdělení oslovilo tři čtvrtiny respondentů (73 %). Jako „drivery“ nebo silné stránky označovali jednotlivé mýty o BLD. Na základě shlédnutí reklamy narostl počet respondentů, kteří by BLD vyzkoušeli o 10 %. Efekt reklamy postavené na mýtech o této dietě byl tedy tímto výzkumem potvrzen.

Klíčová slova:

Celiakie, lepek, gluten, bezlepková dieta, alergie, mýtus, marketing, reklama

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to gain a comprehensive view of the gluten-free diet and to confirm or refute the claim that the gluten-free diet became a fashion trend in nutrition.

The theoretical part explains the relationship between gluten-free diet and diseases caused by intolerance of gluten. Greater attention is paid to the most serious of these, celiac disease, whose only treatment is gluten-free diet

Research of commonly available sources for the general public has produced a list and description of the most common myths about a gluten-free diet that has been confronted with facts emerging from a medical perspective.

Anonymous questionnaire survey was carried out on a sample of customers who bought gluten-free food in the Sklizeno shop, in the Czech National Bank's canteen, on a random sample of people who solve healthy lifestyle and clients of private nutrition counseling with experience with gluten-free diet.

The questionnaire looked at awareness of the gluten-free diet, the knowledge about it, the experience, the reasons for the decision-making process. Especially for a group of respondents who maintained a diet without a diagnosed disease whose therapy would be GFD. Gluten-free diet ever held in most of the respondents - 72%. Out of this total, 50% had no medically diagnosed disease, the treatment of which would require this diet. Of the total number of people who have GFD experience, the ratio of respondents to the diagnosis is treated and without a diagnosis of 27:28. These results indicate the modality of gluten-free diet and its popularity.

While the reason given for celiac disease is 100% treating the disease and relieving the unpleasant symptoms in healthy individuals, it is more of a reason related to the psychological personal motif, cult of beauty and healthy nutrition (weight loss, healthy living, etc.). All these reasons are based on the myths that were created in the time of GFD.

In order to determine whether and how the advertising on myths about gluten-free diet was influenced by the method of a semi-structured interview, which included a fictitious ad test, the respondents who never followed the diet did not use the diet. Three quarters of respondents (73%) approached the advertisement. As "Drivers" or "Strengths", they designate individual GFD myths. Based on ad views, the number of respondents who would have tested GFD by 10% grew. Thus, the effect of myth-related advertising on this diet was confirmed by this research.

Key Words:

Celiac disease, gluten, gluten, gluten-free diet, allergy, myth, marketing, advertising

Seznam zkratk

AGA	Protilátky proti gliadinu
AOECS	Nezávislá nezisková organizace zastřešující spolky celiaků napříč Evropou (The Association of European Coeliac Societies)
AtTGP	Protilátky proti tkáňové transglutamináze
BLD	Bezlepková dieta
ČR	Česká Republika
DM	Diabetes mellitus
EPSGHAN	Evropská společnost pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)
FGD	Skupinové rozhovory (Focus Group Discussions)
GFD	Bezlepková dieta (Gluten Free Diet)
GIT	Gastrointestinální trakt
IgA	Imunoglobulin A
IgE	Imunoglobulin E
IgG	Imunoglobulin G
NAPSGHAN	Severo-americká společnost pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition)
NCGS	Neceliakální glutenová senzitivita (Non-celiac gluten sensitivity)
PR	Public Relation
VÚPP	Výzkumný ústav potravinářský Praha
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
VLDL	Lipoproteiny o velmi nízké hustotě (Very-low-density lipoprotein)

ÚVOD

V současnosti je bezlepková dieta velmi aktuální téma. Téma je to v první řadě pro celiaky, tedy pro pacienty s autoimunitním onemocněním, jelikož pro ně je bezlepková dieta jedinou formou léčby. Lidé s celiakií trpí celoživotní nesnášenlivostí lepku (bílkovinová součást obilí) a pokud konzumují potraviny obsahující gluten neboli lepek, dochází k rozvoji autoimunitního zánětu sliznice tenkého střeva, čímž se také snižuje jeho schopnost vstřebávání živin a může pak postupně dojít až k rozvratu metabolismu. Nejčastějšími příznaky celiakie jsou gastrointestinální příznaky, ztráta hmotnosti a únava. Dietou neléčený chronický zánět střeva v průběhu let sám může vést k nejobávanějším komplikacím celiakie s vysokou úmrtností – k maligním lymfomům a karcinomům zažívacího ústrojí. Spolu s predispozicí k poruše imunity a vzniku celiakie souvisí i častější vznik jiných autoimunit jako například diabetes mellitus 1. typu, autoimunitní záněty štítné žlázy, revmatoidní artritidy, různé typy nefropatií aj.

Téma bezlepkové diety je v současné době velmi populární i u široké veřejnosti, která nemá diagnostikovanou celiakii, ani jinou formu glutenové přecitlivělosti. Knihkupectví nabízí nespočetně knih zaplňujících regály „populárně naučné literatury“, zabývajících se bezlepkovou dietou, která je slibovanou léčbou a až jakýmsi zaklínadlem pro mnoho problémů. Z lepku se stal jed, lepidlo, nepřítel číslo jedna. Knihy a články na internetu i někteří výživoví poradci slibují lidem, že pokud vyloučí lepek ze stravy, budou se cítit mnohem lépe, budou zdravější, krásnější, plni energie, zhubnou, zbaví se akné a ekzémů. Mnoho celebrit toto tvrzení pak podporuje ve vlastních knihách a nazývá ji očistnou kúrou vedoucí ke zdravějšímu životnímu stylu, k vyšším výkonům ve sportu nebo redukci hmotnosti.

Marketing spojený s tímto tématem je tedy velmi propracovaný a bezlepková dieta se stala fenoménem, podobně jako jiné dietní směry, které se v průběhu času mezi širokou veřejností objevují. A vydělaných peněz na tomto fenoménu bude mnoho. Nicméně zřejmě právě díky silné marketingové podpoře jsou lidé ochotni všem slibům uvěřit a dietu minimálně vyzkoušet. Dieta se pak zdá být velmi snadná – vyloučit ze stravy všechny potraviny obsahující lepek, nejíst „jedovaté pečivo a těstoviny“, nahradit tyto potraviny například zeleninou anebo také kukuřičnou či rýžovou moukou. Uvěřit této „snadnosti“ je snadné. Ale striktně žít podle těchto pravidel snadné rozhodně není. Pacient s onemocněním celiakie také moc neocení, že se z bezlepkové stravy stala módní dieta. Sice je díky tomu možná širší sortiment bezlepkového zboží, které lze zakoupit na více místech, ale na druhou stranu díky velké poptávce je také nabídka dražší. Výrobci si mohou dovolit prodávat bezlepkové výrobky za vysoké ceny. Celiak takové potraviny kupovat musí a zdravý člověk testující bezlepkový život to nějakou dobu nadšeně kupovat také bude.

V případě bezlepkové diety je to podle mého názoru přesný důkaz vlivu marketingu na vznik módního fenoménu, trendy dietě, která má lidi uzdravit, vyléčit, posílit. A ano, ona to umí, ale pouze u lidí, kteří mají diagnostikovanou alergii na lepek, nebo trpí onemocněním zvaným celiakie. Pro ostatní zdravé lidi, kteří ji v dobré víře dodržují, je pouhým statutem a drahým způsobem, jak být dnes „in“.

U striktního dlouhodobého dodržování bezlepkové diety u zdravých jedinců je zapotřebí zmínit i možná zdravotní rizika této diety.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji právě na to, jak vznikl tento trend a na mýty, na kterých marketing a reklama pro tuto dietu stojí. A zároveň na její efektivitu. Zajímalo mne, kolik lidí, kteří jsou jinak zdraví, uvěří této módní záležitosti a jak moc tomu dopomohla reklama.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Onemocnění vyvolaná lepkem

Lepek (gluten) je komplex bílkovin vyskytující se v některých obilovinách, největší význam má ale pšeničné zrno. V současnosti se nejčastěji uvádí 4 různé druhy onemocnění způsobené lepkem. Ačkoli původce onemocnění je stejný, reakce organismu je různá a probíhající na jiném podkladě. Může jít o alergický projev, nebo o projev na autoimunitním podkladě, případně i o kožní projev. V současnosti ke spektru chorob vyvolaných lepkem vedle **celiakie** patří i **Duhringova dermatitida** a **alergie na lepek** a **neceliakální glutenová senzitivita**. Každé z těchto onemocnění se projevují trochu jiným způsobem, ale pro většinu jsou dominující zažívací potíže. Nejzávažnějším onemocněním z nich je celiakie. U celiakie a Duhringovy dermatitidy bezlepkovou dietou odstraníme projevy, ale jinak nejsou v současné době vyléčitelné. (Společnost pro bezlepkovou dietu, n.d.)

1.1. Autoimunitní onemocnění

Celiakie (též celiakální sprue nebo glutenová enteropatie)

Je celoživotní autoimunitní onemocnění vyvolané nesnášenlivostí lepku a díky jeho toxickému působení způsobující závažné poškozením střevní sliznice. Při celiakii dochází ke vzniku protilátek proti enterocytům, které jsou pak těmito protilátkami ničeny. Vznik těchto protilátek je podmíněn konzumací lepku v potravě.

1.2. Alergické onemocnění

Alergie na lepek

Alergie na lepek je podmíněna také vznikem protilátek proti lepku, ale jedná se o zcela jinou reakci organismu, není spojena se vznikem autoproti látek, tedy protilátek proti enterocytům a tudíž i poškozením střevní sliznice. Alergie na lepek patří do skupiny potravinových alergií, což jsou imunologicky podmíněné nežádoucí a netoxické reakce na potraviny, zprostředkované IgE protilátkami. V tomto případě reakce na lepek bývá rychlá oproti celiakii. Projevy jsou nejčastěji vázány na trávicí ústrojí v podobě nevolnosti, bolesti až křečí, nadýmání, průjmu, dále kožní či případně dýchací projevy. Příznaky alergie tedy můžou být nepříjemné, ale nedochází ke komplikacím a poškození sliznice tenkého střeva jako je tomu u mnohem nebezpečnější celiakie. Zda se jedná o alergii na lepek musí vždy rozhodnout lékař ještě před nasazením diety. (Rujner & Cichanska, 2006) (Společnost pro bezlepkovou dietu, 2002)

Zatímco všichni celiaci trpí nesnášenlivostí lepku, tak lidé s intolerancí na lepek nejsou vždy celiaci. Mezi těmito dvěma onemocněními je podstatný rozdíl. A přitom bývají často zaměňovány.

Tab. 1: Rozdíl mezi alergií na lepek a celiakií (Proalergiky.cz, n.d.)

	Alergie na lepek	Celiakie
Původ reakce	protilátkami typu IgE zaměřenými proti lepku	autoimunitní charakter – protilátkami typu IgA
Příznaky	svědění v ústech a krku, bolest žaludku, zvracení, průjem, nadýmání, rýma, dušnost, kopřivka, ekzém aj.	průjem, nadýmání, poruchy vstřebávání živin, zvýšená únava, neprospívání, u dětí poruchy růstu, zvýšená kazivost zubů, afty, anémie aj.
Nástup příznaků	rychlý (jednotky až desítky minut)	pomalý (hodiny až dny)
Kde se léčí	alergologie	gastroenterologie
Diagnostika	krevní nebo kožní imunologické testy	vyšetření střev, krevní testy
Trvání	nemusí být celoživotní častější v útlém dětství	celoživotní nezávisí na věku
Vyléčitelnost	Vakcinace alergenů díky níž je možné vyvolat toleranci organismu vůči lepku	zatím není známé vyléčení

Na nežádoucí reakce (spojené například s průjmy, bolestmi břicha) po konzumaci potravin mají vliv kromě imunitních mechanismů i neimunitní mechanismy. Na vzniku potravinových alergií se tak podílí i různé enzymatické reakce (například nesnášenlivost laktózy z důvodu nedostatku nebo snížené aktivity enzymu laktázy).

1.3. Neceliakální glutenová senzitivita (NCGS)

Několik studií potvrdilo existenci hypersensitivity nebo přecitlivělosti na gluten, která má velmi podobné klinické příznaky (jako bolesti břicha, průjmy, bolesti kloubů, únavu, psychické obtíže, ekzém a další) jako celiakie.

NCGS se odlišuje od celiakie několika faktory:

- Nevyskytuje se u ní hereditární dědičnost.
- Žádné spojení s poruchami souvisejícími s celiakií jako je například malabsorpce, vyšší riziko autoimunitních poruch nebo střevních malignit.
- Žádné imunologické nebo serologické markery.
- Absence celiakie nebo alergie na pšenici. Lékaři diagnostikují NCGS pouze vyloučením celiakie a IgE zprostředkované alergie na pšenici.

Pro tuto diagnózu dosud neexistuje žádný potvrzující test. Doporučením je nasazení bezlepkové diety a sledování efektů vynechání lepku ze stravy.

Také nebylo dosud nijak zjištěno, jestli se jedná v případě neceliakální glutenové senzitivity o přechodnou či trvalejší záležitost. (Společnost pro bezlepkovou dietu, 2002) (Adams, 2015)

1.4. Duhringova dermatitida

Duhringova dermatitida (Dermatitis herpetiformis Duhring, Duhringův syndrom) je kožní projev nesnášenlivosti lepku. Nejčastěji postihuje děti a dospívající a je chronická. V okolí velkých kloubů a ohybů kůže, nejčastěji na vnější straně loktů a kolenou (hýždí, zad a hlavy) se objeví palčivě svědivé puchýřky, které se podobají oparům. Na sliznici tenkého střeva lze nalézt změny charakteristické pro celiakii, ale v tomto případě střevo je poškozeno ostrůvkovitě a ne plošně. Terapií je bezlepková dieta, v případě, kdy nestačí a je třeba účinněji omezit tvorbu puchýřků, nasadí se medikamenty. Duhringova dermatitida se může objevit, podobně jako celiakie, kdykoliv během života, oproti celiakii se ale onemocnění objevuje vzácněji a reakce na bezlepkovou dietu může být pomalejší než u celiakie. Pro diagnostiku kožní lékař odebere kousek kůže a provede její biopsii. (Společnost pro bezlepkovou dietu, n.d.)

2. Celiakie a bezlepková dieta (BLD)

2.1. Definice celiakie

Celiakie je celoživotní onemocnění, charakterizované nesnášenlivostí lepku. Je to vrozené onemocnění postihující celý organismus u osob s genetickou predispozicí a může proběhnout v každém věku. Nemoc se projeví v době konzumace lepku, často je ale také spouštěčem stres, nebo infekce. (Rujner & Cichanska, 2006)

Toto onemocnění je definované jako hereditární autoimunitní zánětlivé postižení tenkého střeva (především jejunu) u geneticky predisponovaných jedinců, které je vyvoláno intolerancí na gliadinovou frakci glutenu. Projevuje se příznačnými morfologickými změnami tenkého střeva a může dojít až do stadia těžkého malabsorpčním syndromu. (Klener, 2006)

Vzniká na autoimunitním podkladě a dojde tedy k tvorbě protilátek proti buňkám vlastního těla a nastartuje se nepřiměřená reakce organismu na lepek. Onemocnění je pak někdy ve zkratce charakterizováno jako nesnášenlivost lepku. Při neléčené celiakii dochází k poškození sliznice tenkého střeva touto autoimunitní reakcí, což může mít velmi těžké následky. V krajním případě dochází až k těžké podvýživě, jinak dále k průjmům, vzniku osteoporózy nebo zvýšenému riziku maligních nádorů a jiných komplikací, které uvádím níže. V současnosti je tato choroba nevléčitelná, ale při striktním dodržování bezlepkové diety vymizí její příznaky.

Díky nalezenému spisu od Aretaeuse z Cappadoiky „Náchylnost k celiakii“ je pravděpodobné, že se příznaky celiakie vyskytovaly již v antickém Řecku.

Nicméně popsána a objevena byla ale až koncem 19. století (Samuel Gee) jako dětská choroba projevující se podvýživou a jako vyvolávající příčina byl určen neznámý dietní faktor. Ke zjištění významu lepku na vznik celiakie dochází až po 2. světové válce (K.W. Dicke, van de Kamer), kdy díky nedostatku mouky došlo ke zlepšení průběhu celiakie u dětí a po válce došlo naopak k novým relapsům choroby.

Co je to lepek?

Lepek (gluten) je součástí obilné bílkoviny, která byla česky pojmenována podle své charakteristické vlastnosti – lepivosti, která umožňuje soudružnost těsta. Lepek je bílkovinný komplex, který je součástí zrn některých obilovin. Bílkovinu v obilninách a jejich podíl můžeme rozdělit na 1/3 albuminu a globulinů a pak gluten, který se dále skládá z 1/3 gluteninů a 1/3 gliadinů. (Kohout & Pavlíčková, 2006)

Lepek je rozpustný v alkoholu, nerozpustný ve vodě. Tato bílkovina se nachází v těchto obilovinách: v pšenici (gliadin), v žitě (sekalin), v ječmeni (hordein) a v ovse (avenin). Jejich toxicita se liší, nejvyšší toxicitu má gliadin, pak sekalin, hodein a avenin. (Rujner & Cichanska, 2006)

U jedinců postižených celiakií působí toxicky na střevní sliznici a vyvolává nepřiměřenou reakci imunitního systému s trvalou tvorbou autoprotilátek. Celiakie je tedy podmíněna působením toxické části glutenu na enterocyt. Po štěpení glutenu dostaneme kromě jiných částí, alfa-gliadin, který způsobuje klasické příznaky celiakie, je schopen způsobit změny střevní sliznice. Z něj se pak podařilo ještě dalším štěpením izolovat peptid B 3142, jenž je schopen sám vyvolat celiakii.

Podle MUDr. Pavla Kohouta normální strava obsahuje 7 - 13g a podle některých pramenů až 20 gramů lepku za den, přičemž k vyvolání příznaků celiakie stačí však jen opravdu minimální množství. Zároveň díky tomu, že toxicita frakcí glutenu závisí na složení aminokyselin v základní struktuře bílkoviny a technologické procesy (jako je denaturace a částečně hydrolyza) toxicitu neovlivní je u celiakie toxické nejen zrno, ale i výrobky z obilovin.

Lepek je tedy obsažen v pšenici, žitu, ječmeni, ovsu (i když na vhodnost ovesných produktů není názor zcela vyhraněný) a špaldě. Všechny tyto obiloviny a všechny přípravky z nich připravené se musí u lidí postižených celiakií vyloučit celoživotně z jídelníčku. Znamená to vyloučit ze života mouku, pečivo, chléb, těstoviny, knedlíky, pokrmy obsahující mouku (například strouhanka na obalení, zavářky do polévek), také uzeniny, pivo, zkrátka vše, co obsahuje lepek. Tyto potraviny je ale možné nahradit jinými jako je rýže, kukuřice, brambory, pohanka, jáhly, luštěniny, zelenina a ovoce. I mouka se dá již nahradit bezlepkovou formou, takže existují již bezlepkové knedlíky, pečivo, moučníky aj.

Dodržování striktní bezlepkové diety je jediný způsob, jak udržet bezpříznakový průběh choroby. (Rujner & Cichanska, 2006) (Kohout & Pavlíčková, 2006)

2.2. Patogeneze

Citlivý organismus reaguje na lepek tvorbou protilátek proti vlastním enterocytům, které jsou těmito protilátkami napadeny a poté ničeny. Vlivem této autoimunitní reakce dochází k poškození, v horším případě až zániku, sliznice tenkého střeva, která slouží jako bariérová ochrana a imunitní dozor.

Dva logické předpoklady pro nastání takového stavu jsou:

1. Přítomnost lepku v potravě
2. Senzitivní organismus na lepek

Lepek (gluten) je obsažen v zrnech pšenice, žita, ječmene a ovsa. Nejdůležitějšími složkami glutenu jsou frakce nerozpustné ve vodě – gliadiny a gluteniny (přibližně ve vzájemném poměru 2:3). Protienovou frakcí glutenu je gliadin. Gliadinové fragmenty vyvolávají u geneticky predisponovaných jedinců neadekvátní imunitní reakci s trvalou tvorbou autoprotilátek. Zejména je to tkáňová transglutamináza, proti které se tvoří hlavní protilátky. Reakce je zprostředkována T-lymfocyty. Důsledkem je pak poškození sliznice tenkého střeva s atrofií klků. Postiženo bývá hlavně jejunum, ale změny se můžou týkat celého střeva. U citlivého neboli senzitivního pacienta nedošlo tedy k navození tolerance ke gliadinu. Přínosnější je pak diagnostika pomocí biopsie. (Klener, 2006)

S postupem onemocnění gradují histologické změny. Příznačná je atrofie klků (úplná atrofie postihuje jen pokročilé případy), kulatobuněčná infiltrace lamina propria a hypertrofie krypt. Po stránce funkční pak dochází ke zvýšení střevní propustnosti. (Klener, 2006)

Zároveň je ale třeba uvést, že histologické změny nejsou pro celiakii specifické a ke stejnému nálezu může dojít i působením jiných příčin.

K poškození sliznice tenkého střeva působením lepku dochází jak v dětství, tak v dospělosti, ve všech zemích světa. Nesnášenlivost trvá celoživotně. Bývá geneticky determinována. Může se projevit v kterémkoliv věku, v dospělosti to bývá často po duševní nebo tělesné zátěži.

Celiakie se projevuje v už 1. roce života, kdy se mezi 4. - 6. měsícem zavádí lepek (nejčastěji ve formě obilných kaší) do kojenecké stravy. Příznaky se mohou projevit pak po 1. roce života do puberty, kdy může nastat naopak útlum příznaků. K projevení nemoci, ale dochází i v dospělosti. U žen se projevuje nejvíce mezi 20. a 30. rokem a dále pak po 50. roku života. U mužů nejčastěji kolem 40. roku. Genderově je ale počet postižených vyvážený, je u obou pohlaví zhruba stejný. U žen se častěji vyskytuje manifestní podoba nemoci, u mužů více bezpříznaková podoba.

2.3. Formy celiakie

Podle charakteristiky příznaků se celiakie dělí do několika podob. Klasické příznaky celiakie jsou bohužel v menšinovém výskytu. Hlavně v dospělosti spíše převažují ty neklasické, a tudíž je diagnostika velmi obtížná a velká část nemocných zůstává skryta.

- **Klasická forma celiakie** (plně rozvinutá), kterou má cca 30–40 % nemocných. Pozitivní histologický nález i sérologické markery celiakie. Symptomy i laboratorní nález související s malabsorpcí.
- **Subklinická** – nebo také atypická forma celiakie („extraintestinální“ forma), kdy nemocní mají atypické příznaky, gastrointestinální se prakticky neobjevují. Převažují mimostřevní projevy (anemie, metabolická osteopatie, gynekologické obtíže). Pozitivní biopsie a sérologické nálezy.
- **Silentní (němá) celiakie** – jak už název vypovídá, klinické příznaky chybí, histologie a sérologie je pozitivní a taktéž rodinná anamnéza celiakie bývá pozitivní.
- **Latentní celiakie** – pacienti nemají symptomy nemoci, ale sérologie je pozitivní.
- **Potenciální celiakie** – pacienti s genetickými predispozicemi, které je třeba sledovat. (Prokopová, 2008)

Tab. 2: Přehled forem celiakie a jejich příznaky

FORMA ONEMOCNĚNÍ	KLINICKÉ PŘÍZNAKY
Klasická forma	typické či atypické příznaky, pozitivní nález na sliznici tenkého střeva včetně imunohistochemického vyšetření, sérologické markery celiakie jsou pozitivní
Latentní forma	asymptomatická, často u pacientů s dřívějšími klasickými příznaky, aktivace zátěží, pozitivní sérologické markery, biopsie normální
Potenciální forma	příznaky mohou chybět, možné definovat také jako zvýšené riziko celiakie, negativní klinické příznaky, histologické vyšetření i negativní sérologické markery
Subklinická forma	atypické symptomy, převládají příznaky přidružených chorob (např. nejasná anémie, plešatost, neplodnost, deprese, osteopenie)
Duhringova herpetiformní dermatitida	kožní manifestace celiakie: puchýřkaté ložiskové postižení kůže, průjmy, biopsie může být negativní (ložiskové poškození sliznice tenkého střeva), pozitivní protilátky v kožní tkáni
Silentní forma	asymptomatická, často rodinná anamnéza (nutný screening), sliznice střeva poškozena a pozitivní sérologické markery

2.4. Prevalence

Prevalence celiakie v populaci je 1:200 až 1:250. (Zoufalá, 2011)

Dle AOECs (The Association of European Coeliac Societies), asociace, která sdružuje a zastřešuje 35 různých společností lidí postižených celiakií a to skrze celou Evropu, se odhaduje, že 1 ze 100 lidí trpí celiakií (v rámci Evropy). (The Association of European Coeliac Societies, 2017)

Dle dostupných údajů celiakie byla spojena se zvýšenou úmrtností a malignitou ve srovnání s celkovou populací (mortalita všech příčin: zvýšení o 30 % až 40 %, úmrtnost na rakovinu: zvýšení o 60 % až 80 %). Riziko výskytu malignit u pacientů s celiakií, zejména lymfomem, se odhaduje na 1,3násobně vyšší než u obyčejné populace. Studie uvádí, že riziko výskytu malignity u lidí s nedagnostikovaným onemocněním celiakie může být vysoké. I pozdě diagnostikovaná celiakie (tedy u věku nad 50 let) je považována za závažnou prekancerózu.

Uvádí se 8–10% prevalence výskytu malignit. A je dokázané, že toto riziko lze významně ovlivnit striktně dodržovanou bezlepkovou dietou. Pokud je dieta dodržována 5 a více let, tak se riziko v podstatě neliší od zdravé populace. Riziko spočívá v deregulaci slizniční imunity střeva lepkem a zvýšené propustnosti střevní sliznice pro karcinogeny.

Mezi nemaligní komplikace celiakie patří mírné zvýšení rizika zlomenin, stejně jako neurologické nebo psychiatrické stavy. Problémy s reprodukcí se vyskytují v menšině případů

a mohou být přeceňovány. Byl ale přesvědčivě prokázán pozitivní účinek včasné diagnostiky celiakie a promptní léčby formou BLD na prevenci a zlepšení těchto nemaligních komplikací. Z tohoto důvodu odborníci důrazně doporučují včasnou detekci celiakie a dlouhodobě přísné dodržování léčby pomocí BLD. (Smecuol & Bai, 2011) (West et al. 2014)

Dříve se onemocnění považovalo za celkem vzácné, ale nyní se naopak ukazuje, že jde o poměrně častou nemoc. V ČR je prevalence onemocnění 1:200–1:250, to znamená zhruba 40 000 - 50 000 nemocných celiakii. Dle dostupných informací se ale v gastroenterologických poradnách sleduje odhadem 3–4 tisíce pacientů s celiakii, což znamená, že se aktivně léčí asi každý desátý. (Frič, 2017)

Navíc jelikož mnoho symptomů není rozeznáno jako celiakie, předpokládá se vysoký počet statisticky nezjištěných případů. V ČR se odhaduje zhruba 1 nemocný na 200-250 zdravých jedinců. Podchycena je však jen desetina tohoto počtu, protože mnoho lidí má netypické příznaky a praktický lékař na celiakii nepomyslí. (Marquardt & Lanzenberger, 2010)

Prevalence je rozdílná dle různých geografických oblastí a také různě kolísá. V Číně, Japonsku a Africe je celiakie téměř neznámá. Příčinou je patrně genetická náchylnost, a pak také jiné stravovací zvyklosti – například menší konzumace obilí a větším množstvím rýže.

Podle posledních dostupných informací je vysoká prevalence například v Irsku, Izraeli a skandinávských zemích, nízká pak v Austrálii a Asii. Podle posledních průzkumů z 10 evropských zemí, USA a severní Afriky je prevalence celiakie 1: 266. (Frič & Mengerová, 2008)

2.5. Příznaky onemocnění

Celiakie postihuje lidi velmi individuálně a rozdílně. Dle Centra celiakie na Chicagské univerzitě existuje více než 200 příznaků a symptomů celiakie, a přesto významné procento lidí s celiakii nemá vůbec žádné příznaky. Nepoškozená část tenkého střeva dokáže absorbovat dostatek živin, aby zabránila symptomům. Lidé bez příznaků jsou však stále ohroženi některými komplikacemi celiakie. (Celiac Disease Center, n.d.)

Poškození střev totiž postupně postupuje a může vést k rozvoji souvisejících nemocí a v extrémním případě i k lymfomu střeva.

Dle stupně střevního postižení a stadia onemocnění může být klinický obraz velmi různorodý. Vzhledem k autoimunitě onemocnění se celiakie může sdružovat s dalšími autoimunitními chorobami jako DM 1. typu, s autoimunitní tyreoiditidou, s deficitem IgA, Bergerovou IgA nefropatií, primární biliární cirhózou.

Nejtypičtějším příznakem, které jsou zároveň označovány jako hlavní jsou průjmy a projevy malabsorpce jako je úbytek hmotnosti, steatorea a kareční projevy. Nicméně ty se neprojevují u všech nemocných.

První projevy se tedy mohou objevit už v dětství (cca od 6. měsíce života) nebo v dospělosti (obvykle po 30. roce života). U malých dětí je nápadný především opožděný růst a neprospívání, špatná osifikace kostí, malnutrice s nadmutým břichem, mastné průjmy, hypovitaminóza všech vitamínů a z toho vyplývající poruchy.

U dospělých jsou klasickými příznaky objemné mastné stolice, proteinoenergetická malnutrice a s tím spojený úbytek váhy a bolesti břicha. Častější, než klasické příznaky jsou ale ty netypické jako je například zácpa, větší lámavost kostí a obratlů díky osteoporóze, anémie, občasné pobolívání břicha, infertilita, aftózní stomatitida, deprese a další. (Frič & Mengerová, 2008)

U starších dětí a u dospělých často onemocnění propuká vlivem nějaké zátěže (nemoc, těhotenství).

Pokud je onemocnění již plně rozvinuté je charakteristické malabsorpcí, a to především tuků, a tudíž i vitamínů v tucích rozpustných, dále vápníku a železa, pak vitamínů B-komplexu a z toho vyplývající anémií a vlivy na sliznici (např. bolestivé ústní koutky, praskání kůže), a také osteoporózou.

Poškozením střevní bariéry, který způsobí zvýšený průnik antigenů střevní sliznicí vzniká mnoho mimostřevních příznaků a zvyšuje riziko vzniku maligního onemocnění díky zvýšené antigenní stimulaci a selhání imunitního dozoru. (Kohout & Pavlíčková, 2010)

Symptomy v podstatě odpovídají malabsorpčnímu syndromu a můžou být v různých fázích. Symptomy onemocnění se mění. Zejména sérologické vyšetřování prováděné v posledních letech prokázalo, že výskyt onemocnění je mnohem častější a že existuje mnoho nemocných s nekompletním obrazem onemocnění. (Klener, 2006)

Choroba však může probíhat oligosymptomaticky (např. průjem, zácpa, netypická bolest břicha, nemožnost přibrat na váze atd.) nebo úplně bezpříznakově a projeví se až později komplikacemi. (Kohout & Pavlíčková, 2010)

Kromě typických příznaků se může objevit zvracení, snížená chuť k jídlu, anémie, osteoporóza (řidnutí kostí), zvýšená kazivost zubů, bolesti kloubů, deprese nebo únava.

Hlavní příznaky celiakie se dělí na *abdominální a extraabdominální*.

Mezi *abdominální příznaky* patří:

bolesti břicha často se zhoršující po jídle, nadýmání, zvýšená flatulence, kručení v břiše a přelévání střevního obsahu. Dále jsou příznaky objemná stolice, steatorhoe, stolice může být kašovitá, průjmy, nausea a zvracení.

Extraabdominální příznaky souvisí hlavně s malabsorpcí a patří k nim:

- proteinokalorická malnutrice doprovázená hypoalbuminemií, otokem dolních končetin, únavou, slabostí, amenorrhoeou a mužskou infertilitou
- porucha vývoje dětí, jejich růstu, včetně možnosti mentální retardace
- váhový úbytek
- selhání imunitního dozoru a tím zvýšená náchylnost k infekcím a častější výskyt tumoru;
- psychické poruchy, zvláště deprese a schizofrenie
- anemie jako důsledek nedostatku železa
- osteomalacie, osteoporóza způsobené malabsorpcí vitamínu D a vápníku
- hypovitaminóza vitamínu B-komplexu s následnou neuropatií
- hypovitaminóza vitamínu A se šeroslepostí

- intolerance laktózy
- infertilita

2.6. Diagnostika celiakie

Diagnostika celiakie je většinou složitá a trvá dlouhou dobu. Nicméně díky objevení specifických protilátek proti endomysiu a tkáňové transglutamináze se diagnostika celiakie zjednodušila a pacient musí absolvovat jen 1 biopsii vzorku sliznice tenkého střeva (dříve 3 biopsie), dále se posuzuje úprava klinického stavu a úprava hodnot sérologických markerů. Diagnostiku je nutné vzít v úvahu především u pacientů s dlouhodobým váhovým úbytkem, anemií, proteino-energetickou malnutricí, steatoreou a dalšími zažívacími obtížemi. Při podezření na celiakii je zásadní provést vyšetření ještě před zavedením bezlepkové diety.

Dle směrnice Evropské společnosti pro pediatrickou gastroenterologii, hepatologii a výživu EPSGHAN, NAPSGHAN (aplikuje se ale stejně i v diagnostice celiakie dospělých) je třeba zhodnotit tato diagnostická kritéria:

- anamnéza a zhodnocení klinických příznaků a jejich kompatibilitu s celiakií
- pozitivní sérologické testy a markery celiakie (protilátky)
- biopsie-enterobiopsie s pozitivním nálezem
- zřetelně příznivé klinické i sérologické odpovědi na bezlepkovou dietu
- vyloučení onemocnění s podobnými klinickými projevy (Ivarsson et al., 2013)

V rámci laboratorního vyšetření se provádí soubor citlivých sérologických testů, které stanovují charakteristické protilátky v krvi. Diagnostickými kritérii jsou pozitivita protilátek proti endomysiu a tkáňové transglutamináze, (enzymu tvořícím se v enterocytech) a protilátky proti retikulinu. (Zoufalá, 2011)

Nejvíce vypovídající jsou vysoce senzitivní a specifické protilátky proti tkáňové transglutamináze (dále jen AtTGP). V současné době se tak stalo vyšetřením, které je dostatečně citlivé i specifické pro celiakii. Negativita v podstatě vylučuje celiakii a zároveň je toto vyšetření relativně levné a vhodné pro screeningové programy. Vyšetření protilátek se obvykle provádí v řadě IgA, vzhledem k tomu, že u 10 % pacientů je snižená hladina těchto protilátek, je vhodné doplnit i vyšetření protilátek proti endomysiu, resp. transglutamináze v řadě IgG.

Kombinace těchto testů má výpovědní hodnotu větší než 99 %. Vyšetřované protilátky jsou z řad IgA, někdy je třeba doplnit i řadou IgG (s ohledem na cenu je ve screeningu vyšetření protilátek v řadě IgA).

Kromě výše uvedených markerů celiakie se testuje přítomnost protilátek proti gliadinu (AGA). Nicméně slouží spíše k monitorování léčby, jelikož jsou citlivé a velmi brzy se objeví. Zároveň jejich přítomnost neznamena vždy důkaz celiakie, značí spíše zvýšenou propustnost střevní stěny pro bílkoviny a nemusí tedy znamenat celiakii. (Goldmund, 2001)

Diagnózu celiakie nelze potvrdit, pokud není proveden také odběr vzorku (biopsie) tenkého střeva a není prokázáno poškození sliznice. Provádí se enterobiopsií (u dětí) nebo při gastrokopii a enteroskopii (u dospělých). Dříve se odebíral vzorek z oblasti 1. kličky jejunum, nyní se většinou odebírá gastrokopicky z duodena pod Vaterovou papilou. (Kohout, 2006)

Poškození sliznice tenkého střeva spočívá v zánětlivých změnách ve střevě a k zániků klků. Klky, neboli výchlípy střevní sliznice, zvětšují trávicí plochu a umožňují vstřebávání živin. Jejich zánik tudíž vede k nedostatečné výživě.

U neléčených nemocných je bioptický vzorek sliznice tenčí a na povrchu nejsou klky patrné ani pod lupou. Taková sliznice má tudíž zvýšenou propustnost. Ve slizničním vazivu je přítomen edém (otok) a výrazná zánětlivá infiltrace se zvýšenou tvorbou všech tří základních tříd imunoglobulinů.

Dalším velmi důležitým předpokladem pro diagnostiku celiakie je jak znalost onemocnění asociovaných s celiakií. Mezi choroby, které se vyskytují s onemocněním celiakií častěji než v běžné populaci, patří:

- autoimunitní tyreoiditida
- defekty skloviny
- recidivující stomatitida
- deficit sérového IgA
- IgA nefropatie
- dermatomyositis
- diabetes mellitus I. typu
- Downova choroba
- epilepsie
- maligní onemocnění (vysoké riziko vzniku maligního lymfomu, ale i adenokarcinomů)
- primární biliární cirhóza
- nespecifické chronické střevní záněty (Goldemund, 2001)

V současnosti diagnostiku relativně velmi ztěžuje stoupající množství pacientů s bezpříznakovým průběhem. Je tedy nutné provádět cílený screening a aktivně pátrat po pacientech s asymptomatickým průběhem onemocnění nebo s minimálními příznaky. Rizikovými skupinami jsou např. příbuzní pacientů s celiakií, DM I. typu, další autoimunitní onemocnění a diagnózy.

Mnoho pacientů je diagnostikováno díky screeningu u rizikové populace nebo jako výsledek náhodných endoskopických nálezů charakteristických poškozeních sliznice dvanáctníku u pacientů, kteří podstupují horní endoskopii z jiných důvodů, než je podezření na celiakii. Je zajímavé, že více než 50 % nově diagnostikovaných, jsou případy tiché celiakie, které by jinak nemusely vyžadovat lékařskou konzultaci. (Smecuol & Bai, 2011)

Dalším problémem, který ztěžuje diagnostiku celiakie je dobrovolné držení bezlepkové diety. Zdraví jedinci, jenž vyřadí ze svého jídelníčku lepek se naopak vystavují riziku alergizace lepkem. Časem u nich může propuknout celiakie, ale jelikož nekonzumují lepek, je diagnostika onemocnění velmi obtížná. Krevní markery jsou většinou negativní a musí se udělat biopsie, aby byla diagnostika potvrzena.

2.6.1. Screening rizikových skupin

Screeningem se rozumí aktivní vyhledávání pacientů s celiakií ve skupinách, ve kterých bylo zjištěno větší množství pacientů s celiakií (rizikové skupiny).

Pro včasnou diagnostiku celiakie je vhodné u těchto rizikových skupin vyšetřit sérové hladiny protilátek proti tkáňové transglutamináze v řadě IgA a celkového IgA:

- příbuzní 1. i 2. stupně nemocných s celiakií,
- nemocní s autoimunitními chorobami a chorobami pojiva (autoimunitní thyreoiditida, autoimunitní hepatitida, primární biliární cirhóza a další)
- diabetik 1. typu (přidružená-asociovaná choroba)
- osoby s poruchami fertility a s nevysvětlitelnou anemií, únavovým syndromem aj., které mají atypické (mimostřevní) příznaky celiakie
- pacienti s genetickou anomálií (například Downův syndrom)

Plošný celopopulační screening se v České republice dosud neprovádí. Provádí se cílený screening celiakie, a to od roku 2011.

2.7. Léčba

Toto onemocnění diagnostikuje většinou alergolog nebo gastroenterolog a následuje léčba pomocí dietního režimu při neustálém monitorování léčby pacienta.

Jak už bylo uvedeno výše, příčinou problémů u celiakie je reakce protilátek proti buňkám sliznice tenkého střeva (enterocytům) spuštěná lepkem. Kauzální léčbou je proto bezlepková dieta. Vzhledem k tomu, že celiakie je onemocněním celoživotním, je nutné trvalé dodržování bezlepkové diety. Po aplikaci diety dochází většinou k úpravě příznaků a mnohem později i k obnovení struktury sliznice tenkého střeva, k normalizaci protilátek (sérologických markerů). Nedodržování bezlepkové diety se nemusí ihned klinicky projevit, ale může již docházet znovu k poškození sliznice tenkého střeva s rizikem vzniku komplikací. (Fórum zdravé výživy, 2017)

Léčba je odstupňována podle závažnosti onemocnění. Celiakální krize je nejtěžší stadium, kdy je pacient vážně ohrožen na životě rozvratem vodního a minerálního hospodářství a vnitřního prostředí a je nutné ho léčit na jednotce intenzivní péče. U nejtěžších případů je nutné podat umělou výživu – enterální výživu sondou do žaludku či střeva, případně při selhání střeva – výživu parenterální – do žilního řečiště s vynecháním trávicího traktu. Toto stadium se momentálně ale objevuje velmi zřídka.

V klidové fázi záleží léčba na přísném dodržování bezlepkové diety.

Pokud léčba není úspěšná a pacient stále neprospívá, je nutno zrevidovat především důslednost dodržování této diety. I malé množství lepku může zapříčinit přetrvávání příznaků a pokračování aktivity choroby. Toto malé množství lepku v potravě většinou navíc nevyvolá příznaky a projeví se až později.

Nestačí-li dietní režim, podávají se k navození remise glukokortikoidy. Ty tlumí zánětlivou reakci a mají imunosupresivní účinek, a navíc urychlují vyzrání střevních epitelů. Používá se také substituční terapie zahrnující podávání vitamínů, iontů a živin podle klinických projevů a laboratorních nálezů (anémie, osteopatie aj.).

Pacienta tedy čeká celoživotní striktní vyloučení lepku ze stravy. Každý pacient s diagnostikovanou nesnášenlivostí lepku by měl dostat nejdříve informace o BLD od svého lékaře a poté vyhledat pomoc nutričního terapeuta. Sestavit jídelníček a upravit stravování není

pro pacienta – laika jednoduché. Předpokladem úspěšné léčby jsou tedy pravidelné konzultace s nutričním terapeutem, který pacientovi pomůže změnit jeho stravovací režim.

V poslední době se snaží pomoci i různá pacientská sdružení (v ČR například celiak.cz nebo třeba evropské sdružení AO ECS – The Association of European Coeliac Societies), kde si nemocní navzájem předávají své zkušenosti a poznatky. Samozřejmě to nemůže nahradit roli nutričního terapeuta, který je schopný zohlednit individuální potřeby a předejít tak riziku nedostatečné výživy nebo naopak vzniku nadváhy. (Prokopová, 2008)

2.7.1. Neúspěchy během léčby

Nereagování organismu na léčbu může spočívat v zcela chybějícím nebo nedostatečném účinku BLD (aplikované nejméně 6 měsíců). Případně příznaky přetrvávají nebo se znovu objeví a prokáží to i laboratorní změny typické pro celiakii.

Důvodů tohoto stavu může být několik:

- Pacienti nedodržují striktně bezlepkovou dietu (nejčastější důvod).
- Pacienti nevědomě poruší dietu (špatné označení výrobků).
- Nesprávná diagnóza (například intolerance laktózy nebo vajíček a sóji, syndrom dráždivého střeva, aj.).
- Komplikující stavy (ulcerózní jejunoileitida, karcinom tenkého střeva, T-lymfom, aj.). (Maňasková, 2013)

Pokud pacient s celiakií nedodrží přísnou BLD, hrozí, že nedojde k uklidnění choroby a může dojít k novému vzplanutí. Může dojít až do stadia celiakální krize s velkými průjmy a vyčerpání pacienta. U dětí navíc při porušování diety hrozí nebezpečí zpomaleného růstu a vývoje. Opakované porušování diety vede pak ke vzniku dalších komplikací (např. ulcerativní jejunoileitida – vředový zánět tlustého střeva, zvýšené riziko nádorových onemocnění – rakovina jícnu, žaludku, lymfom tenkého střeva, aj.).

Výsledný efekt léčby tedy závisí především na pacientovi, případně jeho rodinných příslušnících. Jen striktní dodržování diety vede k následnému vymizení příznaků onemocnění. Je potřeba ale poukázat i na její vliv na správný fyzický a psychický růst nemocného dítěte a také na začlenění jak dítěte, tak dospělých do společnosti a normálního života.

Při správně dodržované bezlepkové dietě dochází v průběhu několika týdnů ke zlepšení příznaků, k obnovení sliznice tenkého střeva dochází mnohem později – v závislosti na stupni poškození. V dětském věku může dojít k obnově do 3 měsíců, u dospělých až v průběhu 6 měsíců či později. (Fórum zdravé výživy, 2017)

Příznaky tedy mohou vymizet za 2-3 měsíce po nasazení diety, ale naopak pokud se dieta jednorázově poruší, nemusí to způsobit okamžité problémy, ale již v tomto okamžiku je lepkem střevní sliznice poškozena.

2.8. Prevence

Prevence se dělí na primární a sekundární. Primární prevence vychází ze sledování incidence.

Incidence a prevalence celiakie je mnohem vyšší, než se předpokládalo. Incidence v Evropě je asi 1:1 000 – 1 500.

Do primární prevence patří i zavádění lepku do dětské stravy. Dříve odborníci doporučovali oddálit zavádění alergenů, tedy i lepku, do stravy kojenců. V současnosti je alergology prosazována teorie časné imunologické tolerance. Tato teorie tvrdí, že časný kontakt s potencionálním potravinovým alergenem příznivě ovlivňuje vývoj imunologické tolerance u dítěte a mohl by tak vést k nižší frekvenci výskytu alergického onemocnění. V době, které se říká „imunologické okno“, což je období 4 - 6 měsíců života kojence, by se měly postupně zavádět všechny základní potraviny, včetně bílkovin, mléčných výrobků, vaječného bílku, lepkových obilovin a ryb. Důležité je, že zavádění alergenů by mělo být ideálně stále za plného nebo alespoň částečného kojení. Švédská studie z roku 2002 jejímž cílem bylo zjistit, zda kojení a způsob zavedení dietního lepku ovlivňují riziko celiakie v dětství, dokázala, že postupné zavádění potravin obsahujících lepek do stravy kojenců během jejich kojení snižuje riziko celiakie v raném dětství a pravděpodobně také během následujícího dětského věku. Riziko onemocnění bylo také vyšší, když byl ve stravě zaveden lepek ve velkém množství než při malém nebo středním množství. U starších dětí tyto rizikové faktory neměly žádný nebo jen malý význam.

Na cílené vystavování dětí kontaktu s potravinovými antigeny již od 4. měsíce, jsou ale rozporuplné názory, a to jak ze strany odborníků, tak stejně u matek kojenců. V současnosti probíhají stále ještě studie (např. (EAT – www.eatstudy.co.uk, LEAP – www.leapstudy.co.uk, STAR, aj.), které by měly případně teorii časné imunologické tolerance uznat za opodstatněnou, nicméně již teď je jasné, že imunitní okno má větší váhu oproti starším doporučením. Momentálně se nejvíce doporučuje pediatry zavádět lepek do kojenecké stravy na konci imunologického okna, na 6. měsíc života, a k tomu dále kojit. (Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat, 2014) (Ivarsson et al. 2002)

Cílem sekundární prevence je zabránění relapsu nemoci a spočívá v samotné léčbě celiakie, tedy v přísném dodržování bezlepkové diety.

2.9. Komplikace celiakie

Doc. MUDr. Kohout (z Interního oddělení a Centra výživy v Thomayerově nemocnici) z komplikací celiakie vyzdvihuje tyto 3: refrakterní sprue, ulcerativní jejunoileitida a maligní IgA lymfom tenkého střeva. V případě ulcerativní jejunoileitidy a maligní IgA lymfomu tenkého střeva jde o těžká poškození tenkého střeva. Refrakterní sprue je v podstatě celiakie, která již nereaguje na bezlepkovou dietu. V dalších zdrojích lze ale dohledat několik dalších možných komplikací.

Nicméně zdroje se shodují, že ke komplikacím celiakie patří hlavně zvýšený výskyt nádorových onemocnění. Nádorová onemocnění vznikají nejspíše jako důsledek snížení imunologického dozoru, který selhává díky zvýšenému množství antigenů při zvýšené propustnosti střeva a poškození střevní bariéry. U celiakie se nejčastěji objevují: karcinom jícnu, karcinom žaludku nebo maligní lymfom střeva. U dlouhodobé celiakie trvající přes deset let dochází ke vzniku malignit až v 15 % případů. Přičemž je zvýšená incidence i nádorů mimo trávicí ústrojí. (Kohout & Pavlíčková 2010) (Klener, 2006) (Kohout, 2006)

Jako nejzávažnější komplikace celiakální sprue se uvádí T-lymfom. V tomto případě dojde k náhlému zhoršení, postižený pacient nereaguje na terapii (refrakterní celiakie), a současně je nápadný vzestup IgA. (Klener, 2006)

Anémie, zlomeniny na podkladě osteoporózy, hypokalcémie, hypovitaminózy a jejich projevy nepatří mezi komplikace, ale řadí se k projevům neléčené celiakie.

Duhringova dermatitida také nepatří mezi komplikace, ale ke kožním projevům celiakie.

3. Bezlepková dieta (BLD) jako léčba

BLD je v současnosti jedinou léčbou celiakie a základním léčebným opatřením u všech dalších onemocnění způsobených nesnášenlivostí lepku. Vyloučení surovin, potravin, nápojů, ale i polotovarů připravených z pšenice (včetně špaldy), žita a ječmene nebo s jejich obsahem musí být úplné (zásadně u celiakie) a striktní.

Základem bezlepkové diety bývají potraviny **přírodně bezlepkové** (ty přírodně lepek neobsahují) tedy brambory, rýže, kukuřice, sója, jáhly, pohanka, amarant, maniok, luštěniny. Nebo je možné konzumovat potraviny, které prošly určitou úpravou a **lepek byl odstraněn během výrobního procesu**.

Pokud je diagnóza celiakie potvrzena (pozitivní serologické markery, biopsií a odpověď na BLD), je nutné dietu dodržovat celý život.

Je proto také velmi důležité odlišit přechodné formy nesnášenlivosti lepku (např. po salmonelóze), nebo pokud pacient trpí alergií na lepek bez poškození střevní sliznice, protože porušování diety pak nevede ke zvýšenému riziku komplikací, pouze k příznakům této alergie. U celiakie je nutné BLD dodržovat velmi důsledně, protože i malé množství lepku poškozuje střevní sliznici a způsobuje závažné zdravotní potíže (konkrétně již 50 mg gliadinu denně, což odpovídá 100 mg lepku). (Starnovská, 2014)

Po určité době dodržování bezlepkové diety dochází k obnově klků a regeneraci tenkého střeva. Organismus reaguje na BLD poměrně rychle, už po dvou dnech po použití lepku, se dokáže poškozená sliznice regenerovat. (Frič, n.d.)

Diagnóza a informace spojené s tímto velmi náročným dietním režimem jsou pro nemocného závažné, velmi zasáhnou do jeho života, a tudíž si tato situace vyžaduje mnohostrannou podporu. Úspěch bezlepkové diety proto předpokládá týmový přístup pacienta, lékaře, rodiny, nutričního terapeuta. Dnes existují také zájmové organizace celiaků, nebo sdružení lidí alergických na lepek, které mohou pomoci. I na Facebooku lze najít skupiny lidí, které trápí tyto problémy. Je velmi náročné se s dietou vyrovnat a trvá to delší dobu. Problematické je stravování mimo domov, v restauracích, školních jídelnách, na dovolené.

Dalším problémem je finanční náročnost, protože bezlepková strava je v průměru 2–4× dražší než obdobná strava s obsahem lepku.

Sortiment bezlepkových potravin se rozšiřuje a dají se koupit nejen ve specializovaných prodejnách zdravé výživy, tak již i v supermarketech. Nicméně cena takových výrobků je stále o mnoho vyšší než potraviny s lepkem. Na trhu potravin dochází k nárůstu nabídky nejen

přírodně bezlepkových potravin (cizrna, quinoa, různé druhy fazolí a čočky, aj.), ale i bezlepkových směsí pro přípravu pečiva nebo vůbec pečiva jako takového. Také se díky negativnímu PR a mediálními kauzám daří eliminovat skrytý lepek, například uzenáři se snaží ze svých výrobků rostlinné náhražky, tedy včetně lepku, postupně vylučovat. Pravděpodobně k nárůstu nabídky pomohl i trend a móda posledních pěti let, která přišla z Ameriky, a to stravování bez lepku u zdravých jedinců.

Legislativa

Podle platné legislativy označování potravin (nařízení EU č. 1169/2011) je povinností výrobce potravin přítomnost lepku zvýraznit přímo ve složení a tím viditelně odlišit lepek nebo surovinu obsahující lepek od ostatní složek.

Existují pak různá tvrzení o nepřítomnosti či sníženém obsahu lepku v potravině, povolená dle prováděcího nařízení komise (EU) č. 828/2014. Potravina může být označena tvrzením „**bez lepku**“ pouze tehdy, neobsahuje-li více než 20 mg/kg lepku (ve stavu určeném k spotřebě).

Pokud je potravina označena tvrzením „**velmi nízký obsah lepku**“, znamená to, že musela projít speciální úpravou, aby byl snížen obsah lepku. Nebo jsou to potraviny, u nichž činí obsah lepku v potravině ve stavu, v němž je prodávána konečnému spotřebiteli, nejvýše 100 mg/kg. Pokud je potravina označena „bez lepku“ nebo „s velmi nízkým obsahem lepku“ a obsahuje oves, tak pouze pokud bylo zamezeno kontaminaci pšenicí, žitem, ječmenem nebo jejich kříženci a obsah lepku v ovsu nesmí být vyšší než 20 mg/kg. Někteří výrobci uvádějí dobrovolně pak ještě označení: „**Může obsahovat stopy lepku**“.

Pro lepší orientaci zákazníků se používají různé způsoby značení, které ale nenahrazují povinné značení – viz výše, pouze ho doplňují. Lze se tak setkat například s logem přeškrtnutého klasu (viz obrázek níže), nebo slovním označením „vhodné pro celiaky“, „vhodné při bezlepkové dietě“.

Obrázek 1: Grafický symbol označení bezlepkových potravin a výrobků



Takto označené potraviny jsou tedy bezpečné pro celiaky. Bezlepkové výrobky se na přítomnost lepku testují. V ČR taková šetření provádí Mikrobiologický ústav AV ČR, Immunotech a Beckman Coulter Company a konzultantem je Státní zemědělská a potravinářská inspekce. Pouze testované výrobky v Databázi bezlepkových výrobků ve VÚPP získávají certifikát a mohou být označeny jako bezlepkový výrobek. (Rujner & Cichanska, 2006)

Bezlepková strava

Ačkoliv s BDL trvá zákaz některých obilnin (pšenice, žita, ječmene, špaldy, ovsa) a veškerých výrobků z nich vyrobených, bezlepková dieta může být plnohodnotná co do obsahu energie, živin, mikronutrientů (stopových prvků i vitaminů) a může být i dostatečně pestrá.

Pacienti s BLD mohou bez omezení konzumovat ovoce a zeleninu, vejce, maso a ryby. Což ovšem už ale neplatí pro výrobky z nich. Je potřeba dávat pozor na velmi často se vyskytující skrytý lepek. Tedy na různé polotovary, které celkem nečekaně obsahují lepek. Například paštiky, mletá masa, párky a jiné uzeniny, do kterých je lepek přidán kvůli lepší vaznosti vody. Také se používá například k ochraně ovoce (např. jablka), které bude daleko přepravováno. Používá se při výrobě některých tvrdých sýrů, místo potažení voskem, aby nevysychaly. Tyto výrobky ale nebývají označeny etiketou, proto je potřeba je vyloučit ze stravy, nebo nakupovat pouze od známého výrobce. Při nákupu je třeba pečlivě pročítat složení a studovat etikety jednotlivých druhů potravin.

Lepek obsahuje například i tmavé pečivo, těstoviny, zákusky, hotové omáčky, knedlíky, müsli, majonéza, kečup, polévky, konzervy, mléčné výrobky, sladkosti, pivo, náhražka kávy typu Melta.

Vyloučit ze stravy při zahájení léčby celiakie se musí i mléko (nejhůře snášené) a někdy i mléčné výrobky (nejlépe snášené jsou zakysané mléčné výrobky), jelikož při atrofii sliznice tenkého střeva neobsahují enterocyty enzym laktázu, která štěpí laktózu (mléčný cukr) a pacienti tudíž mléko nesnášejí. Po obnovení sliznice tenkého střeva, mohou někteří pacienti mléko a mléčné výrobky opět konzumovat. (Prokopová, 2008)

Strava by rozhodně měla být i přes všechna tato omezení pestrá a vyvážená, splňující všechny potřebné nutriční hodnoty. Při této změně stravování a jídelníčku není proto vůbec vhodné dát pouze na laická doporučení, je potřeba vyhledat pomoc kvalifikovaného odborníka.

Jak již bylo uvedeno, takovou roli plní nutriční terapeut, který pomůže významně pacientovi se zavedením BLD do života. Kvalifikovaný odborník vysvětlí pacientovi, jak vybírat vhodné potraviny a upravit svoji stravu, jak pokrmy připravovat, sestaví případně jídelníček přímo na míru. Takováto spolupráce, na dlouhodobé bázi, umožní skloubit nepříjemné zásady bezlepkové diety a změny ve stravování se životním stylem každého nemocného, který díky tomu bude moci žít plnohodnotný život. (Prokopová, 2008)

Vařit bezlepkovou stravu také není vůbec jednoduché. Nejen že, je tato dieta cenově dost náročná (výrobky jsou výrazně dražší než běžné potraviny), ale dalším zásadním úskalí je vaření z těchto potravin. Jelikož neobsahují lepek tak nedrží směsi pohromadě, nelepí, rozpadají se a jsou mazlavé. Upéct dobrý chleba je dost velké umění a chce to hodně cviku a trpělivosti. (Frič, n.d.)

Velkým tématem je také zavádění lepku u kojenců v rámci prevence alergií. Aktuálně je doporučováno zavést lepek postupně v malých dávkách během tzv. imunologického okna, tedy v období mezi 4. a ukončeným 6. měsícem života. Zároveň by ale dítě mělo být ještě stále kojeno. Dle dostupných studií by tento způsob měl minimalizovat pozdější riziko vzniku nesnášenlivosti lepku. Není tedy vhodné naopak dětem zavést bezlepkovou stravu jako prevenci vzniku alergie nebo celiakie, jak bylo v minulosti doporučováno. Může to mít spíš

opačný efekt a vést k pozdější intoleranci lepku. Řada studií prokázala, že pokud se u dětí začínalo s potravinami obsahujícími lepek až po 7. měsíci, objevovala se alergie na lepek právě častěji. Oproti tomu když si zvyká dítě postupně a v malých dávkách na lepek dříve, a za kojení, je pozdější alergizace lepkem nižší.

Vědomé nebo nevědomé nedodržování diety

Důvody, proč není BLD přesně dodržována, bývají uváděny dva. Buď z důvodu nedostatečné ochoty pacientů nebo díky kontaminaci stopami lepku bezpečných potravin (např. křížová kontaminace při výrobě potravin). Ochota BLD dodržovat obvykle klesá při nedostatku informací či při zpochybnění nutnosti přísného vyloučení lepku z potravy. Je pak několik rizikových období, kdy k tomu častěji dochází. Prvním je puberta, během které dochází k vymizení příznaků při porušování diety. Nejrizikovějším obdobím je ale chvíle přechodu od pediatra k praktickému lékaři či ke gastroenterologii pro populaci dospělou. Pokud pacient nemá aktuálně žádné problémy a charakteristické příznaky, je velmi často diagnóza celiakie zpochybnována. Následkem toho je pacientovi povolen příjem lepku ve stravě („pokud vám nedělá problémy, nemůže to být celiakie...“) a pacient je vyřazen z evidence. Přičemž související problémy, které jsou následkem onemocnění (časté infekční choroby, anémie, infertilita, časté fraktury) jsou řešeny se specialisty a tím se souvislost s možnými projevy celiakie už nezkoumá. (Kohout, 2012)

Vědomé nedodržování diety může mít i mnoho dalších důvodů. Může jít o sociální problémy (finanční problémy), nechuť vybočovat a odlišovat se od společnosti, obavy před výsměchem vrstevníků nebo společenskou izolací. Dalším důvodem (neochotně přiznávaným pacienty) porušování BLD je váhový nárůst. Bezpečková strava a její vyšší kalorická hodnota oproti stejné stravě s obsahem lepku, vede často ke zvýšení tělesné hmotnosti pacientů, zvláště v prvním roce po zavedení BLD. (Pískovská, 2011)

U nevědomého nedodržování jde většinou o náhodu, kdy pacient konzumuje sice povolený výrobek, který byl ale kontaminován lepkem například při výrobě nebo během zpracování, uskladnění. Jde o nezáměrnou kontaminaci potravy alergenní složkou její příčinou nejčastěji je použití surovin kontaminovaných alergenní složkou nebo křížová kontaminace při výrobě.

V některých případech nelze riziko kontaminace díky určitým technologickým omezením nebo podmínkám zcela vyloučit, i přes učiněná preventivní opatření.

4. Bezpečková dieta jako módní trend

Bezpečková dieta je módním trendem. V posledních letech zažívá bezpečková strava nebo alespoň omezení konzumace lepku, doslova marketingový boom. Dle průzkumu americké NPD Group z roku 2010 až polovina Američanů dobrovolně vylučuje lepek ze stravy v domnění, že jim to pomůže ke zlepšení zdravotního stavu a zhubnutí. Jako hlavní důvod uvádějí snadnější stravitelnost bezpečkových potravin, mají pocit, že je to menší zátěž pro lidský organismus. Často se k tomuto způsobu stravování upínají lidé trpící nadýmáním, bolestmi břicha (hlavně po jídle), i když nemají prokázanu intoleranci ani alergii na lepek. Dalšími propagátory jsou sportovci, kteří očekávají lepší výkonnost. Opět vše potvrzeno skrze marketingový tah

publikovaných knih sportovců, například jak si díky bezlepkové diete naservírovat vítězství od tenisty Djokoviče, aj.

Tento trend je následován i v České Republice. Zatím však nebyly vědecky prokázány žádné příznivé účinky, které by tato dieta přinesla. Zato různých mýtů se objevilo již nespočetně. Jsou na nich postaveny marketingové kampaně autorů a prodejců knih, nakladatelství, využívají je jako reklamní a PR nástroj výrobci, prodejci a distributoři bezlepkových výrobků.

Jenže zatímco slibným mýtům se lépe věří, fakta už tak zábavná nejsou. A v dnešní době kultu zdravých a perfektních lidí a zároveň časově vytížených je hlad po snadných dietách. Pod světlem marketingových sloganů a mýtů je pak bezlepková dieta přesně to co hledají.

I pro výživové poradce je pak jednodušší nadchnout své klienty pro hubnutí a půl práce mají hotovou. Nemusí jim odborně vysvětlovat proč jim konzumace bílého pečiva a těstovin nepomůže zhubnout, lidé nechtějí slyšet odborná fakta. Většinou mají klienti vše již načtené z internetu, nebo jim to někdo poradil na Facebooku, všeobecně více akceptují líbivě popsané mýty skryté pod revolučními a provokativními názory. Na internetu najdete mnoho zaručených rad a příspěvků o tom, jak BLD vyléčí všechny potíže. Lidé ji pak bez obav drží, nebo dokonce dietu nasadí dítěti a neuvědomují si případná rizika.

Ačkoli bezlepková strava by neměla nijak zásadně zdravému člověku ublížit, tak přesto je potřeba vzít v úvahu i jistá rizika, která to přináší. Zatímco někteří zdravý jedinci možná díky této dietě zhubnou, tak ale u lidí, kteří touto dietou sami, bez lékařské konzultace, řeší případné problémy zaživačního ústrojí, se vystavují tomu, že nebude možné diagnostikovat případnou celiakii. Problémem a komplikací diagnostiky je bezlepková dieta aplikovaná bez předchozího odborného diagnostikování celiakie. Jelikož bezlepková dieta je momentálně trendem a lidé masově a dobrovolně bez lékařského doporučení vylučují ze stravy lepek, nelze pak diagnózu stanovit. Pokud je totiž celiakie správně léčená bezlepkovou dietou, tak se neprojevují žádné klinické příznaky. Sliznice tenkého střeva a sérologické markery jsou normální. Nelze využít pak klasické vyšetření protilátek pro diagnostiku celiakie. Proto pokud je podezření na celiakii, je nutné provést diagnostiku před nastavením bezlepkové diety. Bez vyšetření, pouze na základě zavedení bezlepkové diety, i když došlo k vymizení potíží, není možné diagnostikovat celiakii. Naopak se tímto jednáním člověk vystavuje budoucí alergizaci lepkem. (Kohout, 2006)

Bezlepkový jídelníček ale neznamená jen omezení lepku. Vynecháním lepku z potravy tak zároveň vynecháváme některé důležité živiny a mikronutrienty. Je zde tedy i riziko karence důležitých složek stravy. Je potřeba pečlivě hlídat, aby v jídelníčku byl stále dostatečně vysoký podíl vlákniny, vitamínů (zejména skupiny B) a minerálních látek (železa, vápníku, fosforu, magnesia). V extrémních případech může dojít až k malnutrici (celková energetická nebo proteinová).

5. Mýty ve výživě

5.1. Co je mýtus

- všeobecně rozšířená nepravda, vymyšlené tvrzení bez dostatečných důkazů

- mýty odpovídají lidské potřebě důvěrné blízkosti a určitého souladu mezi jednotlivcem a okolím, potřebě příběhů a vyprávění, které pomáhají člověku cítit se součástí společnosti
- mýtus nestojí na racionálním základě a nemůže nahradit racionální poznání
- mýty nemají žádné kontrolní mechanismy a mohou se tak velmi snadno stát nástrojem masové manipulace – mýty je proto potřeba podrobovat racionální kritice

5.2. Mýty vs. reklama/marketing

Mýtus může být někdy i ekvivalent reklamy. Někdy na něm reklama „pouze“ zakládá své tvrzení, doporučení. A někdy reklama naopak mýtus vytváří a je jeho zdrojem. Pokud reklama stojí na vymyšleném tvrzení bez důkazů, může být označena jako „klamavá“. Pod tímto termínem bych pak označila jednotlivé mýty kolem bezlepkové diety. Cílem marketingu je samozřejmě zvýšení prodeje (ať už knih věnovaných tomuto tématu, výrobců bezlepkových potravin, nebo potravinových doplňků určených k náhradě mikronutrientů). A aby tohoto cíle dosáhli, musí vytvořit poptávku, na níž pak budou reagovat svou nabídkou. A tuto poptávku vytvoří díky hezky napsaných nepravd nebo polopravd. Je relativně jedno, jak moc je to opřené o fakta, hlavně když to zní lákavě a jednoduše. Musí to u lidí vzbudit zájem o dané téma a chuť věřit nabízenému řešení.

V marketingové praxi to většinou chodí tak, že se nejprve provede výzkum na určitém vzorku lidí ověřující si jejich zájem o daný produkt. Pak se zkoumá, co by produkt měl mít za vlastnosti a říct o sobě, aby v nich vyvolal zájem a aby si ho ideálně i zakoupili. Na základě těchto informací se pak vytvoří na produkt reklama, která hezky řekne to, co chce zákazník slyšet. Pro reklamu se hledá pak problém, pocit, který potenciální zákazník opravdu má nebo cítí a něž by byla odpovědí hezká pravda nebo také nepravda o produktu. Pro případ diet je tento pocit velmi lehké definovat. Reklamy na diety využívají nespokojenosti lidí sami se sebou a uměle vytvořeného kultu krásy a zdraví.

5.3. Mýty v dietologii

Oblast dietologie je velmi populární pro mýty. Strava, výživa, zdravé potraviny, superpotraviny, diety – to jsou témata, která řeší lidé každý den a mají pocit, že je dobře znají, že jim rozumějí. Jsou pak snadno náchylní uvěřit tvrzení, které se zdá být logické, dozví se o něm několikrát a od různých přátel a může mít formu atraktivního letáčku nebo dokonce vědeckého článku.

Nízká zdravotní gramotnost v ČR přispívá k šíření mýtů – v šetření na základě metodiky WHO bylo zjištěno, že Češi neznají základní zásady podpory zdraví a prevence nemocí. Mezi osmi evropskými zeměmi zaujali předposlední místo. (Šteflová et al., 2017)

V oblasti dietologie dává živnou půdu mýtům a alternativním postupům také silná pozice výživových poradců, kterých vzdělávání ani výkon povolání není regulováno; obvyklé nedostatky výživových poradců: nerealistické nastavení cílů hubnutí, doporučení energetického příjmu nižšího než klidový energetický výdej na neomezeně dlouhou dobu, příslib hubnutí při užívání doplňku stravy bez úpravy stravování a pohybového režimu, doporučení vědecky

nepodložených detoxikačních kúr u kterých hrozí energetická a proteinová malnutrice a podcenění psychologických a psychosociálních problémů.

I masmédia dávají přednost provokativním – revolučním názorům před „nudnou“ odborností, navíc je v naší společnosti zakořeněná nedůvěra k oficiálním názorům.

Mýty mohou vznikat z neschopnosti porozumět složitým vazbám, a tak se stane přijatelným zjednodušené a snadno pochopitelné řešení. Snadno se pak může stát, že některá složka stravy se ocitne v nelibosti, protože je považována za zodpovědnou za nejrůznější zdravotní potíže od zažívacích problémů až po rakovinu – a v poslední době se asi nejčastěji v takové souvislosti objevuje právě lepek, avšak rozšířené jsou i články a publikace, které varují před konzumací pětice tzv. „bílých jedů“ – soli, cukru, mléka, bílé mouky a tuku.

Společnost pro výživu shrnula současné potravinové a výživové mýty následovně:

1. Mýtus snadných diet
2. Mýtus detoxikace
3. Mýtus generálního spasitele
4. Mýtus chemického ohrožení
5. Mýtus mikrovlnné trouby
6. Mýtus škodlivých potravin (Společnost pro výživu, 2016)

Mýtus snadných diet

Hitem v současnosti jsou především nízkosacharidové diety a bezlepková strava. Výživoví poradci i média dávají také velký prostor odkyselení organismu neboli alkalické dietě.

Žádná dieta na bázi dlouhodobého nepřiměřeného snížení energie, vyloučení určitých potravin nebo potravinových skupin, nebo zúžení na vybrané potraviny nevede k trvalým výsledkům ani v hubnutí, ani v dalších propagovaných benefitech. Použití nízkoenergetické stravy (VLCD; méně než 800 kcal/den) může být součástí komplexního programu, zavedeného specialistou v obezitologii nebo lékařem vyškoleným v problematice výživy. VLCD by však měla být podávána jen vybraným pacientům po krátké období. Strava s méně než 5000 kJ (1200 kcal)/den může vést k nedostatku mikronutrientů s nepříznivými účinky na nutriční stav i na výslednou redukci hmotnosti. Diety, které nahrazují 1 nebo 2 jídla denně pomocí VLCD, mohou přispět k nutričně dobře vyvážené stravě a udržení váhové redukce.

5.4. Fakta a mýty o BLD

Bezlepková dieta vyléčí celiakii

Bohužel tak jednoduché to není. Pravdou je, že současná medicína neumí celiakii vyléčit. Jedinou formou léčby je dodržování bezlepkové diety. Díky tomu pak příznaky choroby zmizí a zmizí v krvi pacienta protilátky charakteristické pro celiakii. To pak může mylně vyvolávat u lidí pocit, že se uzdravili a mohou se vrátit k běžné stravě. Nicméně nesnášenlivost lepku je trvalé, celoživotní onemocnění. Návratem k běžné stravě by pak velmi riskovali, že se zdravotní potíže vrátí, často jsou skryté, a v důsledku pak mohou způsobit velmi nebezpečné poškození střevní sliznice.

S přísností diety to není třeba přehánět

Po zavedení bezlepkové stravy by měly postupně nepříjemné příznaky celiakie vymizet. Ale to neznamená, že když pacient nepocítí žádné potíže, lepek jeho střevu neškodí. Příznaky můžou mizet relativně rychle, ale u některých lidí bývají projevy onemocnění naopak dlouho skryté. Při opakovaném porušování diety se klky na sliznici zase vyhlazují a s tím přichází opět všechna rizika neléčené celiakie.

Je velmi důležité vědět, že také již pouhé stopy lepku mohou napáchat stejné škody jako jeho velké množství. Klinické následky se můžou projevit až o několik let později.

Na základě studií je doporučený maximální denní příjem lepku 10–50 mg. Jako bezpečná hodnota se uvádí 20 mg lepku za den. Tento uvedený příjem lepku ale rozhodně neznamená, že je možné dietu porušovat. Při nedodržování bezlepkové diety onemocnění propukne znovu. (Společnost pro bezlepkovou dietu, 2002)

Po bezlepkové dietě se tloustne

Může se stát, že lidé při dietě opravdu přiberou. U celiaků se to stává, jelikož jsou zvyklí na větší přísun a porce stravy po němž dříve nepřibírali. Nepřibírali ale právě pro své onemocnění. Po vyléčení sliznice, začne střevo opět pracovat a fungovat a všechny živiny jsou vstřebávány jako u zdravého člověka. Tloustnutí pak v tomto případě není způsobeno BLD, ale větším příjmem potravy, a tudíž větším příjmem energie, která ale není dostatečně kompenzována zvýšeným výdejem energie (např. při fyzické aktivitě). Díky této dysbalanci při větším příjmu než výdeji, logicky lidé tloustnou. Dalším psychologickým důvodem může být pocit, že jsou o něco v životě ošizeni, a tak si více dopřávají. Sice stále dodržují BLD, ale vše ve větším množství, konzumují všeobecně větší porce.

Pak je častý jev, že se tloustne po nasazení diety, kdy lidé nejsou ještě v bezlepkové stravě tak zblhlí. Nahrazují potraviny obsahující lepek jinou, bezlepkovou, ale zato s větším obsahem celkové energie. Například místo pečiva k snídani si dají sice pohankovou kaši, ale tu si pak osladí cukrem. Hledají náhradu těstovin, příloh, pečiva a sáhnou tak po energeticky vydatnějších potravinách. Naučit se žít s BLD trvá delší dobu a člověk se musí nejdříve zorientovat v sortimentu bezlepkových potravin, nebo si najít přirozeně bezlepkové potraviny, které nejsou tak energeticky vydatné. Za tuto dobu můžou pak přirozeně přibrat na váze. Opět tedy ale není na vině bezlepková dieta.

Lepek lepí střeva

Velmi častý argument zastánců bezlepkové stravy u zdravé populace je, že lepek lepí střeva. Toto je klasický mýtus, který lze snadno vyvrátit. Protein se po působení enzymů v gastrointestinálním traktu štěpí na krátké peptidy a aminokyseliny, takže lepek jako takový se svými technologickými vlastnostmi, a tedy charakteristickou lepivostí, se do střeva nedostane. Lepek tedy pomáhá lepivosti těsta, ne střev.

Po bezlepkové dietě se hubne

Opravdu je možné zhubnout, protože dnes většina potravin obsahujících lepek je základem z mouky, a naše nejčastější snídaně, svačiny a večere jsou různé druhy slaneho pečiva a těstoviny.

Nebo taky třeba pivo a uzeniny pak koláče, buchty, dorty, sušenky, oplatky atd. Tím, že příjem tohoto druhu potravin omezíme, logicky dojde k poklesu tělesné váhy. Odbouráním pečiva z bílé mouky a celkovým snížením množství konzumovaných jednoduchých sacharidů dojde samozřejmě také ke snížení váhy, protože jednoduché sacharidy mají vliv na případnou tloušťku Ale! Záleží samozřejmě čím tyto potraviny nahradíte. Musí jít samozřejmě o zdravější varianty potravin, a zároveň stejně nebo lépe ještě méně energeticky vydatné. Je potřeba si také ohlídat dostatečný příjem vlákniny, a místo potravin z celozrnné mouky jinak vlákninu kompenzovat, tedy zeleninou, ovocem, luštěninami atd.

Celiaci odkázaný na přísnou bezlepkovou dietu na celý život naopak spíš pak přiberou – zvláště v prvním roce po zavedení bezlepkové stravy.

Pšeničná mouka je nahrazována alternativami bezlepkovými jako je kukuřičná a rýžová mouka, bramborový škrob aj. Tyto alternativy jsou pak energeticky hodnotnějšími než obilninové. Viz tabulka s kalorickými hodnotami mouky níže. Zároveň může působit psychologický efekt diety. Tím, že některé potraviny nemohou nemocní konzumovat, konzumují o to více, ve větším množství, ty, které mohou. Celkově pak přijímají více energie než dříve.

Tab. 3: Kalorické hodnoty různých druhů mouky a dalších cereálií

Kalorické hodnoty mouky a vybraných cereálií: kJ na 1 g suché váhy	
mouka ječná	13,07
mouka pšeničná polohrubá	14,32
mouka žitná	14,77
mouka pohanková	14,84
mouka rýžová	14,92
kukuřičná krupice	15,34
corn flakes	16,33
mouka sójová plnotučná	18,41

Lze tedy shrnout, že bezlepková dieta je módní trend a stále více zdravých lidí ji drží z důvodu snížení hmotnosti. Pravdou je, že to může a nemusí být pravda, protože zda zhubnou závisí na změnách v jejich stravování. Pokud vyřadí z jídelníčku pečivo a těstoviny a tyto potraviny nahradí stejným množstvím bezlepkových náhražek, šance, že zhubnou, není velká. Bezlepkové náhražky často obsahují víc cukru, tuku a kalorií než běžné potraviny (viz například tabulka výše). Když ale lepek nahradí přirozeně bezlepkovými potravinami jako je ovoce a

zeleninou a moderními pseudo-obilninami, jako je quinoa, a to vše v přiměřeném množství, tak pak takto zdravější jídelníček jim může pomoci zhubnout.

Mýtus „moučného břicha“

Lepek se převážně ukládá v oblasti kolem břicha, což znamená, že pokud máte problémy shodit tuk právě v těchto partiích, bezlepková dieta je ideální právě pro Vás, slibuje mnoho webu a výživových poradců. Například: „Po přechodu na bezlepkovou stravu vás čeká ploché břicho“ Drtivá většina lidí, kteří ze svého jídelníčku vynechají klasickou bílou mouku, jako zázrakem hubne především v oblasti břišních partií. Poměrně záhy se zbaví tzv. „moučného břicha“. Právě zde se totiž ukládá přijatý lepek a vytváří nevzhledné faldíky.“ tvrdí Lucie Procházková na webu radcevyzivou.cz, a je přesvědčena, že po mnoha nesmyslných dietních experimentech pochopila pravou podstavu hubnutí a zdravého stravování. Otázkou pro mne je, jak dlouho bude bezlepková dieta patřit mezi trendy a bude na vrcholku žebříčku diet, které jsou zrovna „in“ a kdy ses tedy pak zařadí do dalšího jejího „nesmyslného dietního experimentu“.

Podle pana W. Davise je základním jevem, který stojí za růstem moučného břicha, vysoký obsah cukru v krvi (glukóza). Vysoký krevní cukr pak vyvolá reakci slinivky, která začne uvolňovat vysokou hladinu inzulínu, aby se cukr mohl přesunout do buněk svalů, jater aj. Vysoká hladina inzulínu pak ale vede k hromadění útrobního tuku neboli k ukládání přebytečné energie. Přičemž, „pneumatika kolem pasu je vlastně povrchová manifestace útrobního tuku“ (Davis 2013). No a samozřejmě dle jeho interpretace za vším stojí pšenice. Pšeničné břicho roste dle jeho názoru proto, že se jídla z pšenice mění velmi ochotně na cukr.

Zmizí únava

Ze dne na den zmizí chronická únava a budete mít energie na rozdávání. Zastáncům bezlepkové stravy po vynechání lepku přibyla energie, ušetřená za náročné trávení lepku. K těmto zastáncům se řadí i celebrity ze sportovních řad – například srbský tenista Novak Djoković o tom napsal knihu „Serve to Win“ (Servírovat vítězství). Lidé držící BLD tvrdí, že najednou nepotřebují tolik spát a zvládnou větší fyzickou zátěž. A to všechno díky tomu, že jejich organismus neplýtvá energií na rozpad a vstřebání lepku a má tedy energii na vše ostatní. Podle tohoto tvrzení bychom pak ale neměli konzumovat ani například vlákninu, celulózu, oligosacharidy, které jsou těžko stravitelné. Na veškeré trávení tělo spotřebovává určitou energii, protože samotné trávení představuje pro tělo relativně náročnou práci. Potřebuje energii na peristaltiku střev, na vylučování trávicích enzymů, aktivní přenos přes membrány aj. A tuto energii si bere právě z požitého jídla.

V případě lepku obsahujícího dvě bílkovinné frakce (prolaminy a gluteliny) se nejedná o složitější proces než u jiných bílkovin. Bílkoviny potřebují ze všech 3 základních živin nejvíce energie, aby byly vstřebány. Trávení bílkovin začíná v žaludku, kde dochází pomocí trávicích enzymů ke štěpení na aminokyseliny, které jsou pak transportovány do buněk střevní sliznice. Ze střev pak pasivně, pomocí nosičů, přecházejí do krve a putují tak k cílovým orgánům a tkáním. Těmi jsou pak využívány k dalším, životně důležitým metabolickým dějům. Není nijak prokázáno, že by se lepek vstřebával jinak, složitějším a náročnějším způsobem vyžadujícím si více energie než ostatní bílkoviny (u zdravých jedinců).

Pomáhá léčit akné a ekzémy

V aktuálních článkách různých lifestyle magazínů, řešící bezlepkovou dietu se objevuje i tvrzení, že tato dieta má napomoci léčbě akné. Jde o další mýtus, fabulaci, která nestojí na vědecké expertíze, jelikož dosud neexistují studie, zabývající se souvislostí mezi lepkem a akné.

Existují ale studie, které se zabývají vlivem lepku na jiná kožní onemocnění, například ekzém nebo psoriázu. Nicméně ani v tomto případě neexistuje jednotný výsledek a názor. Z vlastní zkušenosti vím (od dětství trpím atopickým ekzémem), že ani lékaři se neshodnou na vlivu diet na ekzém a pokud ji doporučí, tak proto, že některému z jejich pacientů se to osvědčilo. Kvalitní vyvážená strava má určitě pozitivní vliv na zdraví člověka, tudíž i imunitu a stav pokožky. Nicméně atopie (sklon k alergickým onemocněním) je v genech atopika a není tedy možné se jí zbavit, je možné jen projev zmírnit. Bezlepková dieta tedy určitě nemůže vyléčit atopický ekzém, individuálně může mít vliv na zmírnění jeho projevu, ale bez vědeckého prokázání.

Detoxikační program života bez pšenice

Aneb jak za 10 dní předělat tělo od hlavy až k patě a radikálně zlepšit zdravotní stav, které má být výsledkem přeprogramování na mnoha úrovních, uvnitř i navenek. To všechno slibuje 10denní detox, cesta k trvalému zhubnutí a skvělému zdraví.

Tohle by mohly být v podstatě citace z marketingových příruček. Nicméně jsou to všechno mýty slibované panem Williamem Davisem. Odsuzuje tzv. „nutriční mantry“ dietologů a lékařů, které doporučují dodržovat vyváženou dietu s nízkým obsahem tuků, nebo pro přísun vitamínu B a vlákniny doporučované celozrnné obiloviny. Neschvaluje ani doporučení „všeho s mírou“ anebo tvrzení, že je nezdravé vyloučit celou jednu skupinu potravin, označuje to jako cestu kdy o kontrolu nad váhou a zdravím lidí naopak přijdou. Samozřejmě z jeho úhlu pohledu zcela logicky tato tvrzení a doporučení odsuzuje, jelikož jdou proti té jeho „mantře“. Označuje jako viníka přeplněných uliček s nadměrnými velikostmi v Americe právě všechny „moderní zcestné dietetické rady“. A cukrovka II. typu je pak dle něj výnosný miliardový byznys.

Jeho detoxikační program sice mohou podstoupit i lidé trpící celiakií, ale je určen spíše pro lidi bez této nemoci, uvádí, že tedy pro 99 % populace. Ohrazuje se ale proti tzv. „bezlepkovému“ životnímu stylu, se kterým nechce jeho detoxikační program spojovat. Považuje to za pomýlenou koncepci, která může dokonce zničit zdraví a tělesnou váhu.

Faktem je, že po některých bezlepkových výrobcích se může tloustnout, když je nahrazována pšeničná mouka za rýžovou nebo kukuřičnou či bramborovou. Nicméně pro celiaky není moc jiná alternativa. Nemůžeme ale házet všechny bezlepkové výrobky do jednoho pytle a tvrdit o nich, že je to pouze marketing jejich výrobců.

„Nutriční mantry“ pak stojí vedle jeho „fabulovaných pravd“ na výzkumech, na lékařských znalostích a dlouhodobě prověřených faktů. Vědou ale nechce pan Davis čtenáře zatěžovat. Pravděpodobně velmi těžko by pro svá tvrzení našel oporu ve vědeckých výzkumech.

Autorovo „alibi“, že kniha není zamýšlená jako léčebný manuál, ale pouze jako soubor doporučení není od něj ke čtenářům vůbec fěr. V podstatě na každé stránce se naváží do lékařských a dietologických doporučení, proti nimž staví své pravdy, nebo spíše řekněme fikce.

Přesně to pak vystihuje definici mýtu uvedenou výše. Dá se říci, že kniha a celý marketing kolem je postaven na mýtech.

Zmizí problémy se zažíváním

Lidé, kteří se rozhodli pro bezlepkovou dietu tvrdí, že jim jako zázrakem zmizely problémy se zažíváním a s tím spojené nepříjemnosti.

Proč se tito jedinci (neceliaci) cítí lépe? Protože vyloučili ze svých jídelníčků většinu mlynářských výrobků, zrovna tak pekárenských a cukrářských. Oproti vysoké konzumaci chleba a pečiva dojde k nahrazení BLP výrobky, a to v diametrálně menším množství. Celkově sní tedy méně jídla s nižším množstvím sacharidů a přijmou méně celkové energie.

V poslední době se do této diety často vrhají jedinci, kteří mají nějaké (nediagnostikované) problémy GITu. Bezlepková dieta by pak měla být lékem na veškeré zažívací a trávicí problémy. Maminky ji velmi často nasadí dětem, pokud mají déle trvající průjmy, zácpy, nebo mají vyrážky. Za vším se hledá lepek. Jak již bylo ale v této práci uvedeno a věnuji se tomuto tématu více i v dalším odstavci níže, tak i zde zmíním důležité riziko, že po držení BLD se eventuální celiakie již nezdiagnostikuje. Na dokázání lepku z krve je totiž potřeba, aby ho testovaný člověk přijímal několik týdnů. Jinak je potřeba případně udělat biopsii.

Bezlepková strava pro všechny

Ačkoli lepek není pro lidský organismus potřebný a užitečný je spíše pro pekaře, není důvod držet bezlepkovou dietu bez diagnostikované alergie na lepek nebo celiakie. Ani preventivní držení této diety s vidinou odvrácení nemoci, nemá smysl. Bezlepková dieta sice zdravému člověku neuškodí, ale bez zjevného onemocnění není důvod ji držet a už vůbec ne dlouhodobě. Taký její ekonomická a časová náročnost jejího zavedení do života je dalším důvodem proč to není dieta pro všechny. Navíc se pacienti s pochybností o onemocnění vystavují riziku, že po zavedení diety a jejím účinku na střevní sliznici, nebude možné diagnózu přesně stanovit. Pak je nutné střevní sliznici znovu zatížit lepkem, aby mohlo dojít k obnovení „původního poškození.“

Je třeba odlišovat různá onemocnění, která vyžadují lepek výrazně omezit či z jídelníčku zcela vyřadit. Každé takové onemocnění má svá dietní pravidla a nelze tedy dietu paušalizovat „pro všechny“. Například při alergii na lepek je nutné ze stravy vyloučit veškerý lepek, v případě celiakie lze tolerovat maximální příjem 20 mg lepku denně.

Problémem našich zdravotních obtíží je lepek

Gastroenterolog Pavel Kohout o bezlepkové dietě pro zdravé lidi tvrdí: "Jedná se o dražší variantu něčeho, co je méně pestré." Nabídka bezlepkového pečiva (z rýžové, kukuřičné či jiné mouky) je omezená a dražší. Bezlepková dieta by sice zdravému člověku neměla nijak vážně uškodit (v extrémních případech by mohlo dojít k nedostatku některých vitaminů, např. vitamínu B6), ale zásadní a pozitivní význam pro zdraví člověka nemá. Jiné je to v případě lidí s onemocněním celiakií nebo alergií na lepek.

Podle jiného gastroenterologa MUDr. Igora Páva si neceliaci dodržující BLD mohou také koledovat o chronický zápal sliznice tenkého střeva a například i o sice zřídka se objevující, ale zato neléčitelný tumor. Zároveň ale také připouští, že v některých případech může BLD pomoci i neceliakům. Toto tvrzení staví na faktu, že náš trávicí trakt je osídlený bakteriemi různého druhu. Změna v stravovacích návycích a také ve složení stravy může zmírnit některé trávicí obtíže i tím, že změní prostředí, ve kterém se těmto bakteriím daří. Opírá tento názor také o naše možná zdravější se stravující předky, jejichž základními potravinami byli brambory, pohanka, zelenina, ovoce a kukuřice. Obiloviny přišly až později.

Zajímavé jsou také aktuální výsledky výzkumu a studie „Dlouhodobá konzumace glutenu u dospělých bez diagnostikované celiakie a riziko ischemické choroby srdeční“. Pacienti byli sledováni od roku 1986 až do vývoje onemocnění srdce, úmrtí nebo ukončení následného sledování v roce 2012. Za celých 26 let výzkumu se v celkovém počtu 2 273 931 sledovaných osob zaznamenalo koronární srdeční onemocnění u 6529 účastníků (2431 žen a 4098 mužů). Testovala se souvislost mezi kumulativním průměrným příjmem glutenu a vývojem ischemické choroby srdeční. Výsledkem studie bylo zjištění, že dlouhodobý příjem glutenu v potravě nebyl spojen s rizikem koronárního srdečního onemocnění. Avšak vyloučení lepku může mít za následek snížení spotřeby pro organismus příznivých celých zrn, které mohou mít naopak pozitivní vliv na kardiovaskulární riziko. Závěrem je, že podpora bezlepkové diety u lidí bez celiakie by neměla být podporována. (Lebwohl et al., 2017)

Lepek se dříve tolik nekonzumoval, proto byli naši předci zdravější

„Naši předkové jedli potraviny s lepkem dlouhá staletí a byli zdraví,“ říkají zastánci stravy s lepkem. *„Ano, lepek jedly i generace před námi, jenže jeho množství bylo mnohem menší než dnes. A navíc šlechtění obilovin a také novodobé zpracování mouky způsobuje, že lepku je mnohem více,“* argumentují pro změnu lidé, kteří se bezlepkové stravě nebrání.

Pšenice je základní potravinářskou obilovinou (konzumuje ji jako základní až 30 % veškeré populace). Lepek (směs gliadinu a gluteninu) má jedinečné technologické vlastnosti – po vyhnětení těsta vznikne specifická gelovitá struktura s charakteristickou pružností a tažností. Proto je hojně využíván v pekárenských výrobcích, nebo vůbec tam, kde je třeba dosáhnout „lepivosti“, soudružnosti hmoty. Této vlastnosti se využívalo tedy již i u našich předků. Na druhou stranu může být pravdou, že lepek konzumujeme více. Jíme denně chléb, pečivo, koláče, zákusky, těstoviny. Pak je lepek součástí mnoha dalších výrobků, které konzumujeme celkem často (jako je například kečup, některé uzeniny) a které naši předkové nekonzumovali, nebo toho zdaleka nekonzumovali tolik.

Modifikace pšenice jako příčina celiakie

Díky agrotechnickým postupům i vlivem klimatických změn se zvýšil průměrný obsah proteinů pšenice seté (*Triticum aestivum* L.) v posledních desetiletích pouze o 1,5 – 2 %.

Bezlepková dieta, jinak také řečeno, spočívá v tom, že lidé nesmějí jíst výrobky z obilí. A obilí se konzumuje po staletí, ale jiné obilí než to, které dříve rostlo planě nebo se začalo pěstovat, které obsahovalo malé množství lepku. Mouka z takto vypěstovaného a upraveného obilí obsahovala lepku asi pouze 10 %. Postupem času, získání znalostí a vývoje technologií

docházelo ke šlechtění a zkvalitňování obilí. Zhruba 200 let se vyrábí kvalitní mouka s vysokým obsahem lepku (asi 50 %). Čím kvalitnější mouka, tím větší má obsah lepku. Dnes se vyrábí mouka, která je kvalitní, což znamená vysoce lepková. Důvodem jsou pozitivní vlastnosti lepku pro pekaře, kterým se dobře peče – čím více lepku, tím více těsto lepí. (Frič, n.d.)

Mýty ohledně prvního zařazení lepku do stravy dětí

Aktuální trend: „zařadit lepek do stravy co nejpozději“.

Doporučení pro první zařazení lepku ve výživě dětí se stále mění a dosud nejsou jednotná. Očekávají se možné změny dle probíhajících lékařských studií. Dle doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti by se měl lepek poprvé podat ne dříve než po ukončeném 4. měsíci věku dítěte, a ne později než po ukončeném 7. měsíci jeho věku. Soudí se, že je lépe, pokud s prvním kontaktem lepku, je dítě alespoň částečně kojeno. Množství lepku by se mělo zavádět do výživy dítěte postupně (od cca 6 g mouky, což odpovídá 2 piškotům po postupně větší množství). (Ivarsson, et al. 2013)

Toto tvrzení zastává i pediatr Frühauf, který doporučuje postupné zavádění lepku, kdy optimální je začít se zaváděním lepku ještě při trvajícím kojení. (Frauhauf 2006)

Gastroenterolog Pavel Kohout (2006) popsal studii na zavádění lepku do stravy dítěte: „Studován byl i efekt kojení v době prvního setkání s lepkem. Bylo zjištěno, že pokud je lepek podán dětem, které jsou v té době ještě kojeny, vede to k výraznému snížení počtu pacientů s celiakií. Podle prospektivní studie, která proběhla u 1560 dětí v letech 1994–2004, bylo zjištěno, že pokud je lepek přidán do dětské výživy v prvních 3 měsících života, dochází u této skupiny k pětinasobnému zvýšení počtu pacientů s celiakií ve srovnání se skupinou, která lepek poprvé přijme mezi 4. a 6. měsícem věku. Také pokud je lepek přidán v 7. a dalších měsících, i u této skupiny je zvýšené riziko vzniku celiakie.“ (Kohout, 2008)

6. Cíle práce a hypotézy

Hlavním cílem praktické části této bakalářské práce je vyhodnotit znalosti a zkušenosti lidí s bezlepkovou dietou a především poukázat na módnost této diety u zdravé populace. Ověřit si, zda za tímto trendem současné doby stojí marketing postavený na mýtech o této dietě nebo do jaké míry se jím lidé nechají ovlivnit.

1. Porovnat znalosti o bezlepkové dietě u pacientů s diagnostikovaným onemocněním jehož léčbou je bezlepková dieta a veřejné populace bez této diagnózy a vyhodnotit jejich zkušenosti s dietou.
2. Porovnat důvody držení bezlepkové diety.
3. Vyhodnotit četnost a popularitu držení bezlepkové diety bez lékařsky diagnostikovaného zdravotního důvodu.
4. Zjistit, do jaké míry se zdraví jedinci nechali ovlivnit mýty a marketingem o bezlepkové dietě.
5. Vyhodnotit efekt reklamy postavené na mýtech v rozhodovacím procesu o změně životního stylu.

Tab. 4: Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotézy
H1: Z bezlepkové diety se stal módní trend současné doby.
H2: Módnost této diety je opřena o mnoho mýtů.
H3: Tento trend byl významně podpořen marketingem stojícím na mýtech o bezlepkové dietě.
Otázky
O1: Jaká je znalost bezlepkové diety a ochota lidí ji vyzkoušet?
O2: Do jaké míry se lidé nechají ovlivnit mýty o bezlepkové dietě?
O3: Jakou roli v tom hraje marketing/reklama? Přesvědčí je pro držení BLD?

7. Zkoumaný soubor

- *Dotazníkové šetření* se provádělo na vzorku lidí nakupujících bezlepkové potraviny v prodejně Sklizeno, dále na lidech preferujících bezlepkovou stravu v podnikové jídelně České národní banky. Obeslán byl i menší vytipovaný vzorek klientů se zkušeností s BLD (s jejich souhlasem) od 2 výživových poradců, kteří byli ochotni poskytnout kontakt a poslat svým klientům dotazník. Všichni tito lidé byli dotazováni osobně a bylo tak získáno celkem 22 validních dotazníků. Dotazník vyplnilo 7 lidí z České národní banky, kteří se stravovali bezlepkově a 15 lidí, kteří si v prodejně Sklizeno kupovali bezlepkové potraviny. Pro větší objektivnost šetření a zároveň pro dosažení relevance hypotézy ohledně módnosti BLD proběhla rozesílka dotazníku také emailem (pomocí Google Forms) náhodnému vzorku lidí, nebo lidem, kteří řeší životní styl a navštěvují Facebookové profily zabývající se zdravým životním stylem a dále zájmovým

skupinám na Facebooku, které sdružují lidi s bezlepkovou dietou (uzavřená skupina „Alergie/intolerance na laktózu, kravskou bílkovinu a lepek). Z tohoto šetření bylo platně a úplně vyplněno 55 dotazníků. *Celkový počet vyhodnocovaných dotazníků je 77.*

- Kvalitativní metoda *osobních a skupinových rozhovorů* byla realizována na výběrovém vzorku 15 respondentů z celé populace. Limitem výběru byl pouze věk, respondenti nebyli mladší 18ti let a starší 70ti let a také znalost českého jazyka. Kritériem výběru byl pak předpokládaný zájem o životní styl a zdraví, což ovlivnilo genderové rozložení respondentů. Ve výběrovém souboru tudíž převažovaly ženy, které mají větší tendence a zájem řešit zdravý životní styl, v poměru 14:1. Respondenti byli seznámeni hned v úvodu rozhovoru s pravidly rozhovoru a se zaručením anonymity.

8. Metodika výzkumu

8.1. Kvantitativní průzkum: Anonymní dotazníkové šetření

Kvantitativní průzkum na vzorku zákazníků nakupujících bezlepkové potraviny v prodejně Sklizeno (sítí prodejen s bio a bezlepkovými produkty), v jídelně České národní banky, na náhodném vzorku lidí, kteří řeší zdravý životní styl a klientů soukromých nutričních poraden se zkušenostmi s bezlepkovou dietou bylo realizováno formou *anonymního dotazníkového šetření*. V dotazníku bylo sledováno povědomí o bezlepkové dietě, znalosti o ní, zkušenosti s jejím dodržováním, důvody rozhodnutí ji držet, co je při rozhodování ovlivnilo. U respondentů byly v rámci dotazníku zaznamenány základní údaje a sledován výskyt pacientů s diagnostikovaným onemocněním způsobeným lepkem a četnost držení diety bez diagnostikovaného onemocnění, jehož terapií by byla BLD. Počet otevřených otázek byl omezen na minimum, použity byly převážně otázky výčtové, dále pak uzavřené, filtrační a případně polootevřené. Dotazníky byly se zákazníky prodejny Sklizeno a se zaměstnanci České národní banky navštěvující jejich jídelnu, vyplněny osobně metodou face-to-face dotazování v průběhu několika dnů. Doporučeným klientům soukromých nutričních poraden se zkušeností s BLD byl na základě jejich souhlasu zaslán odkaz na online formulář dotazníku, který vyplnili samostatně ze svého počítače. Online formulář byl dále zaslán vybraným skupinám z Facebooku, zabývajících se zdravým životním stylem. Pro dotazník byl využit online formulář GoogleForms, který zároveň zajišťuje potřebnou anonymitu.

8.2. Kvalitativní průzkum: Individuální rozhovory a skupinové rozhovory (Focus Group) nad fiktivní reklamou o BLD

Kvalitativní část tohoto výzkumu jsem založila na *vytvoření fiktivní reklamy na bezlepkovou dietu* a její následné prezentování a otestování na vybraném vzorku lidí. Cílem bylo získat odpovědi na dané otázky a také si případně potvrdit hypotézu, že je bezlepková dieta módním trendem, který může podpořit vhodně zvolená reklamní komunikace založená na líbivých mýtech o této dietě. V první části byly otázky byly zaměřeny na znalost BLD a ochoty ji vyzkoušet. Druhá část byla zaměřena na hodnocení reklamy a její přesvědčivosti. Jelikož

reklama byla záměrně založena na mýtech o BLD, bylo cílem získat odpovědi na otázku, zda se nechají mýty ovlivnit a jak moc je v tomto případě může ovlivnit právě reklama.

Šetření probíhalo ve formě *osobních rozhovorů face-to-face* nebo v podobě *Mini Focus Group Discussions (FGD)*, kdy byli najednou dotazováni maximálně 3–4 respondenti. Metoda skupinového rozhovoru je často využívaným nástrojem kvalitativního výzkumu, která využívá skupinové dynamiky a je tak efektivní pro získání hlubších myšlenkových pochodů a je možné dostat až k samotné logice myšlenek. Používá se často právě pro hodnocení návrhu reklam a jejich relevance pro respondenty a efektivitu reklamního sdělení.

Rohovor (interview) byl polostrukturovaný, založený na předem vytvořeném scénáři, ale přitom dával možnost se v případě potřeby dotázat více do hloubky a improvizovat. Důvodem volby polostrukturovaného rozhovoru byla flexibilita, díky které je možné vytvořit mezi tazatelem a respondentem přirozenější vztah a snadnější vedení rozhovoru. Zároveň je možné jít do hloubky tématu, ale přitom se držet dané osnovy, a proto je přehledný. Osnova rozhovoru nebyla striktní, ale vedla dotazování v jasném pořadí od zahřívacích úvodních otázek ke konkrétnějším a náročnějším pro respondenty. Otázky směřovaly k verifikaci hypotéz této bakalářské práce. Výhodou využití polostrukturovaného rozhovoru pro tuto práci je i větší možnost zobecnění a uplatnění poznatků na širší část populace, než tomu je například u rozhovoru nestrukturovaného. V tomto případě je ale potřeba si ověřit, že se u různých dotazovaných jedná o stejné skutečnosti (jen jinak vyjádřené), a ohlídat srovnatelnost sledovaných faktů. Tazatel musí být dobře připraven, znát téma a být schopný aktivně reagovat.

Osobní rozhovory jsem realizovala osobně, mám s takovým typem výzkumu dlouholeté osobní zkušenosti. Výsledky byly ihned zapisovány do standardizovaného dotazníku a následně bylo vždy zpracováno slovní hodnocení.

Rozhovory proběhly s 15 respondenty celkem, z toho dvě Focus Group Discussions, pokaždé s 3 respondenty. Osobních rozhovorů bylo realizováno 9.

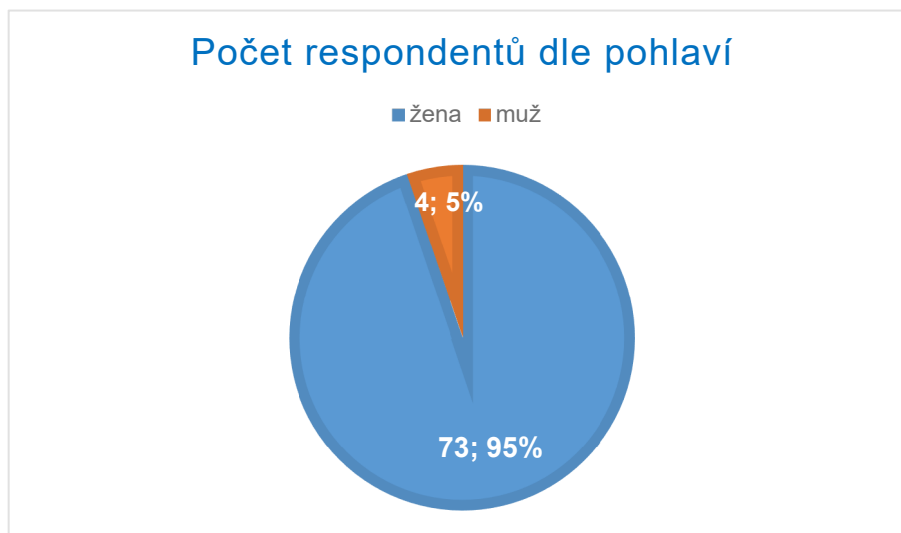
Kvalitativní část výzkumu je vyhodnocena převážně formou slovních závěrů, doplněna grafy a souhrnnými tabulkami.

9. Výsledky

9.1. Dotazníkové šetření

První část dotazníku měla vytvořit přehled o základních údajích o respondentech. Konkrétně uváděli pohlaví, věk a nevyšší dosažené vzdělání. *Jednoznačná převaha žen* potvrdila předpoklad, že o životní styl a zdraví se v dnešní populaci zajímají více ženy. V případě online dotazníku z celkového počtu odpovědí 55, byl pouze 1 vyplněný mužem. V prodejně Sklizeno z celkového počtu 15 vyplněných dotazníků byl taktéž pouze 1 vyplněný mužem. Zde se ale dalo předpokládat, že nakupovat potraviny chodí spíše ženy, takže převaha vyplněných dotazníků ženami v tomto případě nebyla překvapující. V případě České národní banky, kde větší část zaměstnanců tvoří muži, z celkového počtu 7 vyplněných dotazníků, byly 2 dotazníky vyplněny mužem. Celkový poměr žen vs. mužů je 73:4.

Graf 1: Pohlaví respondentů dotazníku



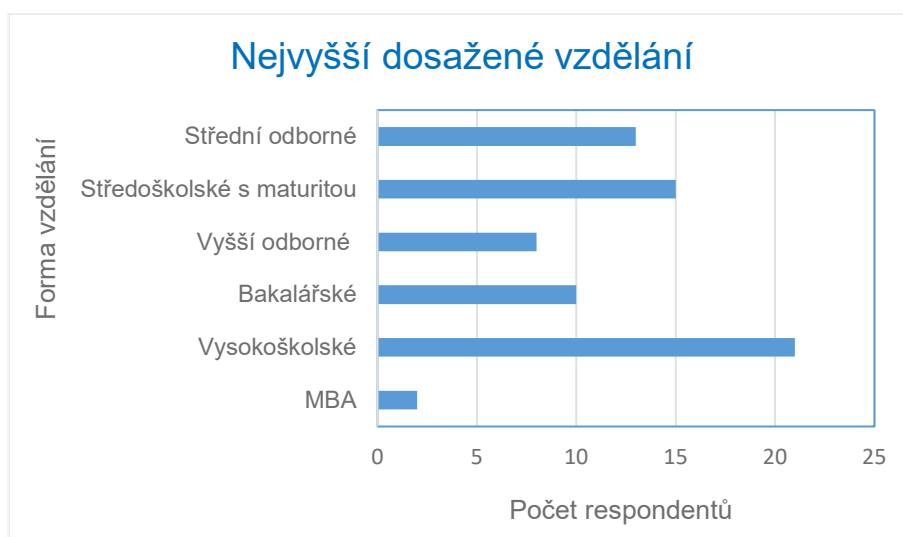
Další graf níže znázorňuje věkové rozložení respondentů. Věkový průměr 36 let naznačuje, že téma bezlepkové diety je aktuálnější u mladší části populace ze zvoleného vzorku pro výzkum. Rozptyl věkové hranice byl relativně velký – nejvyšší věk byl 66 a nejnižší 21 let a věk uvedli všichni dotazovaní. *Nejpočetnější byla skupina ve věku 30-40 let.* Nicméně toto může být zároveň zkresleno i věkem lidí, kteří vyplnili elektronický dotazník na Facebooku. Celkově Facebook dle aktuálních dat v ČR navštěvuje necelých 5 miliónů lidí a nejpočetnější skupinou jsou právě třicátníci. Toto mohlo tedy mít vliv na věkový průměr, jelikož větší část vyplněných dotazníků (55:22) je právě těch elektronických.

Graf 2: Věk respondentů dotazníku



Ve vzdělání respondentů *převažovalo vysokoškolské vzdělání*. K uvedenému „vysokoškolskému“ vzdělání lze přičíst i bakalářský titul nebo MBA a pak je převaha velmi výrazná. Z celkových 77 dotazníků vzdělání uvedlo ale jen 69 lidí.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dotazníku

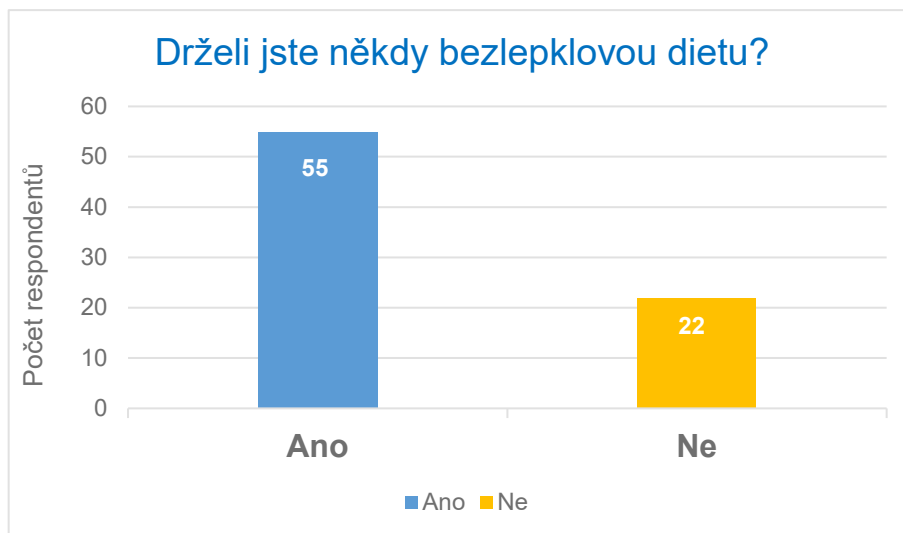


V další části dotazníku se sledovalo, do jaké míry znají respondenti bezlepkovou dietu a zda s ní mají osobní zkušenost. Všichni dotazovaní věděli, co je to bezlepková dieta, i když ne všichni s ní měli osobní zkušenost. *100% znalost bezlepkové diety* vypovídá o širokém povědomí o této dietě v české populaci.

Bezlepkovou dietu někdy v životě držela většina z dotazovaných – 72 %. Přičemž u 22 lidí z testovaného vzorku se to předpokládalo, jelikož se bezlepkově již stravovali nebo nakupovali bezlepkové potraviny. Tento předpoklad ale nebyl potvrzen, protože i když někteří z nich

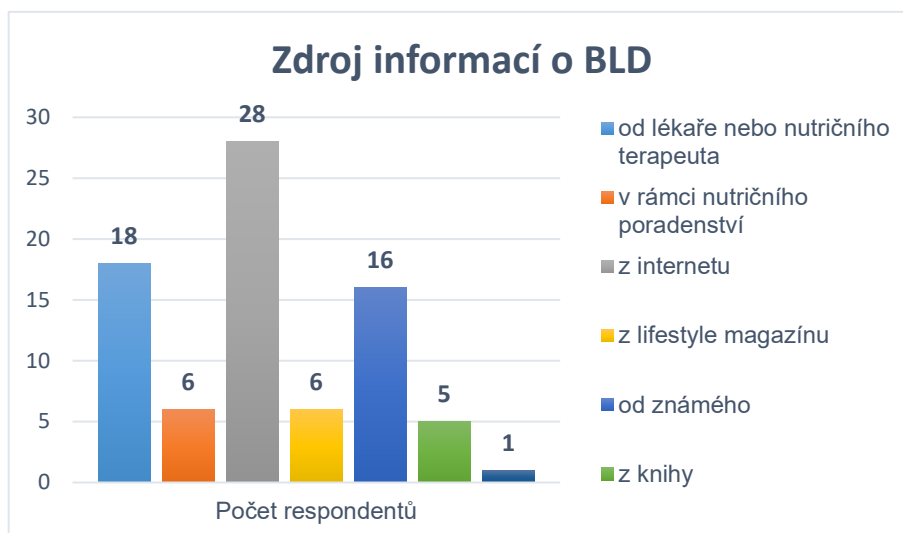
kupovali bezpečkové potraviny, nevedli, že drží bezpečkovou dietu. Například v jídelně České národní banky z celkem 7 dotazovaných 3 lidé uvedli, že bezpečkovou dietu nedrží, ačkoli tam konzumují bezpečkovou stravu. Na otázku, zda drželi někdy v životě bezpečkovou dietu odpověděli všichni dotazovaní.

Graf 4: Zkušenosti respondentů s bezpečkovou dietou



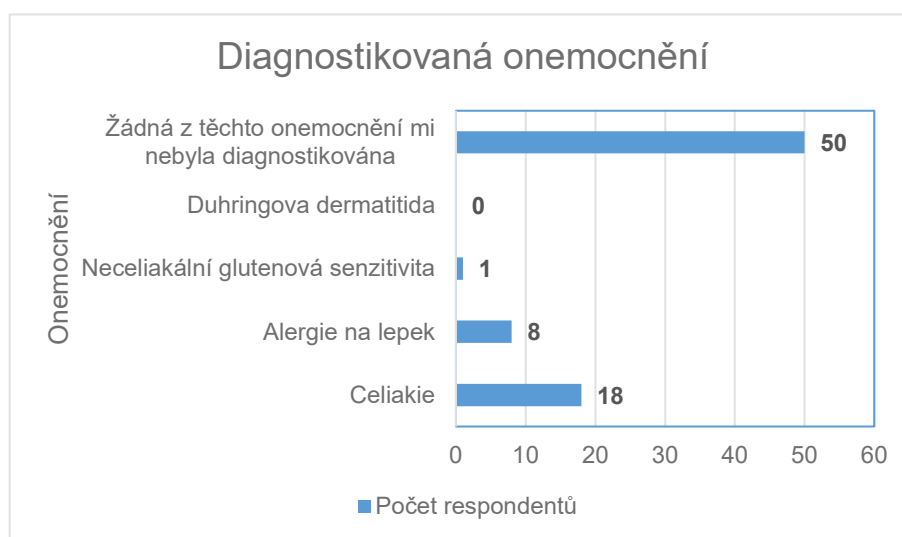
Z výsledků výše uvedených lze odvodit i tvrzení, že na širokém povědomí o BLD se ve velké míře musí podílet její komunikace v masmédiích směrem k široké veřejnosti. Zároveň lze i potvrdit, že jde o masové téma, jelikož *jako nejčastější zdroj informací o bezpečkové dietě uvedli respondenti internet*. Ten je dnes právě tím nejvíce masově používaným zdrojem pro hledání veškerých informací, a tedy i nejvíce vytěžovaným komunikačním kanálem pro marketingovou komunikaci.

Graf 5: Informační zdroje znalostí o bezpečkové dietě



Pro potvrzení jedné z hypotéz této práce – že bezlepková dieta se stala módním trendem, bylo důležité z celkového počtu respondentů vyčíslit počet lidí, kteří se pomocí BLD léčí. Na základě toho pak bylo možné vytvořit si přehled, kolik lidí drží bezlepkovou dietu, aniž by jim bylo diagnostikováno některé z onemocnění jejichž terapií je bezlepková dieta. Na přímou otázku, zda jim byla diagnostikováno některé onemocnění způsobené nesnášenlivostí lepku kromě 2 dotazovaných odpověděli všichni. Převažuje záporná odpověď. Poté následuje diagnostikovaná celiakie a alergie na lepek. Diagnóza NCGS se objevila pouze jednou, nicméně tento výsledek není překvapivý vzhledem k omezenému množství informací o tomto onemocnění. Duhringovu dermatitidu nikdo neoznačil. Respondenti ale uváděli i další zdravotní problémy, jako například různé kožní problémy, ekzémy nebo nespecifické střevní záněty, které označili jako důvody proč BLD drží nebo drželi.

Graf 6: Počet diagnostikovaných onemocnění způsobených nesnášenlivostí lepku

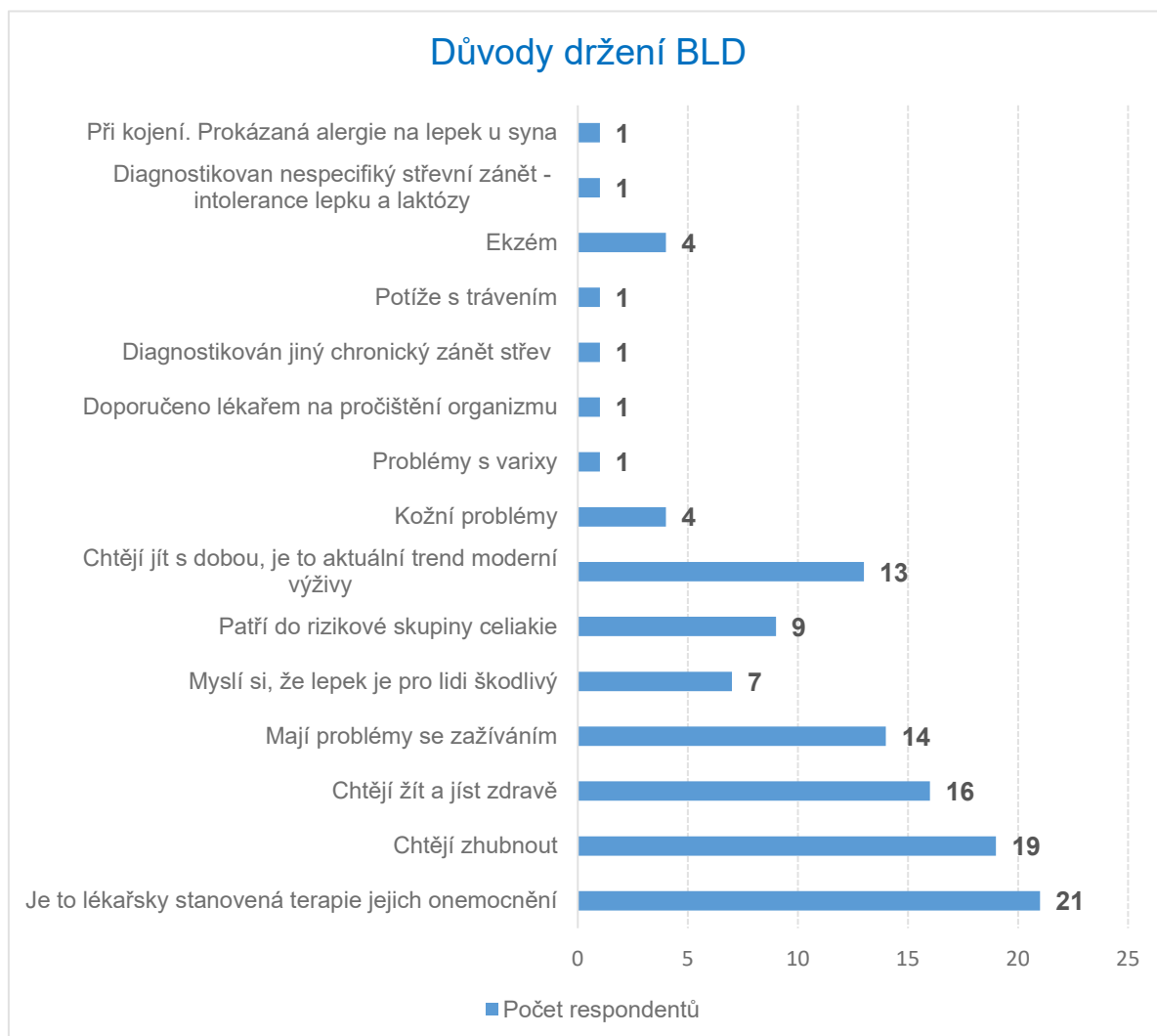


Ve srovnání počtu lidí, kteří drží BLD s počtem respondentů, kteří uvedli, že mají diagnostikováno některé z onemocnění, jehož léčbou je BLD, vyplývá, že 50 % respondentů z celkového počtu, co BLD drží nebo drželo, *nemělo lékařsky diagnostikováno onemocnění*, jehož léčba by tuto dietu vyžadovala. Z celkového počtu lidí, kteří mají zkušenost s BLD je to pak poměr respondentů s diagnózou onemocnění způsobené lepkem a bez diagnózy 27:28. Což poukazuje na módnost této diety a rozšířeným povědomím o ní.

Nicméně rozpor je pak v uvedených důvodech držení této diety, jelikož pouze 14 lidí uvedlo jako důvod diagnostikované onemocnění. Na otázku týkající se důvodů držení BLD odpovědělo celkem 70 lidí, takže o 7 respondentů méně, což mohlo výsledky ovlivnit a zkreslit. Odpovědí je celkem 113, z čehož vyplývá, že průměrně označili respondenti 1–2 důvody. Pokud byla důvodem diagnóza onemocnění, nebo výskyt v rizikové skupině, byl většinou označena pouze jedna varianta. Více důvodů naopak označovali lidé bez diagnózy nesnášenlivosti lepku, jejichž nejčastěji uváděný důvod bylo zhubnutí a zdravý životní styl. Tyto dva důvody pak byly často doplňovány o tendenci jít s dobou, jelikož BLD je módní trend ve výživě, nebo víra v tvrzení, že lepek je škodlivý. Zhruba stejný počet lidí pak uvádí jako důvod problémy se zažíváním. Otázka: „Z jakého důvodu lidé drží bezlepkovou dietu, aniž by

jim byla lékařem určena jako terapie pro jejich onemocnění?“ mne vedla k hypotéze, že jde o módní trend ve výživě a zdravém stravování, což se těmito výsledky potvrdilo.

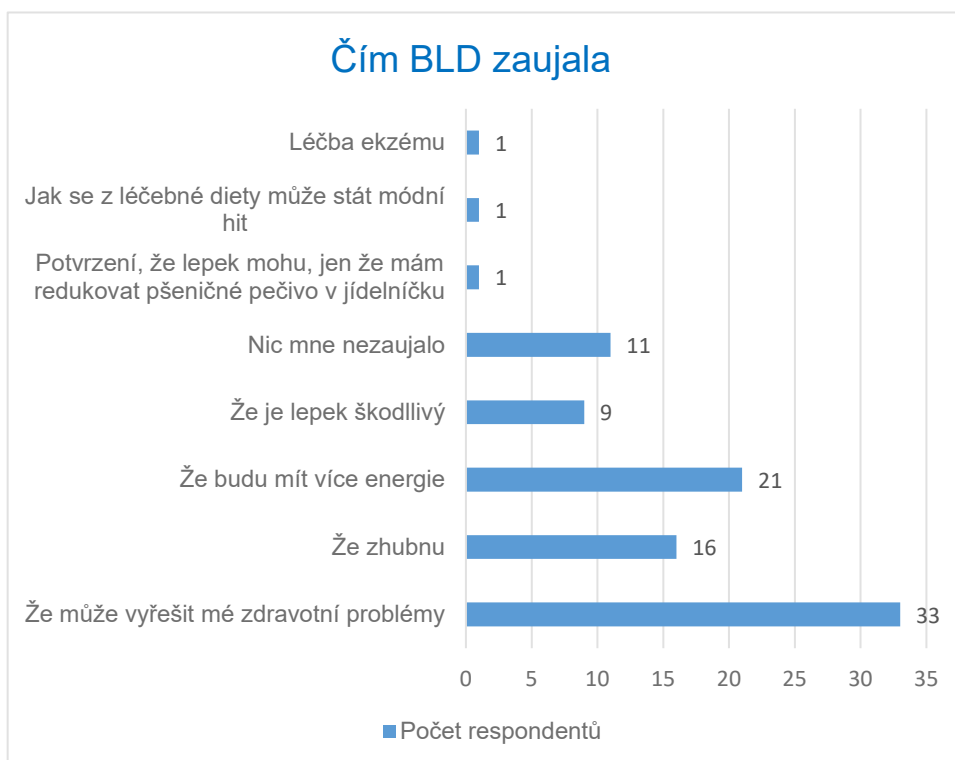
Graf 7: Z jakého důvodu respondenti bezlepkovou dietu drží/drželi?



V části zaměřené na důvody a motivaci k držení BLD a tím si potvrzení reakcí respondentů na mýty o dietě, byli respondenti nejdříve dotazováni na důvody držení a poté na důvody zaujetí touto dietou. Za účelem ověření si odpovědi na uváděné důvody byla respondentům položena podobná otázka: „Co je na dietě zaujalo“. Ověření si, zda respondenti odpoví stejně bylo z mého pohledu důležité pro potvrzení hypotézy ohledně módnosti diety. Dalším očekávaným výsledkem bylo zároveň i zjištění, zda lidé reagují na mýty o této dietě a důvěřují jejich příslibenému účinku. Větší podíl respondentů svou odpověď potvrdilo. Odpověděli všichni, někteří označili více možností, celkem bylo uvedeno 93 odpovědí. Respondenti, kteří uváděli jako důvod držení BLD zdravotní problémy nebo je to léčba jejich onemocnění, tak zde *potvrdili svou odpověď, že je dieta zaujala, tím, že jejich problémy může vyřešit*. To byla také nejčastější odpověď (35 %). Lidé s některým z diagnostikovaných onemocnění pak ještě velmi často označovali, že je na dietě nic nezaujalo (10 odpovědí z celkových 11). Zajímavé ovšem

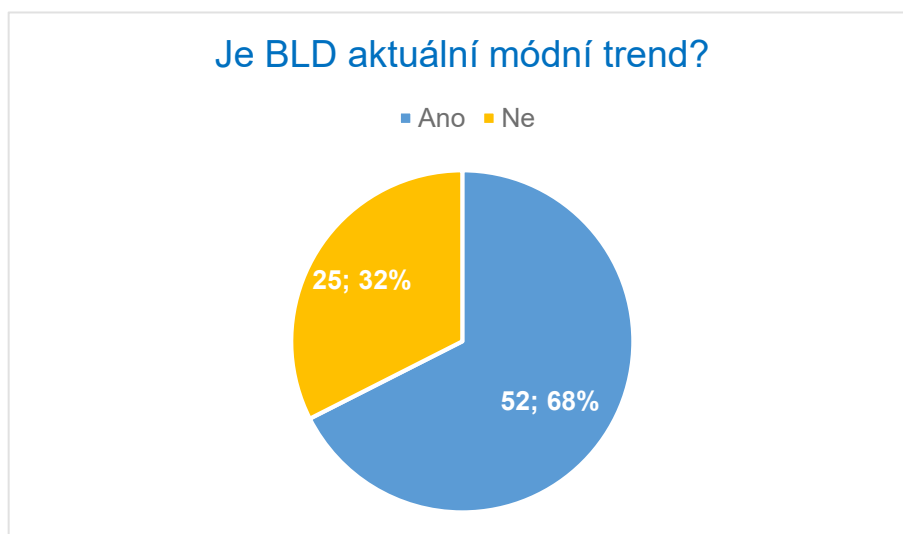
ale je, že lidé, kteří uvedli jako důvod, že chtějí zhubnout, žít a jíst zdravě, že chtějí jít s dobrou a dodržovat zdravý životní styl, v ověřovací otázce ale uvedli, že je dieta zaujala proto, že může vyřešit jejich zdravotní potíže, případně k tomu doplnili ještě že očekávají budou mít více energie. Dále 19 lidí uvedlo, že jedním z důvodů bylo zhubnutí, ale jak je z následujícího grafu zřejmé, tak to potvrdilo pak již jen 16 lidí. Větší část (23 %) pak uvedla, že očekávají že budou mít více energie, což je celkem překvapivě uvedeno jako 2. nejčastější důvod. Na tuto reakci mohl mít vliv médií, sportovců a celebrit, které se k této dietě hrdě hlásí a nejčastěji právě prohlašují, jak díky BLD u nich zmizela únava a mají více energie.

Graf 8: Co respondenty na dietě zaujalo



Všichni respondenti byli dotazováni, zda považují BLD za módní výživový trend a všichni také odpověděli. *Většina respondentů (63 %) se shodla na tom, že ano.* Jeden z respondentů dokonce uvedl, že ho na dietě zaujalo to, jak se z léčebné diety může stát módní trend. Poměr odpovědí u lidí s diagnostikovanou celiakií nebo alergií vs. lidé bez diagnózy byl pak celkem vyrovnaný s menší převahou odpovědí ano u lidí bez diagnózy onemocnění.

Graf 9: Pohled na bezlepkovou dietu jako na aktuální módní výživový trend



Jedním z nejvíce se objevujících mýtů o BLD je tvrzení, že je lepek škodlivý. Proto jsem si na tomto tvrzení chtěla ověřit, zda lidé mýtům o dietě věří a podléhají. 53 % z dotazovaných potvrdilo, že si myslí, že škodlivý je. Přičemž větší část záporných odpovědí uvedli respondenti s diagnostikovanou celiakií. To vypovídá o jejich znalosti a informovanosti o tématice bezlepkové diety. Zde byl jasně citelný rozdíl ve znalostech těchto 2 skupin respondentů. Na otázku odpovědělo 75 respondentů.

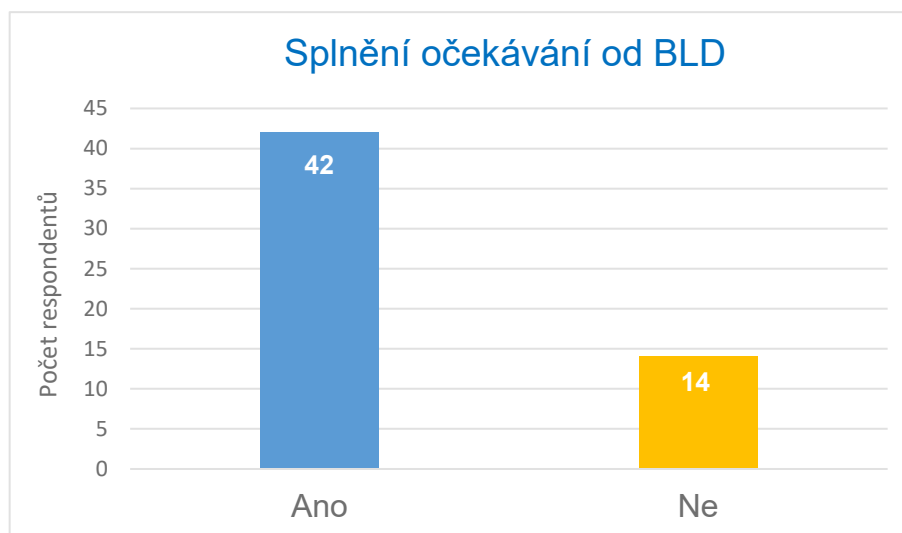
Graf 10: Škodlivost lepku



Při zkoumání splnění očekávání a naplnění uvedených důvodů pro držení BLD, na dotaz, zda dieta splnila jejich očekávání, 75 % respondentů odpovědělo kladně. Odpovědí bylo pouze 56, nicméně to koresponduje s počtem respondentů (55), kteří uvedli, že dietu někdy drželo, nebo drží. U lidí s diagnózou celiakie se logicky častěji objevovala kladná odpověď. Zajímavý výsledek je, že očekávání dieta splnila u všech, kteří se o ní dozvěděli v rámci nějaké nutriční

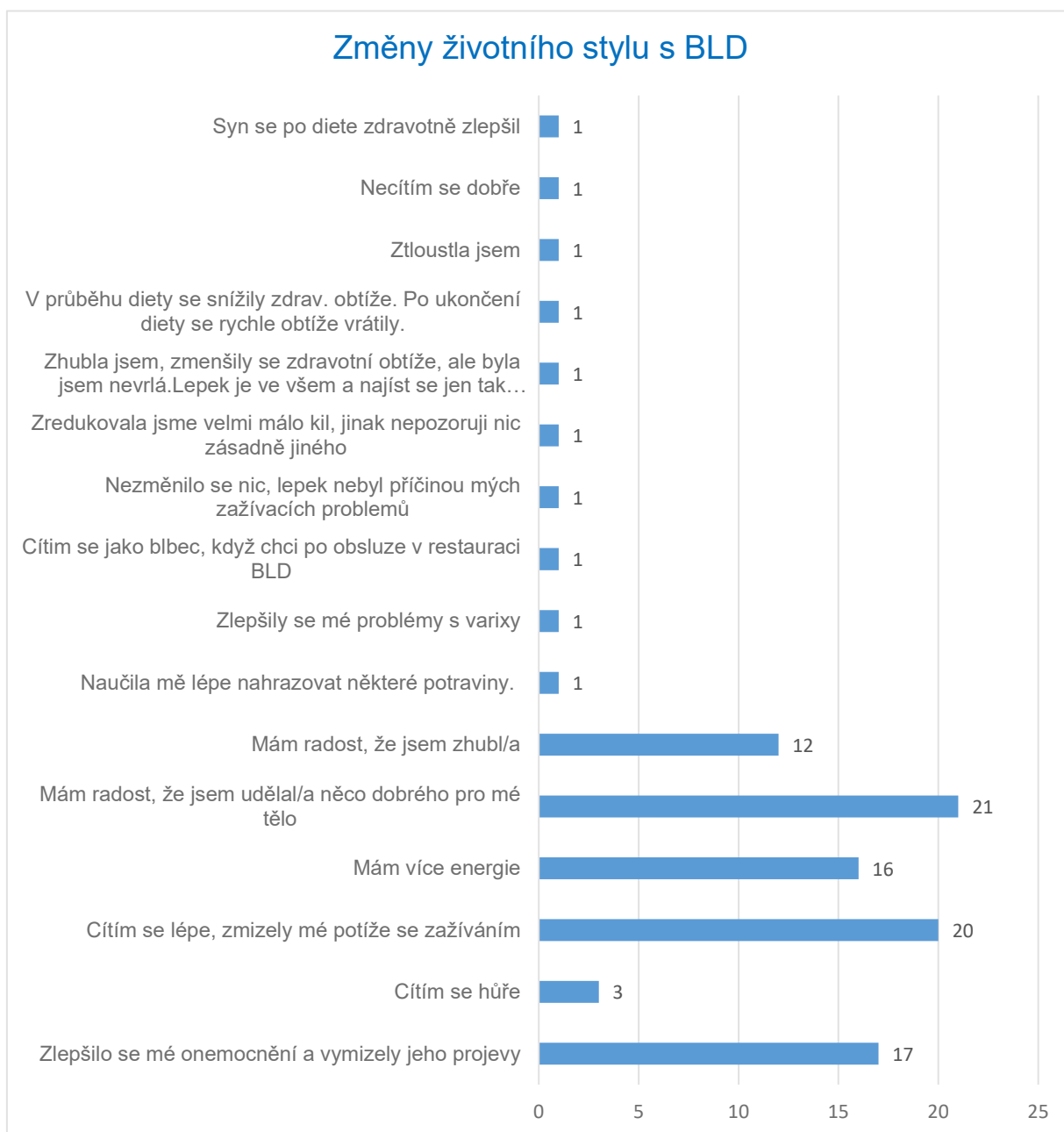
poradny a drželi ji za účelem zhubnutí, nebo očekávali vyřešení zdravotních problémů. Je možné z toho odvodit tvrzení, že pod dohledem nutričního odborníka má BLD větší efekt.

Graf 11: Splnění očekávání od diety



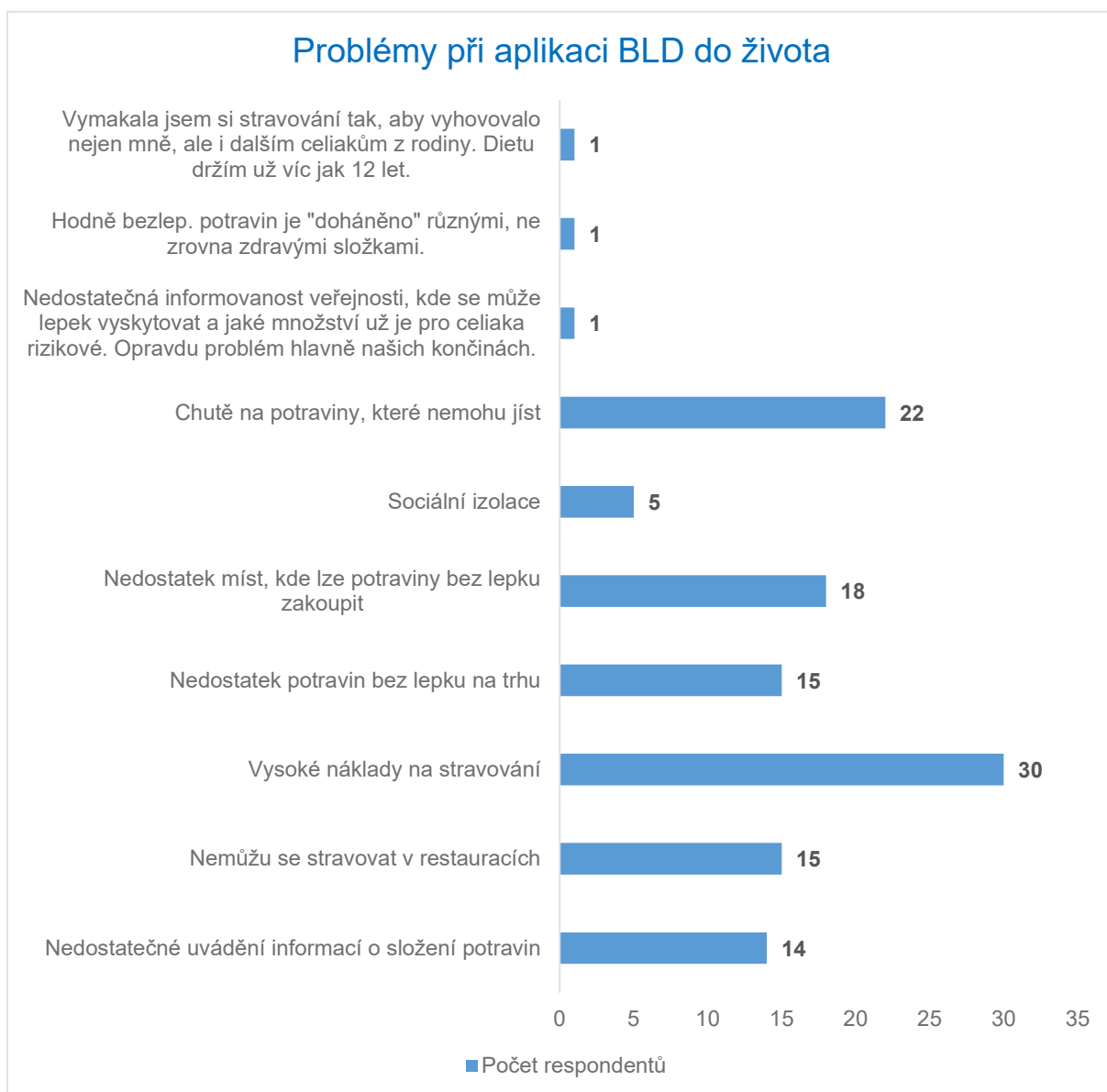
Očekávání od diety relativně bylo naplněno v pocitech respondentů po zavedení BLD do jejich života a s tím spojeného životního stylu. Na otázku: Jak se cítíte po změně vašeho životního stylu na bezlepkové dietě? odpověděli všichni respondenti, kteří dietu drželi nebo drží. Celkem bylo ale 99 odpovědí, takže uváděli 1–2 důvody. Většina odpovědí byla kladná a pozitivní, ačkoli se objevila i negativní hodnocení pocitů, ale pouze v jednotkách. Nejvíce respondenti uváděli to, že *se cítí lépe a že mají radost, že pro sebe udělali něco dobrého (21 %)*.

Graf 12: Pocity po změně životního stylu s BLD



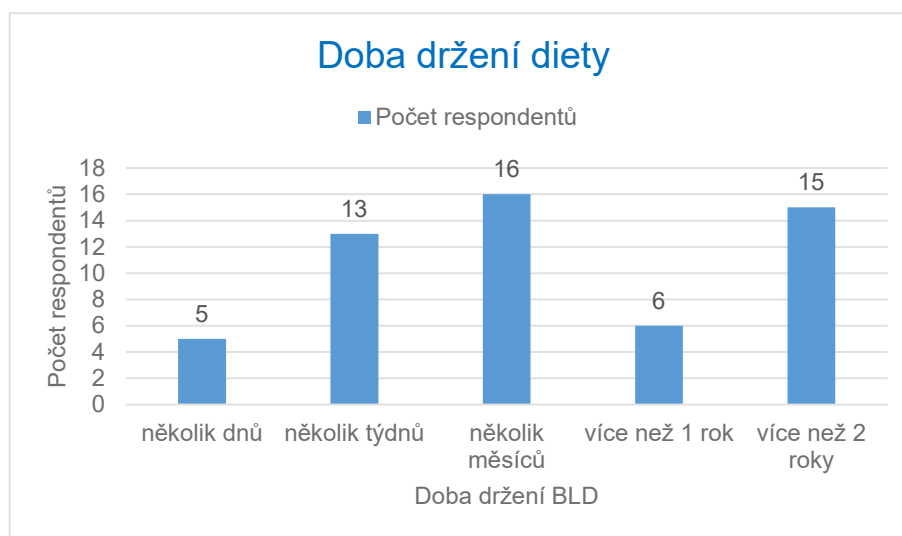
Po převážně pozitivním hodnocení pocitů měli respondenti uvést naopak problémy, se kterými se potýkali nebo potýkají při zavedení BLD do svého života. Na tuto otázku opět odpovědělo všech 55 respondentů, kteří dietu drží nebo drželo, ale celkem uvedli 122 odpovědí. Takže byly uváděny 2–3 problémy. Nejčastějším problémem jsou *vysoké náklady spojené s bezpečným stravováním* a pak chutě na potraviny, které nemohou již konzumovat.

Graf 13: Problémy, které řeší respondenti při praktické aplikaci BLD do jejich života



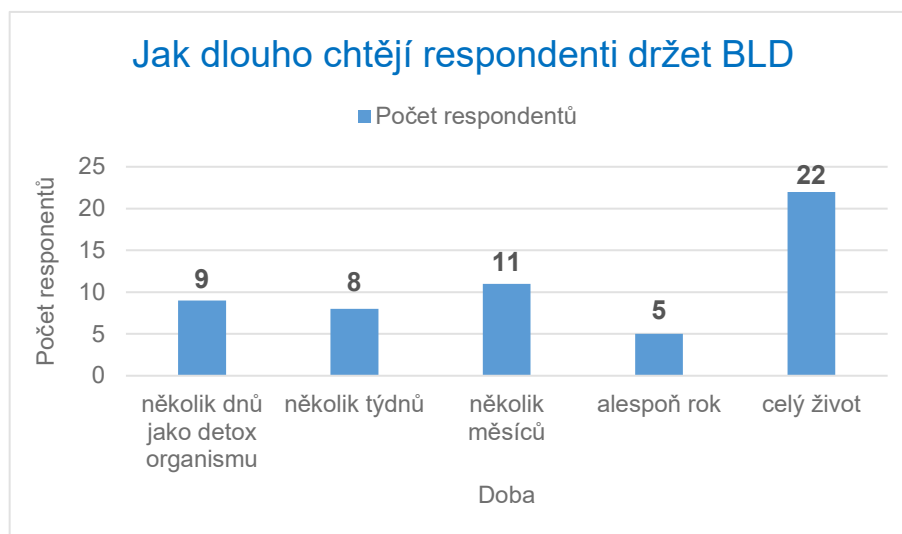
Respondenti, kteří dietu v minulosti drželi nebo stále drží (55 respondentů) byli dotazováni, na dobu, po kterou ji drželi/drží. Všichni respondenti ze skupiny lidí s diagnostikovanou celiakií nebo alergií na lepek označilo delší dobu, minimálně několik měsíců, ale převažovala odpověď více než 2 roky. V případě lidí bez diagnostikovaného onemocnění převažovala několika měsíční zkušenost.

Graf 14: Doba, po kterou respondenti drží/drželi BLD.



Všichni respondenti se zkušeností s BLD (55 respondentů) byli dotazováni na dobu po kterou dietu ještě chtějí držet. Dle předpokladu u celiaků byla odpověď ve 100 % „celý život“. Dále nejčastěji uváděnou dobou bylo „několik měsíců“, což odpovídali lidé, kteří drží dietu za účelem zlepšení jejich zdravotního stavu a také lidé, jejichž motivací bylo zhubnutí a zdravý životní styl. 9 lidí pak chce dietu držet pouze několik dnů jako detox organismu, což potvrzuje další mýtus o této dietě a tendenci lidí uvěřit vyfabulovanému účinku diety.

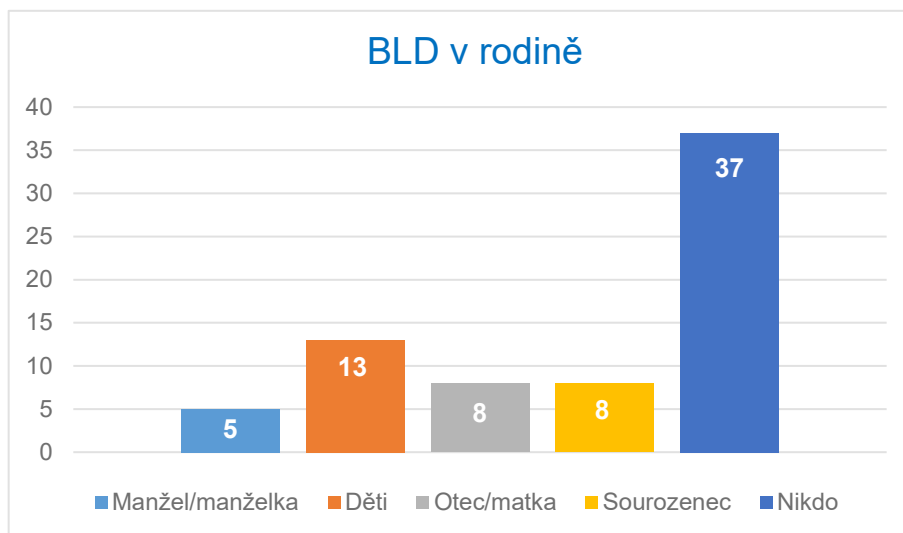
Graf 15: Doba, po kterou respondenti ještě chtějí držet BLD.



Zajímalo mne, zda dietu drží respondent sám, což by vypovídalo více o tom, že nejde o případ, kdy je BLD léčbou celiakie nebo alergie na lepek. V případě celiakie je totiž rodina neboli

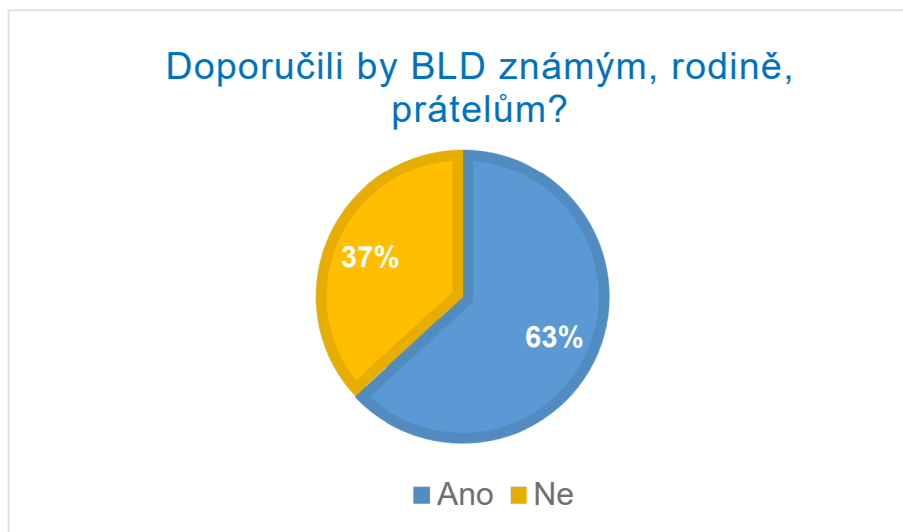
příbuzní 1. a 2. stupně rizikovou skupinou, a je třeba udělat screening. Děti uváděli v podstatě právě jen celiaci. Pouze v jednom případě drželi dietu děti, ačkoli rodič nebyl celiakem ani alergický na lepek. Uvedený respondent se snažil dietou u sebe vyřešit problémy se zažíváním a s varixy. Rodiče nebo sourozence častěji uváděli respondenti, kteří drželi BLD z důvodu řešení zažívacích problémů anebo kožních problémů (např. ekzém). Převážná většina respondentů ale uvedla, že nikdo z v jeho rodině již BLD nedrží. Celkem odpovědělo na tuto otázku 71 respondentů.

Graf 16: Drží dietu ještě někdo z vaší rodiny?



Na závěr dotazníku byla položena respondentům otázka, zda by doporučili BLD svým známým, nebo rodině a přátelům. Odpovědělo 65 respondentů, přičemž ale dietu drželo 55 z nich, takže u 10 lidí se dá předpokládat, že když dietu nedrželi, tak ji ani nedoporučí. To bylo i potvrzeno v odpovědích. Zároveň dietu nedoporučují celiaci, a ti, kteří nemají s dietou dobrou zkušenost. Konkrétně například ztloustli, nebo se problémy stejně vrátily, nebo se dokonce cítí hůře. I přesto ale převažuje kladná odpověď a dietu by doporučilo 63 % z 65 respondentů.

Graf 17: Doporučili byste BLD svým známým, rodině, přátelům?



9.2. Rozhovory a test fiktivní reklamy

Pro zjištění hlubších souvislostí a informací o důvodech a motivaci lidí držet BLD byla kvantitativní část výzkumu doplněna kvalitativním výzkumem ve formě individuálních (Face-to-Face) nebo skupinových rozhovorů (Focus Groups). Polostrukturované rozhovory byly vedeny podle předem daného scénáře, který měl respondentům poskytnout prostor pro vyjádření myšlenek, postojů a názorů. Díky otevřeným otázkám je možné se dostat hlouběji k názorům a pocitům a moderátor má možnost s otázkami dále pracovat a doptávat se a naplnit parametry kvalitativního výzkumu.

Rozhovor zahrnoval jednoduché dotazování a pozorování, zaměřené na 2 cíle: ověření si hypotézy, že je bezlepková dieta módním trendem, a že tento trend může podpořit reklamní komunikace založená na přesvědčivě napsaných mýtech o této dietě. A dále bylo cílem získat odpovědi na otázky týkající se znalosti BLD a míry lidí ji vyzkoušet, jak se nechají lidé ovlivnit mýty o BLD a jako roli v tom případně hraje marketing/reklama.

Součástí rozhovorů byl test návrhu fiktivní reklamy na BLD, kde měli respondenti hodnotit její sdělení, silné a slabé stránky a důvěryhodnost, s cílem zjistit, jak reagují na interpretované mýty o BLD a jaký vliv může tedy reklama mít.

Průběh kvalitativního výzkumu

1. Prvním krokem kvalitativního průzkumu bylo připravení *zadání pro tvorbu reklamy* na bezlepkovou dietu. Už samotné zadání stojí na mýtech, jelikož jeho cílem je, aby na základě informací z tohoto zadání vznikla taková reklama, která bude bezlepkovou dietu propagovat. Už v zadání se hledá reálný lidský pocit (tzv. insight), na který by bylo dobré reklamou apelovat, to bývá důvod, proč pak propagovaná dieta může u potenciálního uživatele rezonovat. Jde tedy o to, najít a popsat pocit, pohled člověka, jeho přesvědčení, aby se tím pádem identifikoval s reklamou a vyhodnotil ji jako určenou právě pro něj a zareagoval aktivně na její pobídku.
2. Druhým krokem byla *tvorba reklamy*, konkrétně formátu inzerce v lifestyle magazínu na základě výše popsaného zadání. Základem tedy nebyla fakta o bezlepkové dietě, ale jednotlivé mýty, které jsou pro běžnou populaci přívětivější a lákavější.
3. Jako třetí krok jsem připravila pro rozhovory scénář neboli *diskuzní osnovu*. Dle této osnovy probíhaly všechny rozhovory, odpovědi respondentů byly zaznamenány do připravených dotazníků.
4. Čtvrtou částí byly pak *osobní rozhovory*, při nichž byla respondentům fiktivní reklama na bezlepkovou dietu prezentována. Reklama byla pojata jako tištěná inzerce. Pro účely testování byla ve formátu A4 vytištěna na kvalitní barevné tiskárně a nalepena na tvrdý kartonový board určený k prezentacím. To umožnilo snadnější manipulovatelnost, viditelnost a přehlednost a vizuál s reklamou takto imitoval použití v lifestyle magazínech. Po odprezentování reklamy se hodnotili reakce na reklamu a tendence této reklamě uvěřit a ochotu ji vyzkoušet na základě uvedených informací.

1. Zadání reklamy

Již samotné zadání pro tvorbu reklamy bylo postaveno na mýtech, aby bylo možné si ověřit, zda respondenti budou na tyto mýty reagovat a jak. Zda budou pro ně důvěryhodné a smysluplné a zda zvolená formulace je vhodná. Zadání zároveň má poskytnout tvůrci reklamy celý a pravdivý pohled, aby pochopil, co je účelem a co má vytvořená reklama splnit a ke komu má mluvit. Zadání je připraveno vždy v písemné formě, kde jsou uvedeny všechny potřebné informace pro tvorbu a také je pak konzultováno osobně s týmem lidí, kteří na zakázce pracují. V tomto případě na zadání (bríf) pracovali 2 lidé – jeden textař, a jeden Art Director. Textař vymyslí ideu, headline a veškeré texty, Art Director k tomu doplní vizuální stránku a celé to sesadí dohromady.

Obrázek 2: Zadání tvorby reklamy (kreativní bríf)

KREATIVNÍ BRÍF **Y&R**

BEZLEPKOVÁ DIETA – zadání pro reklamní agenturu na vytvoření reklamy (tzv. kreativní brief)

Situace na trhu *(Popiš situaci na sledované části trhu, trendy a konkurenci)*
V tuto chvíli existuje nespočetně zaručených diet, jak zhubnout a je těžké se v nich zorientovat a najít si tu nejlepší = neúčinnější. Bezlepková dieta ale rozhodně patří mezi módní trendy a stále roste její obliba u zdravých lidí, kteří ji drží, aby zhubli, nebo mají pocit, že žít bez lepku je lepší, zdravější.

Cíle *(Proč zadavatel investuje do komunikace a jaké obchodní efekty nebo změny značky očekává?)*
Podpořit povědomí o bezlepkové dietě u široké veřejnosti a přesvědčit je o jejich benefitech a aby ji zkusili. Vybudovat v lidech pocit, že držet bezlepkovou dietu je nutnou součástí moderního života a cesta jak být „in“.

Cílová skupina *(Socdemo lidí, které máme motivovat, abychom dosáhli cíle)*
Široká veřejnost, která řeší zdravý životní styl, lidé, kteří chtějí zhubnout, nebo je trápí problémy se zažíváním a trávením.

Problém *(Popiš tu největší překážku, která lidem brání v žádoucí změně jejich chování?)*
Přemíra dostupných informací o dietách valící se na lidi ze všech komunikačních kanálů, ve kterých je pak těžké se zorientovat a vyhodnotit bezlepkovou dietu jako tu správnou, aktuální a moderní.

Insight *(Překvapivý a pravdivý pohled člověka na problém, na kterém můžeme stavět ideu řešení)*
Zajímají mne výživové módní trendy. Chci být součástí moderní společnosti a chci být „in“. Zkusím tedy klidně držet jednoduchou dietu, po které zhubnu, nebo která vyřeší mé problémy, která zaručeně bude fungovat a já nad tím nebudu muset moc přemýšlet. Důležité je, že chci působit jako člověk, který jde s dobou a řeší své zdraví.

Hlavní sdělení *(Jakou klíčovou myšlenku nebo zprávu chceš předat?)*
Vyzkoušejte nejaktuálnější a zaručený trend ve zdravém stravování – bezlepkovou dietu, která je budoucností a základem zdravého života.

Proč sdělení mohu věřit *(Co jsou hlavní argumenty vycházející z produktu nebo značky pro které mohou lidé uvěřit hlavní zprávě?)*

- Lepek je škodlivý, je problémem našich zdravotních obtíží, lepší střeva, způsobuje „moučné břicho“ (Lepek se převážně ukládá v oblasti kolem břicha, což znamená, že pokud máte problémy shodit tuk právě v těchto partiích, bezlepková dieta je ideální právě pro Vás)
- S bezlepkovou dietou zaručeně zhubnete
- Budete mít více energie, zmizí únava (Ze dne na den zmizí chronická únava a budete mít energii na rozdávání. Zastáncům bezlepkové stravy po vynechání lepku přibyla energie, ušetřená za náročné trávení lepku)
- Pomáhá léčit akné a ekzém
- Zmizí problémy se zažíváním (Lidé, kteří se rozhodli pro bezlepkovou dietu tvrdí, že jim jako zázkramem zmizely problémy se zažíváním a s tím spojené nepříjemnosti).
- Bezlepková strava je vhodná pro všechny

Požadované výstupy (Na základě toho, co víme o cílové skupině, definuj jak, kdy a kde lidi oslovíme a jaké komunikační prostředky pro tyto účely potřebujeme.)

Leták nebo printová inzerce (formát lze upravit dle potřeby)

Mandatorní požadavky (Zde uveď pouze ty naprosto nutné povinné prvky)

Komunikace by měla být jednoduchá a stručná, jde hlavně o upoutání pozornosti, a zavolání na telefonní číslo: 724 013 502 kde se dozví více informací.

2. Návrh reklamy

Na základě výše uvedeného zadání (obrázek 2) vzniklo pak více různých návrhů, z nichž byl vybrán pro test pouze jeden, který byl nejvíce relevantní pro účely testování a splňoval zadání.

Obrázek 3: Návrh reklamy

**VY JEŠTĚ
JÍTE *lepek?***

S BEZLEPKOVOU DIETOU
ZHUBNETE BEZ JO-JO EFEKTU

**Vyzkoušejte zázračné účinky
nejnovějšího trendu ve zdravé výživě:**

- zbavíte se "pneumatiky" kolem pasu, kde se lepek ukládá
- zmizí nepříjemné potíže se zažíváním
- budete mít víc energie, zbavíte se chronické únavy
- vyčistí se vám pleť, zmírní ekzém i akné
- dieta je vhodná pro každého

Konzultace ZDARMA
na tel.: 724 013 502

3. Polostrukturovaný rozhovor

Na úvod rozhovoru proběhlo vzájemné představení tazatele a respondentů. Respondenti byli seznámeni s cílem diskuze, metodikou výzkumu a byla jim objasněna pravidla rozhovoru. Byli také ujištěni o zachování anonymity a informováni o předpokládané délce diskuze (20 minut).

Cílem další části rozhovoru bylo navázat přátelskou a uvolněnou atmosféru a uvést respondenty do tématu BLD.

Byli dotazováni na znalost diety, zdroj informací, jak ji vnímají a čím si ji zapamatovali a jestli by ji vyzkoušeli. Některé dotazy byly totožné s dotazy z dotazníkového šetření realizovaného v kvantitativní části s úmyslem ověřit si shodu odpovědí. Otázky v rozhovoru byly ale otevřené na rozdíl od dotazníku. Bylo tak možné jít více do hloubky.

Rozhovory proběhly s celkem 15 respondenty s převahou žen 14:1, které měly ve větší míře již rodiny (1–2 děti). Věkový průměr byl 39 let, tedy o něco vyšší než u dotazníkového šetření. Nejčastěji uváděné nejvyšší dosažené vzdělání bylo střední s maturitou.

Znalost existence BLD byla i v tomto šetření 100%. Všichni respondenti ji zaznamenali, ale žádný z nich s ní neměl osobní zkušenost. Nejčastěji jejich znalost o BLD nebo povědomí o ní byla z internetu nebo z časopisů. Ve 2 případech ji znali od známého, který ji držel z důvodu celiakie a alergie na lepek. Dietu popisovali jako stravu s vyloučením pšeničné mouky nebo pečiva a těstovin. Pouze v jednom případě respondent uvedl, že je to léčba příčiny trávicích problémů. Uváděli i některé mýty týkající se všeobecně škodlivosti lepku, že lepí žaludek a střeva a tloustne se po něm. Mají tedy 100% povědomí o BLD ale znalost její podstaty je velmi obecná a nepřesná. Nicméně toto zjištění opět potvrzuje módnost této diety a lze i v tomto šetření tedy potvrdit hypotézu, že BLD se stala módním trendem současné doby.

Zapamatovatelnost byla ve 2 odpovědích spojována se znakem přeškrtnutého klasu, který označuje bezpečné potraviny. 5 respondentů uvedlo, že si ji zapamatovalo díky celebritám, které je drží (což opět poukazuje na módnost diety). Na skupinovém rozhovoru ale mohlo dojít k ovlivnění ostatních respondentů jedním respondentem, který to uvedl jako první.

Dietu by polovina respondentů vyzkoušela. I přestože anebo právě naopak protože, jsou jejich informace o BLD nepřesné a neúplné. Polovina respondentů, která dietu vyzkoušet nechce měla pocit, že to není pro ně, že je to léčba pro onemocnění zažívacího traktu, nebo že nevidí smysl vyloučit ze života potravinu, která jim „pravděpodobně nijak neškodí“.

Po diskuzi a dotazování se na spontánní znalost bezpečné diety následovalo otestování návrhu fiktivní reklamy (inzerce do časopisu) na BLD. Cílem bylo pochopit, jak moc se nechají ovlivnit jednotlivými informacemi i celkovým sdělením, jaké jsou zde motivátory, zachytit nejasnosti, nebo naopak jasné, klíčové informace.

V roli tazatele jsem nejdříve respondentům vysvětlila, že jde pouze o návrh reklamy a její případné využití v tištěné inzerci a na internetu. Požádala jsem je o zaměření se na uvedená sdělení a myšlenku reklamy, a ne hodnocení provedení kresby a zobrazení reklamy. Poté jsem jim ukázala vybraný návrh, který měli hodnotit.

Jako první krok měli respondenti sami vyplnit do připraveného dotazníku hodnocení návrhu na škále od 1-10 jak se jim celkově líbil. (1=vůbec se mi nelíbil, 10=velmi se mi líbil). Nejčastěji uváděné hodnocení bylo „6“, tedy lehce nad průměrem.

Tabulka 5: Hodnocení reklamy

Respondenti	Hodnocení*
1	5
2	7
3	5
4	6
5	6
6	2
7	8
8	5
9	6
10	8
11	4
12	5
13	7
14	6
15	6

*Hodnotící škála: 1 = vůbec se mi nelíbil; 10 = velmi se mi líbil

Poté následovaly otevřené otázky jejichž cílem bylo zjistit konkrétní důvody tohoto hodnocení, zjistit slabé a silné stránky návrhu, zda je vše srozumitelné, co je hlavní myšlenkou a jestli je to důvěryhodné a do jaké míry je to oslovuje. Na závěr byli dotázáni, zda by po shlédnutí prezentované reklamy měli zájem BLD vyzkoušet.

První dojmy byly nejvíce spojené s nedůvěrou. Reklama je zaujala, přečtou si ji, donutí je to zamyslet se, ale zní moc slibně, „až zázračně“. Přídavný jménem ji popisovali například jako „superlativní“, „podezřelou“, „zajímavou“ nebo „neskutečnou“. Nejvíce se tedy objevovaly pocity a vyjádření nedůvěry, a to i v pojmenování reklamy přídavným jménem. Vypovídá to o tom, že použitá slovní vyjádření jsou přespříliš slibná, protože jednotlivým uvedeným efektům diety pak důvěřovali (jak bude více popsáno dále).

Jako silné stránky označovali fotku ženy (nohy, hýždě, ploché břicho) a pak konkrétní účinky diety. Nejvíce uváděný účinek byla možnost *zbavení se pneumatiky kolem pasu* (5 respondentů), dále že budou *mít více energie a zbaví se únavy* (3 respondenti). Dva respondenty zaujalo také *zmizení nepříjemných potíží se zažíváním*.

Slabou stránkou dle jejich názoru bylo slovo „zázračně“ a „pneumatiky“ nebo příslib zhubnutí bez „jo-jo efektu“, kterému nevěřili. Za další slabou stránku považovali samotný headline: „Vy ještě jíte lepek?“, vnímali ho jako příliš útočný, agresivní. Zároveň ho pak ale také označovali jako to, co je nejvíce zaujalo, jeden respondent to označil přímo jako „dobře položenou otázku“, která ho naopak zaujala. Nikdo ale neoznačil za slabou stránku některý z uvedených efektů diety. Pouze v jednom případě byla vznesena pochybnost nad tím, že je dieta vhodná pro

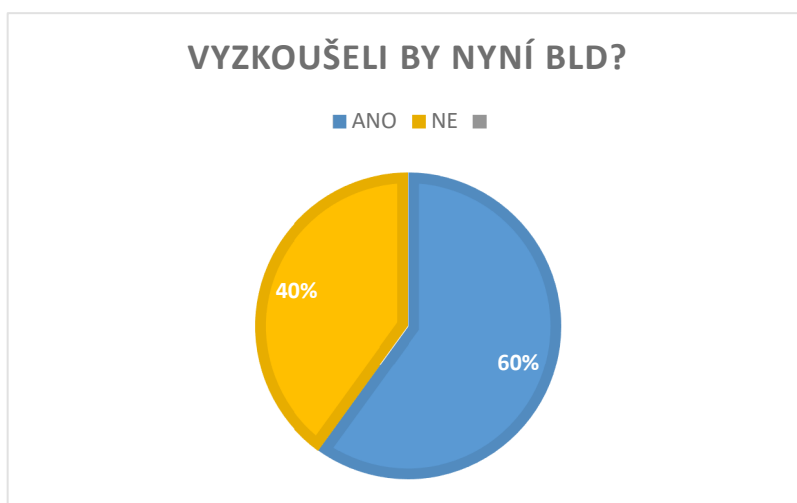
každého. V tomto případě respondent měl známého celiaka, takže je možné předpokládat větší znalost tematiky BLD.

Návrh byl všemi respondenty označen jako 100 % srozumitelný. I hlavní myšlenku byli schopni správně vystihnout.

Sdělení oslovilo tři čtvrtiny respondentů (73 %). Reklama v nich vyvolala zájem, zavolali by na uvedené číslo a využili konzultace zdarma nebo by si vyhledali na internetu další informace. Jeden respondent uvedl, že by raději nejdříve dietu zkonzultoval s lékařem. Čtvrtina respondentů (27 %), které sdělení reklamy neoslovilo, nejvíce uváděli jako důvod problém s důvěrou anebo jim to nepřipadalo dost silné, případně by si to museli nejdříve více promyslet. Za nedůvěryhodností ale stály také vědomosti respondentů o dietách a zdravém stravování. Například se již stravovali na základě doporučení od výživového poradce (zpochybňovali, že stačí vynechat ve stravě lepek) a měli za sebou osobní zkušenost s nějakou dietou (nevěřili že můžou zhubnout bez jo-jo efektu).

Na poslední otázku, zda by měli po shlédnutí prezentované reklamy chuť BLD vyzkoušet reagovalo 40 % respondentů záporně a 60% kladně. Ačkoli míra respondentů oslovených reklamou byla vyšší (73 %). Nicméně ochota po shlédnutí reklamy se zvýšila oproti ochotě před jejím shlédnutím.

Graf 18: Po zhlédnutí reklamy byste měli chuť BLD vyzkoušet?



Z uvedených faktů lze tedy usoudit, že se respondenti nechají ovlivnit reklamou ačkoli je založena na mýtech o BLD. Nejsou schopni zcela rozpoznat mýtus a pokud je vhodně formulován mají tendenci mu důvěřovat.

10. Diskuze

Nepodařilo se vyhledat publikované výsledky podobně pojatých prací, jako je tato bakalářská práce a pracovat s nimi pro diskuzi. Proto jsem diskuzi rozdělila podle hypotéz ověřených v kvantitativní části výzkumu a otázek řešených v kvalitativní části.

H1: Z bezlepkové diety se stal módní trend současné doby.

Výzkum v kvantitativní části založeným na dotazníkovém šetření tuto hypotézu **potvrzuje**. Respondenti jsou dobře obeznámeni s tím, co je to bezlepková dieta a všichni ji znají. 72 % respondentů dokonce dietu již vyzkoušelo. Polovina těchto lidí drží nebo držela BLD aniž by jim přitom lékařem byla diagnostikována některá z onemocnění vyvolaných nesnášenlivostí lepku. Což potvrzuje módnost a aktuálnost této diety u populace s *převahou žen*. Lze se domnívat, že všeobecně pro ženy je téma diety populárnější a atraktivnější než u mužů. Proto není překvapivý poměr respondentů dotazníku 95 % žen vs. 5 % mužů. Respondenti dietu většinou drží již *několik měsíců nebo týdnů* a chtějí v tom pokračovat po dobu dalších několika měsíců. Neodradily je ani uvedené problémy s implikací BLD do svého života. Nejčastějším uváděným problémem jsou *vysoké náklady spojené s bezlepkovým stravováním*. Nicméně toto může ovlivnit i převaha respondentů s vysokoškolským vzděláním, u nichž se dá předpokládat vyšší příjem.

Zdrojem pro vyhledávání informací bývá nejčastěji využíván internet, což je masmédiu s nejvyšším zásahem široké veřejnosti díky digitalizaci populace a zároveň poskytuje nejaktuálnější informace díky snadné a rychlé editovatelnosti. Internet je pro tyto uvedené důvody hojně využíván pro marketingovou komunikaci. Z těchto všech faktů lze odvodit závěr, že na internetu se lidé velmi snadno dostanou k módním trendům současné doby.

Nejčastější konkrétní důvody, které uváděli respondenti bez diagnózy celiakie nebo alergie na lepek byla touha zhubnout (17 %), zdravě žít a jíst (14 %), pomocí diety řešit problémy se zažíváním (12 %) anebo chtějí jít s dobou a považují BLD za aktuální trend moderní výživy (12 %). Jinak je pohled na dietu velmi často odlišný u respondentů s jedním z diagnostikovaných onemocnění způsobených lepkem, jejichž jediný důvod držení BLD je léčba.

Dvě třetiny respondentů přímo uvedli, že bezlepkovou dietu považují za aktuální módní výživový trend. Na tomto názoru se shodují jak respondenti s diagnostikovaným onemocněním, tak respondenti bez diagnózy.

Výsledky mohlo ovlivnit složení vzorku, kde převládají mladší lidi, s převahou žen, s vyšším vzděláním, u nichž je větší předpoklad, že řeší zdravý životní styl a v tomto ohledu pak podlehnou trendu a módnosti.

H2: Módnost této diety je opřena o mnoho mýtů.

V dotazníkovém šetření byla tato hypotéza také **potvrzena**. Platí hlavně u skupiny respondentů, kteří nemají diagnostikované onemocnění způsobené lepkem.

Skupina respondentů, kteří žijí s diagnózou celiakie nebo alergie na lepek jsou velmi dobře seznámeni s BLD dietou a mají od ní jiná očekávání, je to pro ně jediná léčba jejich onemocnění. Díky tomu, jak jsou edukováni v této tématice, tak nepropadají mýtům, velmi

dobře BLD znají. Oproti tomu 2. skupina očekává od BLD ztrátu hmotnosti, vyřešení zaživacích problémů, že budou mít více energie nebo chtějí jít s dobou a drží se nejnovějších trendů i ve výživě. *Téměř všechny uvedené důvody držení BLD nebo důvody zájmu o této dietu jsou založeny na mýtech.*

V dotazníku byla z důvodu potvrzení této hypotézy také úmyslně položena otázka založena na asi nejčastějším mýtu: že lepek je škodlivý. Tomuto tvrzení věří 75 % všech respondentů. Ukazuje to tedy na velkou míru popularizace tohoto mýtu a povědomí o něm, protože byl respondenty uváděn nejméně často jako důvod jejich zájmu o BLD.

Nicméně očekávání respondentů byla dietou naplněna (až 75 %), takže i když byla založena na mýtech, respondenti stále dietě a její efektivitě důvěřovali a cítili se lépe, nebo nejčastěji uváděli, že měli radost, že pro sebe a své tělo něco udělali. Toto tvrzení, ale může být i „náplastí“ na neúspěch, protože ho uváděli i respondenti, u kterých dieta nesplnila jejich očekávání (například zhubnutí).

V obou skupinách respondentů (s diagnózou onemocnění vyvolaným nesnášenlivostí lepku i bez této diagnózy) byla uvedena *pozitivní změna jejich života* díky praktické aplikaci BLD do jejich života. Tento výsledek je zcela pochopitelný u první skupiny, kdy léčba pomocí BLD by měla postupně zbavit nemocného všech nepříjemných příznaků. U zdravých jedinců je to do jisté míry překvapivé, při předpokladu, že dietu drží na základě některého z mýtů. Dalo by se usoudit, že lidi uspokojí i menší změna a hlavně jim stačí pocit, že to zkusili a něco tak pro sebe udělali.

Pozitivní zkušenosti respondentů se pak odráží v jejich ochotě BLD doporučit známým, rodině nebo přátelům. *Dvě třetiny z nich by dietu doporučili.* Jelikož uvedené mýty se zdají být logické, mluví přímo o řešení a jsou jednoduché na pochopení, lidé jim pak snadněji uvěří. Navíc pokud na něj narazí vícekrát třeba na internetu plného trendů anebo od přátel (2. nejčastěji uváděný zdroj informací u 2. skupiny respondentů) přesvědčí je to o „jejich“ pravdě a mýtu uvěří.

H3: Tento trend byl významně podpořen marketingem stojícím na mýtech o bezlepkové dietě.

Tato hypotéza byla **potvrzena** analýzou dat z dotazníkového šetření a podpořena výsledky kvalitativního výzkumu.

Prvním důkazem tohoto tvrzení je zdroj, kde se respondenti o BLD dozvěděli (v rámci kvantitativního i kvalitativního výzkumu). Všechny zdroje, kromě lékařského doporučení, nebo doporučení od nutričního terapeuta (které uváděli respondenti s diagnostikovanými onemocněními způsobené nesnášenlivostí lepku) jsou média, využívaná ve velké míře k marketingové komunikaci. Na internetu i v knihkupectví lze nalézt spoustu článků nebo knih založených na mýtech o BLD. Druhým nejčastějším uváděným zdrojem bylo „od známého“, což je nejlepší marketingový nástroj, tzv. „Word of Mouth“. Jak je zřejmé již z výše uvedeného (u Hypotézy 2), respondenti, kteří dietu drží na základě důvěry v některý z uvedených mýtů, BLD by zároveň doporučili dále. Pokud tedy respondenti mají informace z těchto zdrojů, lze pak potvrdit, že BLD jako módní trend byl podpořen marketingem stojícím na mýtech. Reklamu

této dietě pak tedy dělají sami lidé, kteří ji vyzkoušeli, celebrity, distributoři knih, knihkupectví a neodborné nutriční poradny.

Potvrdilo se, lidé uvěří snadněji jednoduchým faktům a doporučením od svých známých nebo zaručeným výsledkům u celebrit a že dobře napsaná nepravda je přesvědčí spíš než vědecky dokázaná pravda. Kvalitativní výzkum potvrdil, že velmi záleží, jak je mýtus formulován. Musí být srozumitelný a jasný, slibný, ale zase ne přespříliš, aby byl stále důvěryhodný. Jak je informace podána a napsána velmi může ovlivnit rozhodnutí. Což je v souladu se základními poučkami v marketingové komunikaci a vytváření reklamy.

O1: Jaká je znalost bezlepkové diety a ochota lidí ji vyzkoušet?

Všichni účastníci rozhovorů zaznamenali bezlepkovou dietu. Nejčastěji ji zaznamenali na internetu, v lifestyle časopisech anebo z doslechu, od známého, od svých zákaznic. Žádný z respondentů ale dosud BLD nezkoušel. *Znalost o tom, že BLD existuje je ale 100%*. Nicméně jak pak vyplynulo z diskuze, v případě, kdy ji měli popsat, znalost v čem spočívá a jaký je její účel je markantně nižší. Nejčastější představa se shodovala s vyloučením bílého pečiva a těstovin, nebo celkově pšeničné mouky. Ani jeden z respondentů neuvedl správně podstatu BLD, znalost byla pouze částečná, často založena na mýtech o BLD. *I přesto by většina respondentů dietu vyzkoušela (50 %)*.

Domnívám se, že jejich ochota dietu vyzkoušet vychází v určité míře právě z této neznalosti. Díky zjednodušené představě o BLD může lidem připadat snazší ji držet. Zkreslená představa vynechání pečiva a těstovin je líbivější než vynechání ze stravy všeho co obsahuje lepek. Respondenti neměli představu v čem všem je lepek obsažen a že by se museli vzdát více než jen pečiva a těstovin.

Pokud by ve vzorku respondentů byli lidé s onemocněním způsobené nesnášenlivostí lepku (např. celiakií), jsem přesvědčená, že výsledek by byl výrazně jiný. Znalost a informovanost o podstatě BLD by byla pravděpodobně mnohem vyšší, ne-li 100 %. Pro tyto lidi je BLD jedinou léčbou jejich onemocnění a dietu tedy držet musí. Domnívám se ale, že kdyby si mohli vybrat, tak po zkušenosti s BLD by se raději stravovali bez omezení, která BLD přináší.

Z uvedených závěrů usuzuji, že čím vyšší by byla znalost BLD, tím nižší by byla ochota respondentů ji vyzkoušet.

O2: Do jaké míry se lidé nechají ovlivnit mýty o bezlepkové dietě?

Jednotlivé mýty, uváděné v reklamě jako slíbené efekty diety byly respondenty označovány jako silné stránky. Aniž by je k tomu cokoli navádělo, sami při otázce co považují za silné stránky reklamy, označovali jednotlivé mýty. V reklamě bylo záměrně využito takových frází, aby jim bylo snadno porozuměno. Mýtus většinou nabízí zjednodušené a snadno pochopitelné řešení. Což se v tomto testu potvrdilo i u části, kde měli respondenti popsat podstatu BLD dle jejich slov. Často zazněly parafráze nejčastějších mýtů, které se v souvislosti s BLD objevují (např. škodlivost lepku, zalepování střev, tloustnutí aj.). V případě testované reklamy postavené

celé na různých mýtech o BDL a lepku *se respondenti nechali ovlivnit mýty do té míry, že by 60 % z nich dietu vyzkoušelo.*

Vliv mýtů byl potvrzen i v kvalitativním šetření, kde lidé se zkušeností s BLD (ale bez diagnózy, která by jim přikazovala dietu držet) jednotlivé mýty označovali jako důvody proč dietu drží/drželi. Uváděli to i jako důvod, proč je dieta zaujala. Zde je tedy důkaz, že jim uvěřili a na základě nich se rozhodli dietu vyzkoušet.

O3: Jakou roli v tom hraje marketing/reklama? Přesvědčí je pro držení BLD?

Jak výsledky rozhovorů ukázaly, tak reklama může ovlivnit rozhodnutí držet BLD. *Počet respondentů ochotných dietu po shlédnutí reklamy vyzkoušet byl o 10 % vyšší než před shlédnutím. Reklamní sdělení použité v návrhu reklamy v testu dokonce zaujalo 73 % respondentů. A to vše i přes vyjádřenou nedůvěru na začátku prezentace reklamy.*

Test ukázal, že je velmi důležitá vhodná volba slovních spojení a označení. Nicméně toto byl očekávaný výsledek, a naopak účelem testování bylo nevhodná slova odhalit. Při tvorbě reklamy je důležité najít relevantní pocit (insight) a správně ho vystihnout, aby se s ním cílová skupina sdělení mohla ztotožnit. Což v případě testované reklamy bylo ze tří čtvrtin úspěšné a považují to za velmi dobrý výsledek. Díky zaujetí respondenta je možné ho pak spíše přesvědčit.

Na efektivitu marketingu kolem BLD ukazuje také respondenty uváděný zdroj informací o BLD – jednotlivá média, která slouží jako běžný marketingový nástroj.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo získat ucelený pohled na bezlepkovou dietu. Zaměřila jsem se nejdříve na fakta, chtěla jsem z medicínského pohledu ukázat souvislosti mezi bezlepkovou dietou a onemocněními způsobenými nesnášenlivostí lepku. Popsat druhy a výskyt těchto onemocnění, se zaměřením na celiakii. Zjistit znalosti a zkušenosti lidí s touto dietou. Můj zájem o tuto tematiku vyvolala domněnka, že v poslední době se z bezlepkové diety stal fenomén ve zdravé výživě a neдрží ji zdaleka jen celiaci nebo alergici na lepek, kteří k tomu mají lékařsky opodstatněný důvod. Chtěla jsem zjistit z jakého důvodu drží BLD lidé bez diagnózy onemocnění způsobené lepkem a proč je toto téma více a více populární i u zdravých jedinců. Vedlo mne to k předpokladu, že tito lidé nejspíš propadli některým z mýtů o BLD a nejsou dostatečně nebo dobře informováni. Zaměřila jsem se tedy i na jednotlivé mýty o této dietě. V praktické části bakalářské práce jsem si chtěla ověřit hypotézu, že se z bezlepkové diety stal módní trend v současné výživě, a to díky mnoha mýtům, které se v souvislosti s ní objevují.

V České Republice je prevalence onemocnění celiakii 1:200–1:250, (stejně jako v celé Evropě), to znamená zhruba 40 000 - 50 000 nemocných celiakii. Odhaduje se tedy zhruba 1 nemocný na 200-250 zdravých jedinců. V dotazníkovém šetření realizovaném v rámci této bakalářské práce se ale potvrdilo, že BLD drží mnohem více než každý 200. – 250. Výsledky prokázaly, že z testovaného vzorku lidí dvě třetiny mají osobní zkušenost s dietou. *Polovina z nich dietu vyzkoušela, aniž by to byla lékařem stanovená terapie jejich onemocnění. Z celkového počtu 77 respondentů jich 28 drželo nebo drží BLD, aniž by měli diagnostikovanou nesnášenlivost lepku. To by znamenalo, že kromě nemocných lidí téměř každý 3. člověk BLD zkusil. Což potvrzuje módnost této diety u zdravé populace a respondenti sami i potvrdili, že ji považují za módní trend současné výživy.*

Pátrala jsem po motivaci těchto lidí. Pohled na dietu je ve více ohledech odlišný u respondentů s jedním z diagnostikovaných onemocněních způsobených lepkem, jejichž jediný důvod držení BLD je léčba. U zdravých jedinců je důvodů více. Respondenti velmi často uváděli minimálně 2 důvody. Nejčastěji to byla touha *zhubnout* (17 %), *zdravě žít a jíst* (14 %), pomocí diety řešit *problémy se zažíváním* (12 %) anebo chtějí následovat *aktuální trend moderní výživy* (12 %). Všechny tyto důvody v podstatě vyplývají z mýtů, které se nejčastěji objevují a jež jsem v práci popsala. Respondenti byli s výsledky diety i přesto spokojeni. Splnění očekávání od diety bylo ve 100 % naplněno u lidí léčících touto dietou své onemocnění, u zbylé části byla očekávání naplněna v 50 % případů. Jako nejčastější efekt diety označovali, že se *cítí lépe a že mají radost, že pro sebe udělali něco dobrého* (21 %). Což byl ale z uvedených efektů ten nejvíce obecný. Dietu jsou připraveni držet několik týdnů až měsíců a doporučili by ji svým známým a přátelům, oproti celoživotnímu údělu celiaků, kteří by dietu doporučili pouze nemocným lidem, u nichž může odstranit nepříjemné příznaky onemocnění. Šetření poukázalo celkově na *významnou rozdílnost vnímání BLD a informací o ní, těmito dvěma skupinami*. Liší se i zdroj informací ze kterého se o BLD dozvěděli. U zdravých jedinců je informačním zdrojem první volby internet. Odborného lékaře, nebo nutričního terapeuta jako informační zdroj o BLD uvedli respondenti ze skupiny pacientů léčících se s onemocněním způsobeným nesnášenlivostí lepku.

V rámci kvantitativního i kvalitativního šetření, respondenti označili ve 100 %, že znají BLD. Znalosti respondentů se neodráží v jejich chování a dalších reakcích (vyjma respondentů s diagnostikovaným onemocněním způsobeným nesnášenlivostí lepku). Při hlubším průzkumu se ukázalo, že znalost podstaty BLD je u skupiny zdravých jedinců malá nebo neúplná, nebo zkreslená. Přestože mají o dietě málo informací nebo špatné, tak by polovina z nich dietu vyzkoušela. Z výsledků bylo zřejmé, že vliv na to může mít z velké části marketingově podpořená komunikace této diety, postavená na vhodně zvolených frázích popisujících a slibujících kýžené efekty diety.

S cílem zjistit, jak moc může mít reklama a marketing vliv na jejich rozhodnutí dietu zkusit, byla použita metoda testu fiktivní reklamy na BLD. Formou individuálních a skupinových rozhovorů nad fiktivním návrhem reklamy bylo možné si ověřit spontánní reakce respondentů a najít konkrétní „drivery“ a motivace pro jejich rozhodnutí BLD zkusit. *Reklamní sdělení oslovilo tři čtvrtiny respondentů (73 %).* Jako „drivery“ nebo silné stránky označovali jednotlivé mýty o BLD. *Na základě shlednutí reklamy narostl počet respondentů, kteří by BLD vyzkoušeli o 10 %. Efekt reklamy postavené na mýtech o této dietě byl tedy tímto výzkumem potvrzen.*

Hlavní závěry dle cílů práce lze shrnout v následujících bodech.

1. Oba dva typy výzkumu poukázaly na významný rozdíl ve znalostech a postojích k BLD u respondentů s diagnostikovaným onemocněním, jehož léčba je BLD versus u zdravých jedinců. Z uvedených závěrů lze sumarizovat, že čím větší by byla znalost BLD, tím nižší by byla ochota respondentů ji vyzkoušet.
2. Velké jsou odlišnosti i v důvodech držení BLD. Zatímco například u celiaků je jasným motivem léčba onemocnění a zbavení se nepříjemných příznaků, u zdravých jedinců jsou to spíše důvody spojené s psychologickým motivem, jejich spokojeností se sebou samým a také snahou zdravě jíst a žít.
3. Počet respondentů s osobními zkušenostmi s BLD zřetelně vypovídá o velké popularitě této diety. Ještě více o tom svědčí počet lidí, kteří ji drží bez lékařsky stanoveného důvodu. Lze ji označit jako módní trend v současné výživě.
4. Jejich důvody a motivací jsou mýty, kterých lze najít hlavně na internetu bezpočet. Souvisí ve velké míře s kultem zdravého životního stylu a krásy. Uváděné mýty se zdají být jednoduché a snadné řešení mnoha problémů, takže mohou být pro velkou část populace velmi relevantní.
5. Forma osobních a skupinových rozhovorů kvalitativní metody umožnila proniknout více do uvažování respondentů. Z rozhovorů lze vyhodnotit nedostatečnou znalost podstaty BLD, zkreslené představy, nicméně i přesto velkou ochotu respondentů dietu vyzkoušet. Ochota a motivace je po shlednutí reklamy postavené na mýtech o dietě ještě větší. Lze tedy potvrdit vliv marketingu na rozhodnutí respondentů.

Zdroje a použitá literatura

1. Adams, J. (2015). Four Big Differences Between Celiac Disease and Non-Celiac Gluten Sensitivity. *US Pharmacist 2014* (12), 44 – 48. Získáno z: <https://www.celiac.com/articles/23976/1/Four-Big-Differences-Between-Celiac-Disease-and-Non-Celiac-Gluten-Sensitivity/Page1.html>
2. Celiac Disease Center. The University of Chicago Medicine (n.d.). Symptoms of Celiac Disease. Získáno z: http://www.cureceliacdisease.org/wp-content/uploads/341_CDCFactSheets2_Symptoms.pdf
3. Doporučení Pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat (2014). Strategie zavádění nemléčných příkrmů. 27 - 32. Získáno z: <http://www.1000dni.cz/wp-content/uploads/2014/07/2.pdf>
4. Fórum zdravé výživy (2017). Celiakie. Získáno z: <http://www.fzv.cz/celiakie/>
5. Frič, P. & Mengerová, O. (2008). *Celiakie: bezlepková dieta a rady lékaře*. Čestlice: MedicaPublishing.
6. Frič, P. (2017). Celiakie (Celiakální sprue): *Komentář k anketě - diagnostika celiakie v české populaci*. Získáno z: <http://www.bezlepkovadieta.cz/celiakie-celiakalni-sprue/260-3/komentar-k-ankete-diagnostika-celiakie-v-ceske-populaci>
7. Frič, P. (n.d.). O celiakii: Kdy je nutné dodržovat bezlepkovou dietu. Získáno z: <http://www.klubceliakie.cz/about.html>
8. Fruhauf, P. (2006). Trendy ve výživě dětí po 6. měsíci života. *Pediatric pro praxi 2006* (1), 40 – 42. Získáno z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2006/01/09.pdf>
9. Goldemund, K. (2001). Celiakie. *Pediatric pro praxi*, 3, 106 – 111. Získáno z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/03/02.pdf>
10. Ivarsson, A., Hernell, O., Stenlund, H. & Persson, L. A. (2002). Breast-feeding protects against celiac disease. *American Society for Clinical Nutrition*. Získáno z: <http://m.ajcn.nutrition.org/content/75/5/914.full?sid=695f86b1-eb80-4587-9e2b-544f6d92dbde>
11. Ivarsson, A., Myléus, A., Norström, F., Maria van der Pals, Rosén, A., Högberg, L. ... Carlsson, A. (2013). Prevalence of Childhood Celiac Disease and Changes in Infant Feeding. *Pediatrics*, 131 (3). Získáno z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e687>

12. Klener, P. (2006). *Vnitřní lékařství* (3rd ed.). Praha: Karolinum.
13. Kohout, P. & Pavlíčková, J. (1994). *Celiakie: Dieta bezlepková*. Čestlice: Pavla Momčilová - Medica Publishing.
14. Kohout, P. & Pavlíčková, J. (2010). *Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?: Rady lékaře, průvodce dietou*. Praha: Forsapi.
15. Kohout, P. (2006). Diagnostika a léčba celiakie. *Interní medicína pro praxi 2006* (7 a 8), 324 - 326. Získáno z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2006/07/03.pdf>
16. Kohout, P. (2008). Novinky v bezlepkové dietě. *Interní medicína 2008*, 10 (3), 113 - 116. Získáno z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/03/03.pdf>
17. Kohout, P. (2012). Celiakie. *Postgraduální medicína, 2012* (2). Získáno z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/celiakie-463474>
18. Lebwohl, B., Cao, Y., Zong, G., Hu, F. B., Green, P. H., Neugut, A. ... Chan, A. T. (2017). Long term gluten consumption in adults without celiac disease and risk of coronary heart disease: prospective cohort study. *BMJ 2017;357:j1892*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1892>
19. Maňasková, D. (2013). Symptomy celiakie. Získáno z: http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt&p_sub=celiakie/g-symptomy
20. Marquardt, T., a Lanzenberger, B-M. (2010). *Vaříme zdravě bez lepku: jíme zdravě s celiakií (2nd ed.)*. Praha: Jan Vašut, 2010.
21. Pískovská, M. (2011). Celiakie – projevy mimo gastrointestinální trakt v dospělosti. *Medicína pro praxi 2011* (8), 333 - 336. Získáno z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/07/07.pdf>
22. Pro alergiky.cz (n.d.). Celiakie: Rozdíl mezi alergií na lepek a celiakií. Získáno z: <http://www.proalergiky.cz/alergie/clanek/rozdil-mezi-alergii-na-lepek-a-celiakii>
23. Prokopová, L. (2008). Celiakie – co má vědět ambulantní internista. *Interní medicína 2008*, 10 (5), 233–239. Získáno z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/05/08.pdf>
24. Rujner, J. & Cichanska, A., B. (2006). *Bezlepková a bezmléčná dieta: Zdraví pro každého*. Brno: Computer Press.
25. Smecuol, E. & Bai, J. C. (2011). Diagnosis of Celiac Disease. *World Gastroenterology Organisation, 16* (2). Získáno z:

<http://www.worldgastroenterology.org/publications/e-wgn/e-wgn-expert-point-of-view-articles-collection/diagnosis-of-coeliac-disease>

26. Společnost pro bezlepkovou dietu (2002). Celiakie. Získáno z: <http://www.celiak.cz/o-nemoci/celiakie>
27. Společnost pro bezlepkovou dietu (2002). Celiakie. Získáno z: <http://www.celiak.cz/o-nemoci/celiakie>
28. Společnost pro bezlepkovou dietu (n.d.). Dugringuv syndrom. Získáno z: <http://www.celiak.cz/o-nemoci/duhringuv-syndrom>
29. Společnost pro bezlepkovou dietu (n.d.). Onemocnění. Získáno z: <http://www.celiak.cz/onemocneni>
30. Společnost pro výživu (2016). *Výživa a potraviny pro zdraví: Současné potravinové a výživové mýty*. Praha 2016.
31. Starnovská, T. (2014). Bezlepková dieta. *Fórum zdravé výživy*. Získáno z: <http://www.fzv.cz/?s=bezlepkova+dieta>
32. Šteflová, A., Kučera, Z., Holčík, J. & Pelikán, J. (2017). Národní konference o zdravotní gramotnosti. *Ústav pro zdravotní gramotnost*. Získáno z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
33. The Association of European Coeliac Societies (2017). Coeliac disease. Získáno z: <http://www.aoecs.org/?q=coeliac-disease>
34. West, J., Fleming, K. M., Tata L. T., Card T. R. & Crooks C. J. (2014). The American Journal of Gastroenterology: *Incidence and Prevalence of Celiac Disease and Dermatitis Herpetiformis in the UK Over Two Decades: Population-Based Study*. 109:757–768. doi:10.1038/ajg.2014.55
35. Zoufalá, K. (2011). Celiakie. *Practicus 2011* (1), 12 – 14. Získáno z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2011-01/12-celiakie.pdf>

Seznamy

Tab. 1: Rozdíl mezi alergií na lepek a celiakií.....	12
Tab. 2: Přehled forem celiakie a jejich příznaky.....	16
Tab. 3: Kalorické hodnoty různých druhů mouky a dalších cereálií.....	32
Tab. 4: Hypotézy a výzkumné otázky.....	38
Tab. 5: Hodnocení reklamy.....	57
Graf 1: Pohlaví respondentů dotazníku.....	41
Graf 2: Věk respondentů dotazníku.....	42
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dotazníku.....	42
Graf 4: Zkušenosti respondentů s bezlepkovou dietou.....	43
Graf 5: Informační zdroje znalostí o bezlepkové dietě.....	43
Graf 6: Počet diagnostikovaných onemocnění způsobených nesnášenlivostí lepku.....	44
Graf 7: Z jakého důvodu respondenti bezlepkovou dietu drží/drželi.....	45
Graf 8: Co respondenty na dietě zaujalo.....	46
Graf 9: Pohled na bezlepkovou dietu jako na aktuální módní výživový trend.....	47
Graf 10: Škodlivost lepku.....	47
Graf 11: Splnění očekávání od diety.....	48
Graf 12: Pocity po změně životního stylu s BLD.....	49
Graf 13: Problémy, které řeší respondenti při praktické aplikaci BLD do jejich života.....	50
Graf 14: Doba, po kterou respondenti drží/drželi BLD.....	51
Graf 15: Doba, po kterou respondenti ještě chtějí držet BLD.....	51
Graf 16: Drží dietu ještě někdo z vaší rodiny?.....	52
Graf 17: Doporučili byste BLD svým známým, rodině, přátelům?.....	52
Graf 18: Po shlédnutí reklamy byste měli chuť BLD vyzkoušet?.....	58
Obrázek 1: Grafický symbol označení bezlepkových potravin a výrobků.....	25
Obrázek 2: Zadání tvorby reklamy (kreativní bríf).....	54
Obrázek 3: Návrh reklamy.....	55

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník kvantitativní části

Příloha č. 2: Podklady pro kvalitativní výzkum

1. Kreativní bríf – zadání tvorby reklamy reklamní agentuře
2. Vizualizace návrhu reklamy
3. Scénář pro interview
4. Dotazník z interview

Protokol o úplnosti náležitostí bakalářské práce

Barbora Hejduk Bobková, MBA

Bezlepková dieta – fakta a mýty

Ing. Hana Pejšová

Prohlašuji, že jsem odevzdal (a) vysokoškolskou kvalifikační práci v souladu s:

Opatřením rektora č. 6/2010 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3470.html>)

Opatřením rektora č. 8/2011 (dostupné z <http://www.cuni.cz/UK-3735.html>)

Opatřením děkana č. 10/2010 (dostupné z http://www.lf1.cuni.cz/file/21321/opad10_10.pdf)

Zároveň prohlašuji, že jsem do Studijního informačního systému vložil (a) plný **text vysokoškolské kvalifikační práce** včetně všech povinných souborů podle typu práce:

- abstrakt ČJ
- abstrakt AJ

Při vkládání textu práce a všech souborů jsem postupoval (a) podle návodu dostupného z http://www.lf1.cuni.cz/file/25838/navod_vkladani_prace.pdf.

Nahrané soubory jsem následně zkontroloval (a).

Odpovídám za správnost a úplnost elektronické verze práce a všech dalších vložených elektronických souborů.

1 exemplář práce svázaný v pevné plátěné vazbě + CD ROM s e-verze práce v příloze obsahuje všechny povinné náležitosti:

Příloha č. 1 – Titulní strana, Prohlášení diplomanta, Identifikační záznam, abstrakt v ČJ a AJ - http://www.lf1.cuni.cz/file/21323/opad10_10_pril1.pdf

Příloha č. 6 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí - http://www.lf1.cuni.cz/file/21329/opad10_10_pril6.pdf

Datum:

Podpis studenta

Kontrolu úplnosti náležitostí provedla osoba pověřená garantem: