

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Bakalářské studium adiktologie
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN



Helena Veselá

Závislost na cukru u abstinujících pacientek v psychiatrické nemocnici Bohnice

Sugar addiction among abstinent clients in the psychiatric hospital Bohnice

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová
Praha

2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu.

Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze

Helena Veselá

.....

Identifikační záznam:

Veselá, Helena. Závislost na cukru u abstinujících pacientek v psychiatrické nemocnici Bohnice [Sugar addiction among abstinent clients in the psychiatric hospital Bohnice].

Praha, 2014. 49 s., 5 příloh,

5 tabulek., 6 grafů., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1.

lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2013. Vedoucí práce

PhDr. Lenka Čablová.

Poděkování:

Ráda bych chtěla poděkovat za odborné vedení a užitečné rady k bakalářské práci, vedoucí práce PhDr. Lence Čablové.

Obsah

Abstrakt.....	7
Abstract	9
1. ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Alkohol	11
1.1 Charakteristika	11
1.2 Výroba	11
1.3 Absorbce	12
1.4 Metabolismus.....	12
1.5 Účinek.....	13
2. Alkohol a strava	15
2.1. Podvýživa.....	15
3. Alkohol a cukr	16
4. Závislost.....	17
4.1 Model závislosti.....	17
4.2 Důkaz závislosti na cukru	17
5. Sacharidy	19
5.1 Polysacharidy.....	19
5.2 Význam sacharidů pro výživu a metabolismus člověka	20
6. Monosacharidy – jednoduchý cukr ve stravě	22
6.1 Spotřeba	22
6.2 Klinické důsledky	22
II . VÝZKUMNÁ ČÁST.....	24
1. Cíle výzkumu.....	24
1.1 Cíl :.....	24
1.2 Hypotézy	24
2. Sběr a zpracování dat	25
2.1 Metodika	25
2.2 Etické aspekty.....	27

3 Výzkumný soubor	28
3.4. Popis výzkumného souboru.....	28
4. Výsledky výzkumu	32
4.1 Škála závislosti na alkoholu	32
4.2 Závislosti na jídle	32
4.3 Konzumace potravin obsahujících cukr	34
5. Závislost na cukru ve vztahu k socio-demografickým údajům	36
5.1 Závislost na cukru ve vztahu k věku.....	36
5.2. Závislost na cukru ve vztahu ke vzdělání	36
5.3. Závislost na jídle ve vztahu k průměrnému měsíčnímu příjmu.....	37
6. Četnost výskytu jednotlivých znaků závislosti na cukru.....	39
6.1 Jednotlivě zastoupené potraviny obsahující cukr	40
7. Diskuze	42
8. Závěr.....	44
9. SEZNAM ZKRATEK.....	45
10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46
PŘÍLOHA Č. 1 – ANGLICKÁ VERZE YFAS.....	51
PŘÍLOHA Č. 2 – ČESKÁ VERZE YFAS.....	53
PŘÍLOHA Č. 3 - ŠKÁLA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	55
Seznam tabulek	60
Seznam grafů.....	60
Žádost o povolení sběru dat	61

Abstrakt

Téma bakalářské práce se zaměřuje na výživu u osob léčících se ze závislosti na alkoholu.

Cílem teoretické části bakalářské práce je zjistit faktory nadměrného užívání cukru abstinujících žen v psychiatrické léčebně a společné znaky závislosti na této pochutině. V této části bude popsán alkohol, jeho výroba, účinky a jeho vliv na zdraví člověka. Také jsou zde popsány mechanismy vzniku fyzické a psychické závislosti na cukru a aspekty negativního vlivu cukru na lidský organismus a zdraví.

V praktické části bakalářské práce se pomocí kvantitativního výzkumu zaměřuji na zjištění stravovacích návyků, konkrétně na množství příjmu potravin obsahujících jednoduchý cukr, u pacientek Psychiatrické nemocnice Bohnice, léčících se ze závislosti na alkoholu.

Cílem této části je zjistit, zda množství přijímaných monosacharidů během pobytu v psychiatrické léčebně způsobuje závislost na této látce. Praktická část také ukazuje jaký je poměr pacientek závislých na cukru, cukrem ohrožených, nebo pacientek bez závislosti.

K získávání dat byl použit dotazník ADS (Škála závislosti na alkoholu) (Skinner & Horn, 1984) a Yalská škála závislosti na jídle - YFAS (Gearhardt et al., 2009).

Dotazníky se zaměřuji na hodnocení závislosti na alkoholu a jídle. Výzkumu se účastnili respondentky ženského pohlaví.

Celkově se sběru dat zúčastnilo 40 pacientek psychiatrických nemocnice Bohnice. Výsledky ukazují, že větší počet pacientek (37%), se léčilo jen s mírnou závislostí na alkoholu. Léčících se ze závislosti bylo nejvíce ve věkové skupině 31 – 40 let. Nejčastější vzdělání u závislých pacientek bylo střední škola s maturitou a výše příjmu 10 – 20 tisíc/měsíc.

Závislých na jídle bylo méně než polovina (33%) přičemž pacientek závislých na cukru (32%). Ze sedmi kritérií závislosti bylo nejvíce ohrožující znak, který určoval trvalou touhu po sladkých potravinách nebo opakované pokusy přestat cukr konzumovat. Nejvíce zneužívaná potravina byla čokoláda, následovaly jí sušenky a třetí nejčastější potravinou byly dorty.

Výsledky tohoto výzkumu, mohou pomoci dietologům a dietním sestřám, nebo

jako informace pro obecnou populaci o škodlivosti cukru.

Klíčová slova:

alkohol, ústavní léčba, abstinence, cukr, závislost

Abstract

The topic of the thesis focuses on nutrition for people recovering from alcohol addiction. The theoretical part of the thesis is to detect excessive use of sugar abstinent women in a psychiatric hospital and common characteristics depending on the seasoning. This section will be described alcohol, its production, its effects and impact on human health. Also described are the mechanisms of physical and psychological dependence on sugar. The harmfulness of sugar on the human body and the effect on his health. It pointed to the eating habits abstinent women in a psychiatric hospital.

In the practical part of the thesis using quantitative research focuses on finding eating habits, specifically the amount of consumption of sugar-containing foods, with clients Bohnice Psychiatric Hospital, patients recovering from alcohol addiction. The aim of this section is to determine whether the amount of sugar accepted during the stay in a psychiatric hospital creates dependency on the delicacies. The practical part also shows the ratio of patients addicted to sugar, sugar endangered, or patients without addiction.

To gather the data I used a questionnaire ADS (scale depending on the alcohol) (Skinner & Horn, 1984) and Yale variety to meals - YFAS (Gearhardt et al., 2009).

The questionnaire focused on the evaluation of dependency on alcohol and food. Synovate interviewed female.

Overall, the data collection attended by 40 clients Bohnice psychiatric hospital.

Interestingly, most of the residents were treated only with mild alcohol dependence. Recovering from addiction was the highest in the age group 31-40 years. The most common education in addicted patients was high school graduation and income level from 10 to 20 thousand / month.

Dependent on food was less than half a sugar-dependent as well. Of the seven criteria for dependence were the most threatening character that determined the permanent desire for sweet foods or repeated attempts to stop consuming sugar. Less surprising was that most abused food was chocolate, biscuits followed her and were the third most common food cakes.

Keywords:

alcohol, abstinence, sugar, addiction

1. ÚVOD

V současné době se konzumaci jednoduchého cukru obecně věnuje zvýšená pozornost, ale závislost na této látce je zatím málo diskutována.

Alkohol obsahuje vysoké množství monosacharidů, proto se při jeho konzumaci rozvíjí nejen závislost na alkoholu, ale i na cukru obecně.

Pacienti během pobytu v léčebně konzumují zvýšené množství cukru, které jim abstinencí chybí.

Ve své práci popisují výživu u pacientek, které jsou již kompenzované a konzumují stravu standardní cestou.

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat prevalenci patologické závislosti na cukru u dospělých žen léčících se ze závislosti na alkoholu.

Dílčí cíle jsou: zjistit závažnost závislosti na alkoholu před léčbou, prevalenci zvýšené konzumace cukru a výrobků z cukru v psychiatrické nemocnici, vztah klientek ke skladbě stravy, společné znaky konzumace nežádoucích potravin.

Výsledky bakalářské práce by mohly posloužit především nutričním terapeutům, dietologům k úvaze o edukaci klientů o škodlivosti cukru a úpravě skladby jídelníčku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol

1.1 Charakteristika

Chemický etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukru. Látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Patří, společně s nikotinem mezi legální drogy. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několikaneurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity (Kalina, 2008).

Užívání alkoholu nabývalo v průběhu historie lidstva i v rámci jednotlivých kultur různých funkcí a podob. Alkohol byl a je dodnes součástí náboženských rituálů, v dřívějších dobách také sloužil jako významný zdroj živin a byl také využíván v medicíně zejména pro jeho antiseptické a analgetické účinky. Nemalý přínos měl a stále má pro společenský život, protože je ve většině společností využíván jako prostředek k uvolnění tenze a ke zvýšení sociability jeho uživatelů (Edwards, 2004).

Alkoholické nápoje ve starověku byly převážně užívány k desinfekčním účelům, jako prostředky na posílení krve, podporu kojení i při úlevě mnoha onemocněních, také byl používán jako obětiny bohům nebo předkům (Heath, 1995).

1.2 Výroba

Alkoholické nápoje se vyrábí procesem fermentace nebo procesem destilace.

a) Fermentace

Fermentace je proces, při kterém se působením enzymů, které jsou obsaženy v kvasnicích, mění přirozeně vyskytující se karbohydráty, jako jsou škrob nebo glukóza, na ethylalkohol, vodu a oxid uhličitý. Víno vzniká procesem, v jehož rámci se cukr obsažený v hroznové šťávě rozkládá působením kvasných látek přítomných na povrchu plodů (Edwards, 2004). Popov uvádí, že „alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů a to buď z jednoduchých cukrů, které jsou obsaženy v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Etylalkohol je druhý nejjednodušší.

Při nedokonalých chemických procesech vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem – metylalkoholem, který je velmi silný nervový jed se selektivním působením na oční nerv a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Acidózu může vyvolat i etylalkohol, ale v menší míře“ (Popov in Kalina, 2003).

b) Destilace

Destilace, má své počátky již před 2000 lety. Destilace je proces založený na čištění a dělení kapalných látek. Alkohol sám o sobě nemá moc dobrou chuť, a proto se k němu během zpracování přidává spousta chemických látek, které mu dodávají lepší chuť (Griffith, 2000). Alkoholické nápoje se skládají především z vody, alkoholu a variabilního množství cukrů a sacharidů (zbytkový cukr a škrob vymizí po fermentaci) (Dasgupta, 2011).

1.3 Absorbce

Alkohol se rychle vstřebává z celého zažívacího ústrojí, včetně sliznice úst, jícnu a žaludku (Hynie, 1995). Kinetiku vstřebávání urychluje teplota nápoje nad 18 stupňů, konzumace na lačno, fyzická námaha. Teplota pod 8 stupňů, stres, konzumace těsně po jídle složeného z tuků a bílkovin naopak vstřebávání zpomaluje. Rychlost absorpce alkoholu probíhá prostou difúzí a závisí tak na koncentraci alkoholu (koncentrační spád) (Dohnal, 2007).

Protože je alkohol rozpuštěn ve vodě, jeho distribuce odpovídá množství vody v té které tkáni, a proto je rozložen v těle nerovnoměrně: jeho koncentrace bude např. ve svalech, či CNS vyšší než v tukové tkáni (Riedel & Vondráček, 1984).

1.4 Metabolismus

Více jak 90% alkoholu je oxidačními pochody metabolizováno v játrech, malé množství nezměněného alkoholu se vylučuje ledvinami, plícemi a kůží. Existují tři základní enzymatické systémy metabolismu alkoholu. Hlavní část je oxidována *alkoholdehydrogenázou* v cytosolu hepatocytů, na acetaldehyd. Aktivita alkoholdehydrogenázy je dána geneticky, čímž se vysvětluje různá individuální vnímavost k alkoholu. Druhým metabolickým systémem je *MEOS (microsomal ethanol oxidizing system)*, který je lokalizován v mikrosomální frakci. Tento systém se

uplatňuje pouze při vyšších koncentracích alkoholu. Při chronickém abusu alkoholu dochází ke zvýšení aktivity tohoto systému (enzymatická indukce cytochromu P-450), čímž je vysvětlena rostoucí tolerance k alkoholu u chronických alkoholiků. Třetím systémem, který se účastní metabolismu alkoholu pouze malou měrou, je jaterní *kataláza*, taktéž obsažená v mikrosomální frakci hepatocytů (Hůlek et Hrubá, 2002).

1.5 Účinek

Na začátku účinku alkoholu dochází k útlumu inhibiční kontroly, což se projevuje známou alkoholovou excitací. Vysoké koncentrace vyvolávají až toxickou narkózu, při které dochází ke snížení funkce životně důležitých center v prodloužené míše, které mohou skončit útlumem dýchání (Hynie, 1995).

Alkohol a acetaldehyd ovlivňují všechny orgány, zejména však nervový systém a játra. Narušují látkové přeměny sacharidů a lipidů. Acetaldehyd vytěsňuje vápník z membrán a interferuje s metabolismem biogenních aminů, přičemž vznikají tetraizochinoliny, které působí jako falešné neurotransmitery. Podání alkoholu vede normálně k aktivaci enkefalinové opiátové soustavy, při chronickém používání naopak k formování tolerantnosti těchto systémů.

Po 600 litrech čistého alkoholu jsou patrné změny EEG, po 900 litrech atrofie mozku. Alkohol je diuretikem. Zahuštění krve má ovšem za následek, že jsou uvedeny v chod kompenzační mechanismy s výsledkem pocitem žízně. Citlivost je dána genetickým polymorfismem lidské jaterní Aldehyddehydrogenázy (Dohnal, 2007).

Během chronické konzumace alkoholu se vyvíjí tolerance a fyzická závislost. Toleranci je možné vysvětlit z části zvýšeným metabolismem, především však dochází ke změnám odpovědi CNS na účinek alkoholu, jelikož letální dávka alkoholu zůstává i u chronických uživatelů stejná (Hynie, 1995; Lullmann et al., 2002). Alkohol také ovlivňuje termoregulační centrum, což ve spojení s rozšířením kožních cév může vést k výrazným ztrátám tepla. Z tohoto důvodu mohou osoby pod vlivem alkoholu zemřít na podchlazení i při teplotách vysoce přesahující 0°C (Lullmann et al., 2002).

Z fyziologického hlediska je u alkoholu důležitý vysoký energetický obsah 29 KJ, jeho nežádoucí vliv na resorpci řady esenciálních živin v tenkém střevě a možné negativní změny ve stravovacích zvyklostech při nadměrném konzumu a je v organismu z 95 % využit jako zdroj energie, 5 % se vylučuje močí, potem a dechem. 20% alkoholu se vstřebává v žaludku, nepatrné množství již v dutině ústní.

Obsah žaludku ovlivňuje rychlost vstřebávání. Teplý alkohol a alkohol s cukrem ovlivňují resorpci. Malé množství alkoholu působí povzbudivě, podporuje tvorbu žaludečních šťáv a tím i chuť k jídlu. Alkohol snižuje na lačno hladinu glukózy v krvi (Antonow & McClain, 1985).

2. Alkohol a strava

2.1. Podvýživa

Příčiny podvýživy u alkoholiků můžeme, jak uvádí Stránský a Ryšavá (2010), rozdělit do dvou skupin.

- 1) **Exogenní příčiny:** změna stravovacích zvyklostí, náhrada základní potraviny alkoholem, ekonomické důvody, snížená chuť k jídlu.
- 2) **Endogenní příčiny:** snížená resorpce živin, poruchy jaterních funkcí, zvýšená eliminace močí.

K příznakům deficitu živin patří např. záněty nervů, anemie, snížená imunita, osteoporóza, nadváha, a obezita (Stránský & Ryšavá, 2010).

3. Alkohol a cukr

Základní místo metabolismu alkoholu jsou játra, kde je přeměňován oxid uhličitý a voda s energetickým výnosem 7,1 kcal/g z alkoholu. Alkohol je tedy vysoký zdroj kalorií, ale jde o prázdné kalorie. Pravidelný příjem alkoholu může být tedy hlavním přínosem kalorií. S pivem má přibližně 150 až 175 kal/28 g a burbon přibližně 125/kal na sklenici. Tak společenský pijan by mohl snadno přijmout 500 kal na den, ale i více (Antonow & McClain, 1985).

Vzhledem k tomu, že jsou tyto přijímané kalorie prázdné, tedy nemají výživovou hodnotu, dochází k malnutrici a je třeba dle Hůlky, v léčbě důležité zabezpečení správné dostatečné realimentace pacientů. Doporučuje se vysokobílkovinová dieta (1,5g/kg váhy), zejména s vysokým obsahem větvených aminokyselin, včetně substituce vitaminů (B, C, K).

Karence bílkovin, vitaminů (B1, B12, k. listová) a minerálů. Nutná je tedy i úprava vodního a mineralového hospodářství (Hůlka & Hrubá, 2002).

Důležitým faktorem je tedy obsah cukrů v alkoholu, a to především v pivu. Díky tomu má pivo vysokou energetickou hodnotu. Pivo obsahuje asi 800 KJ volné energie.

Pokud člověk konzumuje pivo bez dostatečného pohybu, tak se tato energie musí v těle ukládat v zásobní formě tuků. Ty se ukládají v oblasti břicha a hýždí, ale také v jaterní tkáni, kde dochází k tzv. ztučnění jater, steatóze. K tomuto typu poškození vede především pravidelná konzumace většího množství piv bez patřičného pohybu.

Steatóza kromě toho znamená, že organismus má nadbytek energie, kterou nedokáže využít, což vede k metabolickému syndromu s obezitou, vysokým krevním tlakem, zvýšenou hladinou kyseliny močové, vysokým obsahem cholesterolu a cukru v krvi, což zvyšuje riziko rozvoje cukrovky, srdečně cévních či mozkových chorob (Emmerová, 2007).

4. Závislost

4.1 Model závislosti

Dvořáček (2008), popisuje model závislosti vycházející z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, v češtině nazýván „Systém odměny“. Tento mozkový systém je evolučně relativně starý a je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a pocitů tělesné pohody. Situace, děje a podněty prostředí, které jsou potřebné pro přežití organismu, jsou spojovány s libým pocitem, aby byla zvýšená pravděpodobnost přežití organismu. K základním znakům patří vysoká touha užít drogu, snížená kontrola nad touto touhou a nad užíváním drog a snížená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny. Zatímco dopamin je klíčovým mediátorem pro akutní odměnu a vznik závislosti, pro konečná stádia závislosti jsou pravděpodobně podstatné celulární změny glutamatergních projekcí z prefrontálního kortexu do nukleus accumbens (Dvořáček in Kalina, 2008).

4.2 Důkaz závislosti na cukru

O závislosti na určitých potravinách je možné uvažovat, neboť mozkové dráhy, které vyvinuly reakci na přírodní odměny, jsou aktivovány stejným systémem jako u návykových látek. Cukr je pozoruhodná látka, která uvolní opioidy a dopamin a tak vzniká návykový potenciál. Důkazem je výzkum, který shrnuje důkazy o závislosti na cukru pomocí zvířecího modelu (Avena, 2007). Neuronové úpravy zahrnují změny dopaminu a vazbu s opioidními receptory. Některé potraviny mohou způsobit závislost. Mnoho lidí tvrdí, že se cítí nuceni jíst sladké potraviny stejně, jako alkoholik může cítit touhu pít. Ze skutečnosti, že některé drogy či léky mohou způsobit závislost, vyplývá, že některé potraviny mohou také způsobit závislost. Pomocí zvířecího modelu, se pokoušíme zjistit, proč někteří lidé mají potíže, které zmírní právě příjem potravin, jako jsou např. sladké nápoje.

Nárazový přísun cukru také působí prostřednictvím opioidů v mozku. Tím jsou způsobeny změny v opioidnímu systému, jako je snížení enkefalinu exprese mRNA v accumbens (Spangler et al., 2004). Abstinenční příznaky se zdají být do značné míry

způsobeny opioidními změnami. Nedostatek potravin postačí ke vzniku abstinčních příznaků (Avena et al., 2002).

Záchvatovitě přejídání, je definováno jako eskalace příjmu s vysokým podílem příjmu většího množství potravin najednou, obvykle po době dobrovolné abstinence nebo nucené deprivace (Koob a Le Moal, 1997).

Lidé popisují abstinční příznaky, když sami omezují potraviny bohaté na cukr. Popisují chuť na jídlo, zejména s obsahem sacharidů, čokolády a cukru, které mohou vyvolat recidivu a impulsivní přejídání. To vede k začarovanému kruhu „samoléčby“ se sladkými potravinami, které mohou vést k obezitě nebo poruchy příjmu potravy (Appleton, 1996).

Dle pokusu zvířecího modelu, zvířata vykazovala známky vysazení opiátů po opakované expozici, kdy je látka zneužívání odstraněna, nebo je vhodný synaptický receptor blokován (Espejo et al., 1994). U potkanů, vysazení opiátů způsobuje závažné somatické příznaky (Martin et al., 1963), snížení tělesné teploty (Ary et al., 1976), agresivitu (Kantak a Miczek, 1986), úzkosti (Schultheis et al., 1998) a deprese (Koob a Le Moal, 1997).

5. Sacharidy

Sacharidy se skládají, jak popisuje Stránský a Ryšavá, z uhlíku, kyslíku a vodíku a dělí se na monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy, polysacharidy, heteropolysacharidy. Sacharidy jsou obsaženy převážně v rostlinné stravě, živočišné produkty jich kromě mléka obsahují málo. Doporučený přísun je 50 – 60 g /den. Ve stravě zpravidla převládá obsah polysacharidů, množství monosacharidů se může lišit i ve stejných druzích potravin. Např. u ovoce se obsah monosacharidů zvyšuje během zrání nebo může značně kolísat v závislosti na podmínkách skladování.

Monosacharidy slouží jako energetický substrát pro kosterní svaly, erytrocyty i mozek, v krevním séru si organismus udržuje stálou hladinu glukosy v určitých mezích, aby mohla být kdykoli použita k tvorbě energie.

Červené krvinky jsou zcela závislé na glukose, mozek může v případě nouze místo glukosy a galaktosy využívat jako zdroj energie i ketony, kyselinu hydroxymáselnou, acetoctovou a aceton.

Glukosa je v současné době nejvýznamnější surovinou k výrobě ethanolu kvasnou cestou (Zavadil, 2006).

Glukosa má z monosacharidů pro člověka centrální postavení. Je hlavním monosacharidem, který se vstřebává z trávicího traktu do krve (škrob - polymer glukózy - tvoří asi 60 % sacharidů přijatých potravou). Označuje se jako „krevní cukr“, protože je jí v krvi nejvíce (3,9 - 5,8 mmol/l = tzv. glykémie, hladina glukózy v krvi). Je hlavním metabolickým palivem pro většinu buněk (výjimku tvoří např. spermie, které metabolizují hlavně fruktózu - fruktóza je součástí spermatu). Z glukózy se v buňkách tvoří i zásoba „na horší časy“ - polysacharid glykogen (Kvasnicová, 2007).

5.1 Polysacharidy

Polysacharidy ve výživě člověka se dají rozdělit na využitelné a nevyužitelné. Mezi využitelné (stravitelné a energeticky využitelné) patří rostlinné škroby a živočišný glykogen. Mezi nevyužitelné polysacharidy se řadí celulosa, hemicelulosa, pektin a polysacharidy používané jako aditiva (polysacharidy mořských řas nebo rostlinné slizy a gummy). Pektin je však na rozdíl od ostatních více využitelný (využitelnost 65-97% (Zavadil, 2006).

Polysacharidy slouží buď jako zásobárna energie u rostlin (škroby) a živočichů (glykogen), nebo mají funkci stavební (celulóza).

Škrob a glykogen se nikdy nevstřebávají přímo, jsou tvořeny dlouhým řetězcem molekul glukózy, které se během trávení štěpí na lehce stravitelné monosacharidy. Škrob se ve formě škrobových zrn nachází v kořenech, plodech a semenech rostlin, zejména v obilninách a výrobcích z obilí, v luštěninách, bramborech, rýži, zelenině, ovoci. Tento druh sacharidu nechutná sladce. Za sacharidy jsou proto často mylně považovány jen ty potraviny, které mají sladkou chuť (Knosová, 2008).

Polysacharidy plní funkce: zdroj energie, udržení acidobazické rovnováhy, zásobní látka pro svalovou práci, udržení hladiny glukózy v krvi, součást heparinu, součást podpůrného systému kostí a pojiva. Plnohodnotná strava má obsahovat omezené množství tuků a více polysacharidů, které pokryjí 50 % energetického přísunu, převážně ze škrobu.

Důležitý cukr ve výživě je laktóza, mléčný cukr, který se nachází v mléku a mléčných výrobcích.

Z energetického hlediska jsou si všechny živiny dodávající energii rovnocenné. Sacharidy jsou i při vysokém příjmu v látkové výměně inzulínem oxidovány a ve formě glykogenu ukládány do svalů a jater. Tato oxidace vede k tomu, že nadbytek přijaté energie ve formě tuků, je ukládán do tukové tkáně. Při příjmu sacharidů v množství 400 500 g /den, dochází k syntéze nasycených mastných kyselin z glukózy, které se ukládají do tukové tkáně (Stránský&Ryšavá, 2010).

5.2 Význam sacharidů pro výživu a metabolismus člověka

Sacharidy (lat. *saccharum* = cukr) v nízko- i vysokomolekulární formě mají pro život zcela zásadní význam, protože slouží jako základní **živina** („palivo“) pro „přímé“ využití, druhotně jako **energetická zásoba** uložená v těle. Některé potravní sacharidy v roli vláknin však pro získání energie význam nemají. Sacharidy tvoří podstatnou složku těla – jako mono- a polysacharidy, ale i jako součást složitějších látek (nukleových kyselin, bílkovin, lipidů, ATP, koenzymů atd.).

V **metabolismu** mají sacharidy významnou roli – představují živinu pro každou buňku těla, pro některé buňky naprosto převažující (mozek, sítnice, erytrocyty, varle, kůra

ledvin, embryonální tkáně), relativně nejvyšší je jejich potřeba pro buňky zhoubného nádoru. Centrální postavení v metabolismu zaujímá **D-glukosa**. Ostatní monosacharidy na ni metabolickými procesy přecházejí a na druhé straně z glukosy se tvoří jiné potřebné látky – příkladem je tuk (Ledvina, 2004).

6. Monosacharidy – jednoduchý cukr ve stravě

6.1 Spotřeba

Epidemiologické údaje ukazují, že spotřeba přidaných cukrů u složek ve zpracovaných nebo připravených potravinách a kalorických nápojů se dramaticky zvýšila. Konzumace potravin a nápojů s vysokým obsahem cukrů, je spojeno se zvýšeným výskytem obezity, inzulínové rezistence, dyslipidémie, ischemických srdečních a ledvinových onemocnění.

Spotřeba velkého množství přidaných cukrů, prominentní zdroj nízkých živin kalorií používaných jako složky zpracovaných nebo připravených jídel a kalorických nápojů (tj., nealkoholické nápoje, cola) je relativně nový fenomén. Až do poloviny 19. století, se tato sladidla stala široce dostupná a spotřeba se začala dramaticky zvyšovat.

V současné době je jedním z nejčastěji konzumovaných přidaných cukrů, vysoce fruktózový kukuřičný sirup. V USA, kde jsou k dispozici přesnější údaje, HFC-55 připadá na 42% celkové spotřeby ve srovnání s 16% v roce 1977 - 1978 a nealkoholických nápojů představují více než 70% tohoto příjmu v letech 1970 a 1990 se zvýšil o 1000%. Nedávno bylo potvrzeno, že konzumace potravin a nápojů s vysokým obsahem přidaného cukru, zejména fruktóza, je spojena s rezistencí na inzulín, dyslipidemie a zvýšené míře obezity (Collino, 2011).

6.2 Klinické důsledky

Nadměrný příjem fruktózy, a to především ve formě přidaných cukrů, bylo spojeno epidemiologicky s rozvojem metabolického syndromu, sdružených klinických a biochemických funkcí, které zahrnuje abdominální obezity, inzulínové rezistence, hypertenze a dyslipidemie. Je dobře zdokumentováno, že podávání fruktózy na člověka vyvolává všechny funkce metabolického syndromu.

Je také známo, že fruktóza vyvolává oxidační stres a mitochondriální dysfunkci, což má za následek stimulaci peroxisomovým proliferátorem aktivovaný receptor gama koaktivátoru 1- α a β (PGC1- α a PGC1- β), které řídí jak inzulínové rezistence a lipogenezi.

Hyperurikémie při vysokém příjmu fruktózy jsou spojeny se zvýšeným oxidačním stresem, aktivace renin angiotenzin a endoteliální dysfunkci, což má za následek vysoký krevní tlak. Spor, který existuje v posledním desetiletí, pokud jde o potenciální

škodlivosti nadměrného příjmu fruktózy je legitimní s ohledem na dramatické zvýšení jak spotřeby slazených nápojů a zátěže obezity a metabolického syndromu. Nejnovější poznatky naznačují, že vysoký příjem fruktózy způsobuje celou řadu metabolických a kardiovaskulárních změn (Collino, 2011).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Cíle výzkumu

1.1 Cíl

Cílem výzkumu je zmapovat prevalenci patologické závislosti na cukru u dospělých žen léčících se ze závislosti na alkoholu.

Dílčí cíle:

- Zjistit závažnost závislosti na alkoholu před léčbou
- Zjistit prevalenci zvýšené konzumace monosacharidů a výrobků z cukru v psychiatrické nemocnici
- Prozkoumat vztah pacientek ke skladbě stravy
- Zmapovat společné znaky konzumace nežádoucích potravin
- Zjistit prevalenci závislosti na monosacharidech ve vztahu k sociodemografickým údajům

1.2 Hypotézy

- Pacientky před léčbou trpí střední úrovní závislostí na alkoholu.
- Při léčbě u abstinujících žen dochází ke zvýšené konzumaci potravin, obsahujících cukr.
- U abstinujících žen závislých na alkoholu, se projevuje závislost na cukru.
- Závislost na monosacharidech je u abstinujících pacientek rozdílná ve vztahu k sociodemografickým údajům.

2. Sběr a zpracování dat

2.1 Metodika

K výzkumu jsem použila 2 dotazníky a to – ADS (Škála závislosti na alkoholu) (Skinner & Horn, 1984) a Yalská škála závislosti na jídle - YFAS (Gearhardt et al., 2009). Škála závislosti na alkoholu obsahuje 25 položek mapujících spektrum alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkání pít, zvýšenou toleranci alkoholu a chování zaměřené na vyhledávání příležitostí napít se. Poukazuje rychle na problémy spojeny s užíváním alkoholu (Skinner & Horn, 1984).

Yalská škála závislosti na jídle – YFAS je dotazník, který byl sestaven v Americe v Yalském institutu pro závislost na jídle.

Autory dotazníku jsou A. Gearhardt, W. R. Corbin a K. B. Brownell. V příloze 1, je uvedena anglická verze a česká verze je uvedena v příloze 2.

Tento dotazník bude sloužit pro diagnostiku závislosti na jídle. Otázky korespondují s kritérii závislosti podle Diagnosticko-statistického manuálu pro duševní choroby čtvrté revize – DSM IV (obdoba Mezinárodní Klasifikace nemocí, používaná ve Spojených státech amerických).

Dotazník je volně ke stažení i s manuálem pro vyhodnocení.

Dotazník má 27 otázek, ke kterým jsem ještě přidala možnost vyplnění údajů, jako jsou: věk, výše měsíčního příjmu a vzdělání.

Tento dotazník zkoumá stravovací návyky v posledním roce a je zaměřený na výzkum kontroly Příjmu potravin jako jsou:

- 1) Sladkosti např. zmrzlina, čokolády, dorty, koblihy atd.
- 2) Škroby např. bílý chléb, těstoviny, rýže
- 3) Slané pochutiny např. brambůrky, preclíky, crackery
- 4) Tučná jídla např. slanina, hamburger, cheesburger, pizza, hranolky apod.
- 5) Sladké nápoje např. limonády, kolové nápoje apod.

Pro tento výzkum jsou klíčové sladké potraviny a sladké nápoje.

Tento dotazník všechny uvedené potraviny specifikuje jako „určité potraviny“, pod kterými si respondent vybaví výše uvedené potraviny. Celý dotazník je koncipován

tak, že otázky v něm uvedené jsou zaměřené na sedmibodovou škálu závislosti. Otázka 1 – 3, jsou zaměřeny na riziko konzumace více potravin, než je potřeba, tedy kdy dochází k přejídání.

Otázka 4, 22, 24 a 25 jsou zaměřeny na bažení po určitých potravinách či neúspěšné pokusy přestat jíst tyto nežádoucí potraviny.

Otázky 5 – 7 se zaměřují na riziko, kdy klientka věnuje více času konzumace nežádoucích potravin, nebo věnuje více času k získání nežádoucích potravin.

Otázky 8 – 11 se zaměřují na ohrožení snížení společenských aktivit, z důvodu závislosti na určitých potravinách.

Otázka č. 19 určuje, zda klient pokračuje v konzumaci určitých potravin, i když si je vědom, toho, že ho tyto potraviny ohrožují na zdraví či společensky.

Otázka č. 20 a 21 jsou zaměřeny na zvyšování tolerance účinku drogy, tedy zvyšování konzumace určitých potravin.

Otázka č. 12 – 14 – zda klient vnímá abstinenční příznaky, když určitou potravín nechce nebo nemůže konzumovat a zda tuto potravín konzumují, aby tyto příznaky zažehnali.

Otázky 15 a 16 znázorňují zhoršení.

Na tyto otázky bylo možné odpovědět, nebo, nikdy, 1x za měsíc, 2 – 4 x za měsíc, 2x 3 za týden, 4x týdně nebo denně. Poslední dvě otázky se týkaly potravin, které respondentkám dělaly potíže nejvíce.

Všechny otázky byly pro klientky PNB srozumitelné a nedělali respondentkám potíže je vyplnit.

Dotazníky byly rozdány v papírové formě pacientkám Psychiatrické nemocnice Bohnice, pavilonu 7.

Oddělení závislosti žen. Na tomto oddělení není možnost vyplnění elektronické formy dotazníku.

Účast na tomto dotazníku byla zcela dobrovolná.

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření jsem analyzovala podle přiložené stupnice a následně vyhodnotila v tabulce.

2.2 Etické aspekty

Etické aspekty daného výzkumu byly naplněny. Realizace studie byla schválena Etickou komisí Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Respondenti, kteří se výzkumu účastnili, zůstali zcela v anonymitě.

Pět pacientek odmítlo dotazník vyplnit.

3 Výzkumný soubor

Výběrový soubor tvořilo 40 respondentek. Výzkumný soubor klientek, které vyplnily dotazníky, tvoří 35 respondentek.

Pro výzkum mezi ženami jsem se rozhodla, z důvodu, že ženy mají větší sklony ke konzumaci sladkých potravin.

Dle Nahapetyan (2009) je známo, že pohlavní hormon estrogen ovlivňuje chuť k jídlu, konzumaci potravin a také distribuci tělesného tuku. Zatímco u mužů veškeré hormonální změny většinou končí po pubertě, studie ukazují, že hormonální změny u žen, obvykle měsíční menstruační cyklus, hrají důležitou roli při spouštění chutí na energeticky bohaté potraviny. Před menstruací hladina estrogenu v ženském těle, stejně jako serotoninu v mozku, klesá. Pokles serotoninu vyvolává chuť na potraviny bohaté na sacharidy a tuky, jako je čokoláda, dorty, sušenky a bramborové lupínky (Nahapetyan, 2009).

Dotazníky odmítlo vyplnit 5 pacientek. Jednalo se pouze o dotazník ADS, ale vzhledem k anonymitě důvod nevyplnění není znám. Výsledky jsou zaznamenány v tabulkách.

3.4. Popis výzkumného souboru

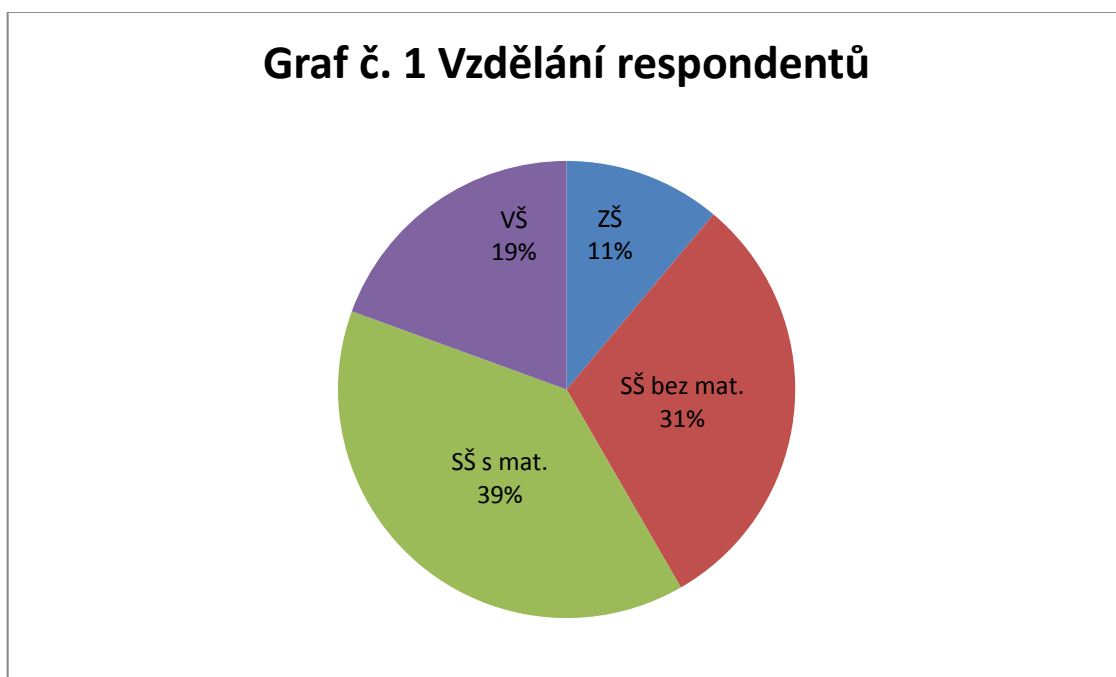
Výzkumu se zúčastnilo 40 žen Psychiatrické nemocnice Bohnice, ve věku od 28 do 66 let.

Tabulka č. 1 zobrazuje rozložení respondentek dle věku.

Tabulka č. 1: Rozložení respondentek podle věku		
Věk	Celkem	Percentuelní zastoupení
do 30	1	3 %
31 – 40	19	56%
41 – 50	5	15%
51 – 60	4	12%
61 – 70	5	15%
Celkem	34	100%

Nejmenší zastoupení bylo žen do 30-ti let, které byly zastoupeny ve 3 %. Ženy do 40 ti let byly v zastoupení v počtu 56 %, což představuje největší zastoupení ve výzkumném souboru. Věk 41 – 50 a 61 – 70, byl zastoupen po 15-ti procentech a věk 51 – 60 byl zastoupen 12-ti procenty.

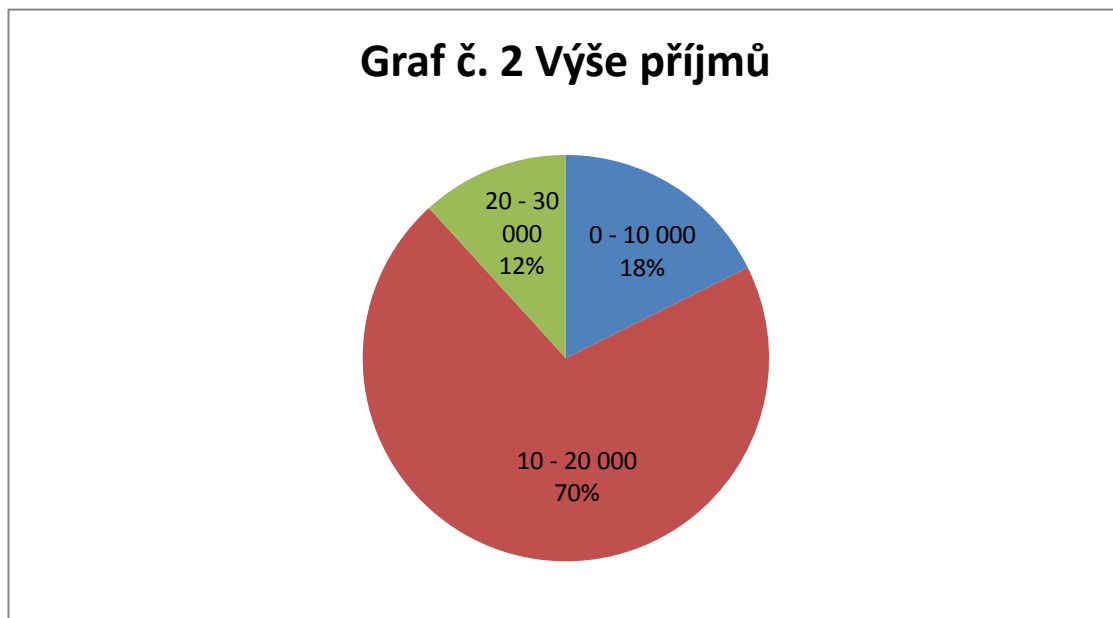
Výzkumný soubor byl dále rozdělen dle vzdělání graf č. 1.



Dle grafu č. 1 je patrné, že největší zastoupené v mém výzkumu, jsou respondentky se vzděláním střední školy s maturitou a to v počtu 39 %. Se střední školou bez maturity

je ve výzkumném souboru 31 % respondentek, vysokoškolské vzdělání má 19 % respondentek a základní vzdělání má 11 % respondentek.

Další charakteristikou mého výzkumného souboru je výše příjmů. Charakteristiku respondentek zobrazuje graf č. 2.



Z grafu č. 2 je patrné, že nejčastější je u respondentek příjem 10 – 20 tisíc za měsíc jde o 70 % klientek. V menším počtu je zastoupen příjem 0 – 10 tisíc za měsíc a nejmenší počet zastoupených je počet klientek s příjmem 20 – 30 tisíc za měsíc a to 12 %.

1. Metody analýzy dat

Pro vyhodnocení dotazníku byl použit konkrétní manuál vydaný pro dané dotazníky. Pro zpracování dat a vytvoření tabulek jsem použila program microsoft excel. Výsledky jsou uvedeny buď v absolutních číslech, nebo v kombinaci s procenty.

2. Průběh výzkumného šetření

Pro kvalitu výzkumného šetření, jsem zvolila 40 respondentek PNB. Dotazník jsem nechtěla rozdat v době skupinové terapie, kdy klientky citově kolísají a nejsou zpravidla psychicky v pohodě.

Rozdala jsem tedy dotazníky v době, kdy mají vyhrazený čas na společné volné aktivity, kdy mají čas si v klidu dotazník pročíst odpovědět, tak jak opravdu cítí své potřeby ve stravování.

Pacientky neměly problém s vyplněním dotazníku, protože samotné je zajímavé, jak to vlastně se stravou mají s tím, že ve vleku svých stávajících potíží se závislostí na alkoholu, si svou možnost závislosti na cukru neuvědomí.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Škála závislosti na alkoholu

Tabulka č. 2

Škála	Klientky
0	0
1 - 13.	13
14 - 21	11
22 - 30	8
31 - 47	3

Z tabulky je patrné, že největší počet pacientek a to 13, se řadí do skupiny 1-13 , která představuje nízkou úroveň závislosti na alkoholu, kdy příznaky jsou spíše psychické než fyzické.

Další poměrně početnou skupinu vytváří klienti skupiny 14 -21. Jedná se o 11 pacientek.

Tato skupina poukazuje na střední úroveň závislosti, kdy je výrazná psychická závislost se známkami závislosti fyzické.

Dále je počet 8 umístěn ve skupině 22-30, která představuje závažnou úroveň závislosti.

Nejmenší počet pacientek se poté objevuje ve skupině 31-47, která představuje těžkou závislost na alkoholu a kdy se již výrazně projevuje závislost fyzická.

4.2 Závislosti na jídle

Pro vyhodnocení závislosti na jídle jsem použila dotazník YFAS. (Gearhardt et al., 2009)

Výsledky respondentek v dotazníku byly vyhodnoceny podle manuálu, který je k dotazníku k dispozici. Základním hodnotícím kritériem bylo, zda je respondent závislý na jídle či ne.

Dle sedmi kritérií závislosti a také, které korespondují s DSM IV, dále udává klinické (fyzické) zhoršení stavu respondenta.

Mezi sedm kritérií závislosti patří:

- 1) čas strávený konzumací,
- 2) neúspěšné pokusy přestat konzumovat potraviny,
- 3) ztráta zájmů (koníčků),
- 4) konzumace i přes zjevné fyzické potíže,
- 5) zvýšená tolerance,
- 6) abstinenční příznaky po vysazení potravin způsobujících závislost,
- 7) příjem látky po dobu větší než bylo zamýšleno.

Pro splnění kritéria závislosti, je nutné splnit nejméně tři z výše uvedených příznaků a dle otázky 15 a 16 klinické zhoršení, kde musí minimálně jedna z otázek být ohodnocena jedním bodem.

Pro validní vyhodnocení závislosti, bylo nutné, aby byly vyplněny všechny otázky, kromě otázek 15 a 16, které jsou důležité pro vyhodnocení zhoršení stavu a otázek 25 a 26, které vyhodnocují konkrétní potraviny, které klientkám působí potíže.

Graf č. 3 zobrazuje počet osob, které splňují kritéria závislosti včetně klinického zhoršení, tedy ženy závislé a celkově graf č. 3 vyobrazuje poměr žen závislých, žen, které jsou závislostí ohroženy (tyto ženy splnily alespoň tři body ze sedmi kritérií závislosti, ale nesplnili zhoršení) a žen bez závislosti, které kritérium nesplnily.

Graf č.3 Poměr závislosti na jídle



Z celkového souboru je, dle grafu č. 3, závislých na jídle 33 % patientek PNB. Závislostí ohrožených je 30 % patientek PNB a bez znaku závislosti je 37 %.

4.3 Konzumace potravin obsahujících cukr

Vzhledem k tomu, že téma výzkumu se specializuje na závislost na cukru, byla následně analyzována prevalence konzumace potravin obsahujících monosacharidy. Dotazníky, kde dle otázek 25 a 26, klientky uvedly konkrétní potraviny obsahující cukr a ostatní potraviny, se kterými měli v posledních 12 ti měsících největší potíže.

Graf č. 4 znázorňuje klientky, které z celkového souboru splňují závislost na potravinách obsahujících cukr a klientky, které jsou touto diagnózou ohroženy.

Graf č. 4 závislost na cukru



Graf č. 4 znázorňuje respondentky závislé na cukru v poměru 32 % a ohrožené závislostí na cukru v poměru 21 % a klientky, které nesplňují nebo splňují závislost na jídle, ale cukr není jejich problémová potravina, v průměru 47 % klientek, u kterých byla zjištěna zvýšená konzumace cukru dle grafu 53 %. Tedy více jak polovina z celkového souboru, což potvrzuje mou první hypotézu, že u většiny abstinujících žen léčících se ze závislosti na alkoholu byla zjištěna zvýšená konzumace cukru.

Graf č. 4 také zároveň vyvrací mou hypotézu, že u většiny těchto klientek je diagnostikována závislost na cukru, což dle grafu bylo pouze 32 % z celkového souboru.

5. Závislost na cukru ve vztahu k socio-demografickým údajům

5.1 Závislost na cukru ve vztahu k věku

Tabulka č. 3 udává počty závislých, ohrožených a osob bez závislosti ve vztahu k věku.

Jedna osoba s diagnózou závislosti na cukru byla ve skupině do 30-ti let.

Ve věkové skupině od 31 do 40 let se vyskytovaly 4 osoby a ve skupině 41-50 let byly 3 respondentky, ve skupině 51 – 60 let byla jedna respondentka, 61 – 70 let se vyskytovaly 2 respondentky.

U závislých osob je nejrizikovější věková skupina 31 – 40 let.

Jedna osoba se znaky ohrožení závislosti na cukru byla ve skupině do 30-ti let.

Ve věkové skupině od 31 do 40 let se vyskytovalo 9 osob a ve skupině 41-50 let byly 4 respondentky ve skupině 51 – 60 let byly 3 respondentky a 61 – 70 let respondentky 2.

U závislých a ohrožených osob je nejrizikovější věková skupina také 31 – 40 let.

Tabulka č. 3.: Rozdělení respondentů dle věku na závislé, ohrožené a bez závislosti				
Věkové skupiny	Závislé	Ohrožené	Bez závislosti	Závislé a ohrožené
do 30	1	0	0	1
31 - 40	4	5	10	9
41 - 50	3	1	1	4
51 - 60	1	2	1	3
61 - 70	2	0	3	2
Celkem	11	10	13	19

5.2. Závislost na cukru ve vztahu ke vzdělání

Dalším socio-demografickým údajem, který jsem zjišťovala u mnou dotazované skupiny, bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Tabulka č. 4 zobrazuje rozdělení respondentů do čtyř skupin na závislé na cukru, ohrožené a osoby bez závislosti a osoby rizikové tedy závislé a ohrožené ve vztahu k nejvyššímu dosaženému vzdělání. Jedna závislá respondentka, měla dokončené základní vzdělání, v pěti případech bylo nejvyšší dosažené vzdělání střední škola bez maturity, zbytek pěti žen mělo dokončené

středoškolské vzdělání s maturitou a 0 respondenti splňovali kritéria pro závislost s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

Pokud spojíme závislé a ohrožené dohromady, tak lze z tabulky č. 5 vyčíst, že je 1 závislá osoba, která má dokončené ZŠ vzdělání, 7 osob z celkového souboru dotazovaných, které jsou závislé nebo ohrožené má SŠ bez maturity, 10 takových respondentů má SŠ s maturitou a 1 respondentka á dokončené VŠ vzdělání.

Z těch kteří splňují kritérium závislosti je nejvíce žen se vzděláním střední školy s maturitou.

Je to tedy nejohroženější skupina. Nejsilnější skupinou žen bez závislosti jsou respondentky s VŠ vzděláním.

Tabulka č. 4: Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání na závislé, ohrožené a bez závislosti				
Věkové skupiny	Závislé	Ohrožené	Bez závislosti	Závislé a ohrožené
ZŠ	1	0	1	1
SŠ bez mat.	5	2	4	7
SŠ s mat.	5	5	4	10
VŠ	0	1	6	1
Celkem	11	8	15	19

5.3. Závislost na jídle ve vztahu k průměrnému měsíčnímu příjmu

V dotazníku jsem se ptala také na výši měsíčního příjmu. Tabulka č. 5 informuje o rozložení respondentů dle výše měsíčního příjmu na závislé, ohrožené a jedince bez této závislosti.

Jak je patrné nejvíce závislých osob (7) má měsíční příjem v rozmezí od 10 000,- do 19 999,-. Výrazně menší byl počet závislých v kategorii 0,- - 9 999,-, celkem 2 osoby, stejně jako u příjmu 20 – 29 000. Pokud k počtu závislých přidáme i počet ohrožených, tak 2 respondentek má příjem od 20 000,- do 29 999,-, 3 osob má mzdu do 9 999,- a 14 dotazovaných má příjem od 10 000,- do 19 999,-. Nejvíce ohroženou skupinou jsou osoby s příjmem od 10 000,- do 19 999,-.

Tabulka č. 5: Rozdělení respondentů dle výše příjmů na závislé, ohrožené a bez závislosti				
Věkové skupiny	Závislé	Ohrožené	Bez závislosti	Závislé a ohrožené
do 9999	2	1	3	3
10 - 19999	7	7	10	14
20 - 29999	2	0	2	2
30 - 39999	0	0	0	0
40 - 49000	0	0	0	0
Celkem	11	8	15	19

6. Četnost výskytu jednotlivých znaků závislosti na cukru

Graf č. 5 uvádí zastoupení jednotlivých kritérií závislosti.

Čtyři ženy v poměru dvanácti procent nemělo s jídlem žádné potíže, to znamená, že nesplnili ani jedno kritérium závislosti. Třicet devět procent v počtu 12 ti osob uvedlo, že má problémy s konzumací určitých potravin, splňují tedy první kritérium závislosti se znaky nadměrné konzumace v delším časovém období.

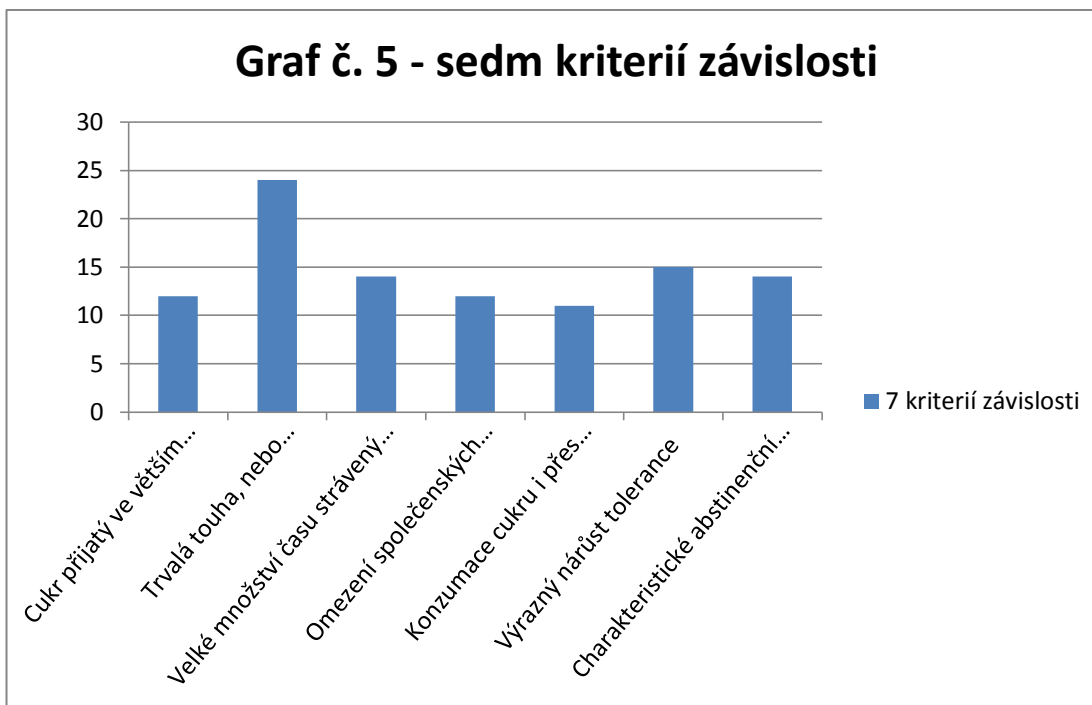
Druhé kritérium závislosti se znaky trvalé touhy nebo opakované pokusy přestat splnilo 24 klientek v poměru 78%.

Další početnou skupinou byly osoby, které splňovaly třetí kritérium mnoho času stráveného konzumací, celkem 45 % v počtu 14 respondentek.

Téměř 39 % v počtu 12 respondentek splňovalo také kritérium omezení společenských aktivit.

11 respondentek v poměru 35-ti procent mělo potíže s omezením konzumace i přes psychické nebo fyzické potíže, které jim konzumace sladkých potravin způsobovala, 15 žen v poměru 48 procent splnilo kritérií zvýšené tolerance.

14 osob ztrácelo při konzumaci kontrolu a zároveň se dostavovaly abstinenci příznaky po odepření si daných potravin. 45 %.



6.1 Jednotlivě zastoupené potraviny obsahující cukr

Graf č. 6 nám ukazuje, jednotlivé potraviny obsahující cukr, které klientkám dělají největší potíže, na kterých jsou závislé či závislosti ohrožené.

Nejvíce ze všech potravin obsahujících cukr, je zastoupena čokoláda 16 žen.

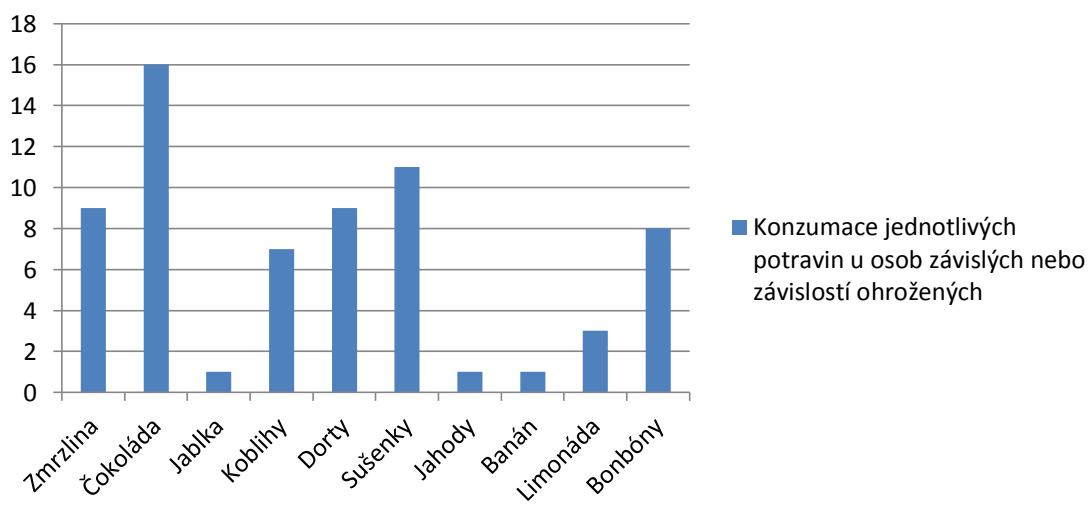
Druhá potravina, která dělá klientkám velké potíže, jsou sušenky a to v počtu 11 klientek.

Zmrzlina a dorty jsou zastoupeny v počtu 9 a 8 žen špatně kontroluje konzumaci bonbónů.

V menším poměru pak jsou koblíhy a limonáda. Zajímavé je, že s ovocným cukrem, tedy konzumací ovoce má potíže minimální počet klientek a tedy jahody jedna, banán jedna, jablka jedna.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ženám léčících se z alkoholu dělají problém spíše potraviny s chemicky upraveným řepným cukrem a chuťově výraznějším, než s ovocným cukrem fruktózou, která je chuťově méně výrazná.

Graf č. 6 - Konzumace jednotlivých potravin u osob závislých nebo závislostí ohrožených



7. Diskuze

Bakalářskou práci na téma závislost na cukru jsem si vybrala především pro to, že je tato problematika zatím velmi málo diskutována.

V naší společnosti obecně, tak i u klientek v léčbě, je toto téma stále ještě opomíjeno. Klientky, které se léčí ze závislosti na alkoholu často přenášejí svou závislost na jiné atributy, mezi něž se řadí například kouření, ale i potraviny nebo sladkosti. Tyto klientky si mnohdy neuvědomují riziko nadměrné konzumace cukru.

V mé bakalářské práci jsem se snažila zaměřit na výživu u osob se závislostí na alkoholu. V první řadě jsem chtěla znázornit míru závislosti na alkoholu pomocí výše zmíněného dotazníku. Otázkou je zda klientky odpověděly v dotaznících pravdivě. Problém vidím v psychickém rozpoložení klientek, vzhledem k situaci abstinence, kterou zvládají velice těžce. Během výzkumného šetření jsem zjistila, že komunikace s klientkou byla vždy jiná ve vztahu k délce, ve které každá jedna byla hospitalizována v PNB.

Klientky, které byly krátce po příjmu, měly větší potíže při komunikaci a naopak klientky, které byly v PNB již déle, vykazovaly větší náhled nad svou závislostí a komunikace s těmito klientkami byla pro mne snadnější.

Při osobním rozhovoru, jsem se však setkala většinou se zájmem o vyplnění dotazníku, protože sami klientky chtěly vědět, jak na tom jsou, a závislost na cukru si sami neuvědomují.

Díky tomuto výzkumu, je možné konstatovat, že poměr závislých pacientek není alarmující, je však důležité věnovat pozornost zvýšené konzumaci sladkých potravin, vzhledem k tomu, že společně s poměrem klientek závislostí ohrožených již tvoří nadpoloviční většinu.

V teoretické části této práce byly zmíněny výzkumy, které se zabývaly vznikem závislosti na cukru (Avena, 2007, Espejo et al, 1994). Tyto výzkumy poukazují na riziko vzniku závislosti na cukru, která se svými chemickými procesy podobá (i když v několikanásobně menší míře) závislosti na opiátech. Výraznou roli zde hraje systém odměn.

Je zde také zmíněn způsob výroby alkoholu, který dokazuje významnou roli cukru v tomto procesu.

Dle výše uvedených výsledků je tedy možné se domnívat, že konzumací alkoholu vzniká závislost nejen na alkoholu, ale i na cukru. Po přerušení konzumace alkoholu, tedy při abstinenci si klientky nahrazují cukr v alkoholu cukrem v potravinách.

Závislost na cukru byla popsána výzkumem, kdy výzkum závislosti na cukru u potkanů ukázal zvýšenou reakci na cukr po abstinenci: což potvrdilo hypotézu o efektu deprivace cukru.

Po 14 -ti dnech abstinence od cukru krysy, které dříve měly 12 h denně přísun cukru, výrazně zvýšily příjem glukózy na 123%, což znamená zvýšenou motivaci pro konzumaci cukru. Skupina s konzumací 0,5 h denně, neprokázala zvýšenou reakci po abstinenci (Avena et al., 2004).

Pokud porovnáme tento výzkum s výsledky výzkumu této bakalářské práce, lze hovořit o podobnosti výsledků.

Je samozřejmě velmi odvážné porovnávat výsledky animální studie s výsledky výzkumu na lidských subjektech, ale pokud jsme si vědomi tohoto limitu, můžeme konstatovat, že porovnáme-li tuto studii s výsledky výzkumu bakalářské práce, lze hovořit o podobnosti výsledků.

Pokud má klientka zvýšený přísun alkoholu s obsahem cukru, je pravděpodobné, že při abstinenci alkoholu zvýší přísun cukru ve stravě.

Zajímavý je také výzkum s názvem: Vznikající spojení mezi rizikem alkoholismu a obezity ve Spojených státech, v němž Gruczy et al., (2010) opakovaně provedli analýzu Národního alkoholového epidemiologického šetření (1991-1992) a Národní epidemiologické studie o alkoholu a souvisejících podmínkách (2001-2002) v USA. Výsledky této analýzy ukázaly, že v letech 2001-2002, ženy s rodinnou anamnézou alkoholismu měli o 49% vyšší šance na obezitu než těm, bez rodinné anamnézy (Grutza et al., 2010).

Jde tedy sice jen o klientky závislostí ohrožené na základě rodinné anamnézy, další výzkum na toto téma v ČR by však mohl být přínosný.

8. Závěr

Před realizováním výzkumu jsem si zvolila 5 hypotéz.

Cílem výzkumu bylo zmapovat prevalenci patologické závislosti na cukru u dospělých žen léčících se ze závislosti na alkoholu.

Zjištěná prevalence tohoto jevu byla 32 %.

Dále mne zajímal vztah mezi socio-demografickými údaji, jako je pohlaví, věk, výše dosaženého vzdělání a výše měsíčního příjmu, a závislostí na cukru.

V těchto kritériích byly zjištěny výrazné rozdíly.

U klientek, u kterých byla zjištěna zvýšená konzumace cukru, bylo 53 %, tedy více jak polovina z celkového souboru, což potvrzuje mou hypotézu, že u většiny abstinujících žen léčících se ze závislosti na alkoholu byla zjištěna zvýšená konzumace cukru. Byla však vyvrácena má hypotéza, že u většiny klientek je diagnostikována závislost na cukru, což dle grafu bylo pouze 32 % z celkového souboru.

Vyvrácena byla také hypotéza, že pacientky trpí jen střední úrovní závislosti na alkoholu.

Následující výzkumy by bylo dobré rozšířit do více léčeben, tedy i tím zvětšit výzkumný soubor.

Vhodné by také bylo ptát se i na kvalitu potravin, které konzumují, což by pravděpodobně zahrnul kvalitativní výzkum formou rozhovorů.

Výzkum ukazuje, že závislost na cukru je důležitým tématem, jakož i ohrožení závislostí. Počet závislých je sice nízký, ale se spojením se závislostí ohrožených, je už číslo alarmující.

Výsledky tohoto výzkumu, mohou pomoci dietologům a dietním sestřám, ale stejně tak jako informace pro obecnou populaci o škodlivosti cukru. K zamyšlení je skladba stravy klientek léčících se ze závislosti na alkoholu, problémem však vidím v dostupnosti těchto potravin i mimo pravidelný jídelníček poskytnutý a sestavený dietologem. Důležitost bych tedy přiložila i k edukaci těchto klientek.

9. SEZNAM ZKRATEK

DSM IV. **Diagnosticko-statistický manuál psychických poruch – 4. Revize**

MKN 10 **Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize**

SŠ **středoškolské vzdělání**

VŠ **vysokoškolské vzdělání**

YFAS **Yalská škála závislosti na jídle**

ZŠ **základní vzdělání**

10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Antonow R.D., McClain C.J. (1985) Nutrition and Alcoholism, *Alcohol and the Brain*, 1985, pp 81-120

Ary M, Chesarek W, Sorensen SM, Lomax P, Eur J (1976) *Naltrexone-induced hypothermia in rats. Pharmacol. 39 (2) :215-20.*

Avena, N. M., Rada, P., Hoebel, B. G. (2008). *Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. Neuroscience and Behavioral Reviews, 32, 20-39.*

Avena NM. (2007). Examining the addictive-like properties of binge eating using an animal model of sugar dependence. *Exp Clin Psychopharmacol ;15(5):481-91.* [cit. 2014-04-8]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17924782>

Collino M. (2011). *High dietary fructose intake :sweet or bitter life ? World J Diabetes, 2(6): 77-81*

Dasupta, A. (2011). *The Science of Drinking: How Alcohol Affects Your Body and Mind.* USA: Rowman & Littlefield Publishers.

Dohnal V(2007). *Speciální toxikologie.* Brno: Masarykova univerzita

Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Ehrmann, J., Schneiderka, P., & Ehrmann J. (2006). *Alkohol a játra.* Praha: Grada Publishing.

Emmerová, M. (2007). *Pivo a zdraví. 2.* Plzeň: Nava. 106 s.

Espejo EF, Stinus L, Cador M, Mir D. (1994) *The effects of morphine and naloxone on behavior in the hot plate test: ethopharmacological studies in rats.* *Psychopharmacology (Berl)* 113 (3-4) :500-10.

Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D. (2009). *Yale food addiction scale*. Yale Rudd center for policy and obesity. Citováno [15.4. 2014] z: <http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/addiction/FoodAddictionScale09.pdf>.

Griffith, E. (2000). *Alcohol, the ambiguous molecule*. Penguin Books in London

Gruzca RA, Krueger RF, Racette SB, Norberg KE, Hipp PR, Bierut LJ. (2010). *The emerging link between alcoholism risk and obesity in the United States*. *Arch Gen Psychiatry*.

Citováno [26.6. 2014] z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21135330>

Heath, D. B. (1995). *Alkohol: History of drinking*. In J. H. Jaffe. *Encyclopedia of Drug and Alcohol*. (pp. 70 – 78). USA: Simon & Schuster Macmillan.

Hubbell CL, Mankes RF, Reid LD. (1993) *A small dose of morphine leads rats to drink more alcohol and achieve higher blood alcohol concentration*. *Alcohol Clin Exp Res*. 17 (5) :1040-3.

Hunt, S. & Climer, J. (2009). *Alcohol*. In G. L. Fisher & N. A. Roget (Eds.), *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery* (pp. 30-34). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hůlek, P. & Hrubá, I. (2002). *Poškození jater alkoholem*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, Citováno [28.4.2014] z: http://www.virovahepatitida.cz/dokumenty/doporucene_postupy_alkohol.pdf

- Hynie, S. (1995). *Speciální farmakologie Díl 3*. Praha: Univerzita Karlova.
- Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Kalina, K., & Radimecký, J. (Eds.). (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kantak KM, Miczek KA(1986) Aggression during morphine withdrawal: effects causes withdrawal of combat experience and social role. *Psychopharmacology (Berl)*. ; 90 (4) :451-6.
- Knosová, G.,(2008). *Glykemický index potravin*. Brno: Masarykova universita
- KODÍČEK, M. (2007) *Biochemické pojmy: výkladový slovník*. Praha: VŠCHT Praha
- Koob GF, Le Moal M. (1997) Drug abuse: hedonic hemostatic disregulace. *Science*. 278 (5335) :52-8.
- Kvasnicová, V.,(2007) *Struktura, vlastnosti a význam sacharidů*. Praha: Universita Karlova, 3 lf.
- Ledvina, M. (2004): *Biochemie pro studující medicíny. II. díl*. Praha: Karolinum
- Leibowitz SF, Hoebel BG. *Behavioral Neuroscience and obesity*. V.: Bray G, et al, (2004).
Handbook of Obesity Marcel Dekker; New York:pp 301-371
- Hůlek, P., Hrubá, I. (2002) *Poškození jater alkoholem*. Odborná společnost hepatologická
- Lullmann, L., Mohr, K., & Wehling, M. (2002). *Farmakologie toxikologie*. Praha: Grada Publishing.
- Martin wr, Wikler, Eades cg, Pescor ft. (1963) *Tolerance to a physical dependence on morphine in rats*. *Psychopharmacologia*.; 4 () :247-60.

Nahapetyan, M. (2009) *Women Crave For Food More Than Men*. Citováno [21.6.2014]:

<http://www.enotalone.com/health/19278.html>

POPOV, Petr a Kamil KALINA. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Česká republika: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151. ISBN 80-86734-05-6.

Riedel, O., & Vondráček, V. (1984). *Klinická toxikologie*. Praha: Avicenum.

Schulteis G, Yackey M, Risbrough V, Koob GF (1998) *Anxiety-like effects of spontaneous and naloxone-precipitated opiate withdrawal in the elevated maze additional*. *Pharmacol Biochem Behav.*; 60 (3) :727-31.

Skinner, H. A., Horn, J. L., Wanberg, K. & Foster, F. M. (1982) *Alcoholism and Drug*. Addiction Research Foundation

Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale: Users Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Spangler R, Wittkowski KM, Goddard NL, Avena NM, Hoebel BG, Leibowitz SF.(2004)

Brain Res Mol Brain Res. 124 (2) :134-42.

STRÁNSKÝ, Miroslav a RYŠAVÁ, Lydie. (2010) *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. Vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

Ševela, K., Ševčík, P., & Kraus, R. (2002). *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. Praha: Grada Publishing.

Vezina P, Lorrain DS, Arnold GM, Austin JD, Suto NJ. (2002) *Sensitization of midbrain dopamine neuron reactivity promotes the pursuit of amphetamine.* Neurosci.; 22 (11) :4654-62.

Zavadil, J. (2006) Sacharidy ve výživě sportovce. Brno: Masarykova universita

This survey asks about your eating habits in the past year. People sometimes have difficulty controlling their intake of certain foods such as:

- Sweets like ice cream, chocolate, doughnuts, cookies, cake, candy, ice cream
- Starches like white bread, rolls, pasta, and rice
- Salty snacks like chips, pretzels, and crackers
- Fatty foods like steak, bacon, hamburgers, cheeseburgers, pizza, and French fries
- Sugary drinks like soda pop

When the following questions ask about "CERTAIN FOODS" please think of ANY food similar to those listed in the food group or ANY OTHER foods you have had a problem with in the past year

IN THE PAST 12 MONTHS:	Never	Once a month	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times or daily
1. I find that when I start eating certain foods, I end up eating much more than planned	0	1	2	3	4
2. I find myself continuing to consume certain foods even though I am no longer hungry	0	1	2	3	4
3. I eat to the point where I feel physically ill	0	1	2	3	4
4. Not eating certain types of food or cutting down on certain types of food is something I worry about	0	1	2	3	4
5. I spend a lot of time feeling sluggish or fatigued from overeating	0	1	2	3	4
6. I find myself constantly eating certain foods throughout the day	0	1	2	3	4
7. I find that when certain foods are not available, I will go out of my way to obtain them. For example, I will drive to the store to purchase certain foods even though I have other options available to me at home.	0	1	2	3	4
8. There have been times when I consumed certain foods so often or in such large quantities that I started to eat food instead of working, spending time with my family or friends, or engaging in other important activities or recreational activities I enjoy.	0	1	2	3	4
9. There have been times when I consumed certain foods so often or in such large quantities that I spent time dealing with negative feelings from overeating instead of working, spending time with my family or friends, or engaging in other important activities or recreational activities I enjoy.	0	1	2	3	4
10. There have been times when I avoided professional or social situations where certain foods were available, because I was afraid I would overeat.	0	1	2	3	4
11. There have been times when I avoided professional or social situations because I was not able to consume certain foods there.	0	1	2	3	4
12. I have had withdrawal symptoms such as agitation, anxiety, or other physical symptoms when I cut down or stopped eating certain foods. (Please do NOT include withdrawal symptoms caused by cutting down on caffeinated beverages such as soda pop, coffee, tea, energy drinks, etc.)	0	1	2	3	4
13. I have consumed certain foods to prevent feelings of anxiety, agitation, or other physical symptoms that were developing. (Please do NOT include consumption of caffeinated beverages such as soda pop, coffee, tea, energy drinks, etc.)	0	1	2	3	4
14. I have found that I have elevated desire for or urges to consume certain foods when I cut down or stop eating them.	0	1	2	3	4
15. My behavior with respect to food and eating causes significant distress.	0	1	2	3	4
16. I experience significant problems in my ability to function effectively (daily routine, job/school, social activities, family activities, health difficulties) because of food and eating.	0	1	2	3	4

PŘÍLOHA Č. 1 – ANGLICKÁ VERZE YFAS

Anglická verze dotazníku Yalské škály závislosti na jídle (2 stránky):

IN THE PAST 12 MONTHS:		NO	YES
17.	My food consumption has caused significant psychological problems such as depression, anxiety, self-loathing, or guilt.	0	1
18.	My food consumption has caused significant physical problems or made a physical problem worse.	0	1
19.	I kept consuming the same types of food or the same amount of food even though I was having emotional and/or physical problems.	0	1
20.	Over time, I have found that I need to eat more and more to get the feeling I want, such as reduced negative emotions or increased pleasure.	0	1
21.	I have found that eating the same amount of food does not reduce my negative emotions or increase pleasurable feelings the way it used to.	0	1
22.	I want to cut down or stop eating certain kinds of food.	0	1
23.	I have tried to cut down or stop eating certain kinds of food.	0	1
24.	I have been successful at cutting down or not eating these kinds of food	0	1

25.	How many times in the past year did you try to cut down or stop eating certain foods altogether?	1 time	2 times	3 times	4 times	5 or more times

26. Please circle ALL of the following foods you have problems with:

Ice cream	Chocolate	Apples	Doughnuts	Broccoli	Cookies	Cake	Candy
White Bread	Rolls	Lettuce	Pasta	Strawberries	Rice	Crackers	Chips
Pretzels	French Fries	Carrots	Steak	Bananas	Bacon	Hamburgers	Cheese burgers
Pizza	Soda Pop	None of the above					

27. Please list any other foods that you have problems with that were not previously listed:

PŘÍLOHA Č. 2 – ČESKÁ VERZE YFAS

Česká verze dotazníku Yalské škály závislosti na jídle do českého jazyka (2 stránky).

Stravovací návyky

Dotazník pro bakalářskou práci na 1. LF UK

Tento dotazník zkoumá Vaše stravovací návyky v posledním roce. Prosím vyplňte pohlaví, věk a poté u každé otázky zaškrtněte jednu odpověď.						
Tento dotazník je zcela anonymní, výsledky budou k dispozici jen v mé práci a ještě souhrnně pro všechny nasbírané dotazníky.						
Lidé mají občas problémy s kontrolou příjmu určitých potravin/jídel jako jsou: sladkosti (např. zmrzlina, čokoláda, dorty, koblíhy apod.) : škroby (např. bílý chléb, těstoviny, rýže apod.) : slané pochutiny (brambůrky, precílky, crakery apod.) : tučná jídla (např. slanina, hamburgery, cheeseburgery, pizza, hranolky apod.) : sladké nápoje (limonády, kolové nápoje apod.)						
Pokud se v následujících otázkách bude vyskytovat slovní spojení "určité potraviny", představte si pod tímto pojmem cokoli z výše uvedeného seznamu, nebo jakoukoliv jinou potravinu, se kterou jste někdy měl/a potíže.						
Muž/Žena	Věk:					
Nejvyšší dosažené vzdělání: a) ZŠ c) SŠ s maturitou d) VŠ	Výše měsíčního příjmu: a) 0,- - 10 000,- b) 10 000,- - 20 000,- c) 20 000,- - 30 000,- d) 30 000,- - 40 000,- e) nad 40 000,-					
V posledních 12 měsících						
1. Zjistil/a jsem, že když začnu jíst určité potraviny , sním toho mnohem více, než jsem plánoval/a.	Nikdy	1x za měsíc	2-4x za měsíc	2-3x za týden	4x týdně	nebo denně
2. Zjistil/a jsem, že pokračuji v konzumaci určitých potravin , i když už nemám hlad.						
3. Jím do té doby, než se cítím hodně přejedený/á.						
4. Nedovedu si představit, že bych příjem určitých potravin měl/a omezit nebo úplně zastavit.						
5. Strávil/a jsem mnoho času nic neděláním nebo únavou z přejedení.						
6. Zjistil/a jsem, že jím určité potraviny v průběhu celého dne.						
7. Pokud doma nemám určité potraviny , ale jiného jídla tam je dostatek, neváhám a jdu si tzv. určité potraviny koupit.						
8. Stalo se mi v posledním roce, že jsem prací, čas strávený s rodinou a přáteli často nahrazoval/a konzumací určitých potravin .						
9. Měl/a jsem v posledním roce období, kdy jsem většinu času trávil/a konzumací určitých potravin a vzápětí jsem si stěžoval/a na to, že jsem přejedený/á.						
10. Stalo se mi, že jsem se vyhýbal/a různým pracovním i společenským akcím (rauty) z obavy, že bych se mohl/a přejíst.						
11. V posledním roce se mi stalo, že jsem se nemohl/a účastnit různých pracovních a společenských akcí (rauty apod.), protože jsem nebyl/a schopen/na mezi tolika lidmi konzumovat určité potraviny .						
12. Pociťoval/a jsem něco jako abstinenční příznaky (úzkost, neustálé myšlenky na určité potraviny nebo jiné psychologické příznaky), v době kdy jsem tyto potraviny nejedl. (Prosím nezahrnujte abstinenční příznaky způsobené snížením množství kofeinu z kávy, čaje, energetických nápojů apod.).						

V posledních 12 měsících																		
Nikdy	1x za měsíc	2-4x za měsíc	2-3x za týden	4x týdně nebo denně														
13. Konzumoval/a jsem určité potraviny k tomu, abych předcházel/a pocitům úzkosti či jiným psychologickým obtížím, které by se jinak rozvinuly. (opět prosím nezahrnujte pocity způsobené snížením přísunu kofeinu).																		
14. Když se snažím omezit přísun určitých potravin , mám na ně ještě větší chuť.																		
15. To, jak zacházím s určitými potravinami (konzumuji jich velké množství), ve mně vyvolává pocity úzkosti.																		
16. Častá konzumace určitých potravin mi způsobuje problémy v zaměstnání, ve škole i v osobním životě																		
V posledním roce																		
					Ne	Ano												
17. Konzumace určitých potravin mi způsobuje psychologické problémy (jsem znechucen sám sebou, pocity viny, deprese a úzkosti).																		
18. Mám pocit, že mi konzumace určitých potravin způsobuje fyzické potíže, které se zhoršují.																		
19. Přesto, že mám psychologické nebo fyzické potíže, stále konzumuji velké množství určitých potravin .																		
20. Během posledního roku jsem zjistil/a, že potřebuji sníst více jídla, abych se cítil/a dobře (snížil/a negativní emoce, zvýšil/a potěšení)																		
21. Zjistil/a jsem, že množství jídla, které mi stačilo dříve na to abych potlačil/a negativní emoce nebo zvýšil/a potěšení, mi už nestačí.																		
22. Chci omezit nebo zastavit konzumaci určitých potravin .																		
23. Snažil/a jsem se snížit či přestat konzumovat určité potraviny .																		
24. Byl/a jsem úspěšný/á ve snížení či zastavení konzumace určitých potravin .																		
Jednou Dvakrát Třikrát Čtyřikrát 5 a vícekrát																		
25. Kolikrát v posledním roce jste se snažil/a omezit či zcela přestat konzumovat určité potraviny ?																		
26. Zakroužkujte všechny následující potraviny, se kterými jste měl/a v posledním roce potíže.																		
zmrzlina	čokoláda	jablka	koblihy	brokolice	dorty	hamburger												
těstoviny	jahody	rýže	brambůrky	crackery	preclíky	banán												
cheeseburger	pizza	limonáda	bonbóny	hlávkový salát	žádný z uvedených													
27. Vypište všechny potraviny, se kterými jste někdy měl/a potíže a nebyly zmíněny v předchozí otázce																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">sušenky</td> <td style="width: 25%;">slanina</td> <td style="width: 25%;">hamburger</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>hranolky</td> <td>steak</td> <td>banán</td> <td></td> </tr> <tr> <td>mrkev</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							sušenky	slanina	hamburger		hranolky	steak	banán		mrkev			
sušenky	slanina	hamburger																
hranolky	steak	banán																
mrkev																		

Děkuji za spolupráci ☺

PŘÍLOHA Č. 3 - ŠKÁLA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Alcohol Dependence Scale (ADS)

Instrukce:

1. Pečlivě/pozorně si přečtete každou otázku a možné/navrhované odpovědi. Odpovězte pravdivě na každou otázku. U každé otázky zakroužkujte pouze JEDNU odpověď – vyberte tu, která je vám nejbližší/ která podle vás nejvíce odpovídá pravdě.
2. Slovo „pití“ v otázce se týká „pití alkoholických nápojů“.
3. Čas pro vyplnění dotazníku je neomezený. Pracujte pečlivě a pokuste se dotazník vyplnit co nejdříve. Prosíme, odpovězte na všechny otázky. Otázky se týkají posledních 12 měsíců.

1. Kolik alkoholu jste vypil/a, když jste naposledy pil/a?

- a. takové množství, že jsem byl v náladě, nebo méně
- b. takové množství, že jsem se opil/a
- c. takové množství, že jsem byl/a v bezvědomí/že jsem omdlel/a

2. Máte často kocovinu v neděli nebo v pondělí ráno?

- a. ne
- b. ano

3. Třásl/a jste se při střízlivění (třes, chvění rukou, vnitřní třes)?

- a. ne
- b. někdy
- c. často

4. Cítíte se následkem pití fyzicky špatně (např. zvracení, žaludeční křeče)?

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou pokaždé, když piji

5. Měl/a jste někdy delirium tremens – tzn. cítil/a jste, viděl/a nebo slyšel/a nereálné věci, byl/a jste velice úzkostný/á, neklidný/á a příliš rozrušený/á (vybuzený/á)?

- a. ne
- b. někdy
- c. několikrát

6. Ztrácíte rovnováhu (tzn. potácíte se, vrážíte do věcí kolem sebe), když pijete?

- a. ne
- b. někdy
- c. často

7. Cítil/a jste se jako v horečce, poté co jste se napil/a?

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

8. Viděl/a jste nereálné věci, poté co jste se napil/a?

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

9. Propadáte panice ze strachu, že se nebudete moci napít, když to budete potřebovat?

- a. ne
- b. ano

10. Měl/a jste někdy „okénko“ (ztrátu paměti bez omdlení)?

- a. ne, nikdy
- b. někdy
- c. často
- d. většinou pokaždé, když piji

11. Nosíte si s sebou láhev alkoholu nebo máte alespoň vždy nějakou při ruce?

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou

12. Stává se vám, že po určitém období abstinence (období bez pití alkoholu) propadáte opět těžkému pití?

- a. ne
- b. někdy
- c. většinou pokaždé, když piji

13. Omdlel/a jste následkem pití v posledních 12 měsících?

- a. ne
- b. jednou
- c. více než jednou

14. Měl/a jste záchvat s křečemi, který následoval za určitým obdobím pití?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

15. Pijete v průběhu celého dne?

- a. ne
- b. ano

16. Bylo Vaše myšlení po těžkém pití nejasné a mlhavé?

- a. ne
- b. ano, ale pouze několik hodin
- c. ano, po dobu jednoho nebo dvou dnů
- d. ano, po dobu mnoho dnů

17. Cítil/a jste, že Vaše srdce bije následkem pití mnohem rychleji?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

18. Přemýšlíte téměř neustále o pití a o alkoholu?

- a. ne
- b. ano

19. Slyšel/a jste někdy nereálné věci, když jste se napil/a?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

20. Měl/a jste někdy nadpřirozené a děsivé pocity, když jste se napil/a?

- a. ne
- b. jednou nebo dvakrát
- c. často

21. Měl/a jste někdy pocit, jako by se po vás něco plazilo, lezlo (hmyz, pavouci), i když to nebyla pravda?

- a. ne
- b. ano
- c. několikrát

22. S ohledem na „okénka“ (ztrátu paměti):

- a. nikdy jsem neměl/a okénko
- b. měl/a jsem okénka, která trvala méně než hodinu
- c. měl/a jsem okénka, která trvala několik hodin
- d. měl/a jsem okénka, která trvala den nebo i déle

23. Pokusil/a jste se někdy omezit pití?

- a. ne
- b. jednou
- c. několikrát

24. Pijete rychle, velké doušky alkoholu?

- a. ne
- b. ano

25. Můžete přestat pít poté, co jste vypil/a jednu nebo dvě sklenky?

- a. ano
- b. ne

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Rozložení respondentek podle věku	str. 29
Tabulka č. 2 Škála závislosti na alkoholu	str. 32
Tabulka č. 3. Rozdělení respondentů dle věku na závislé, ohrožené a bez	str. 36
Tabulka č. 4: Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání na závislé, ohrožené a bez závislosti	str. 37
Tabulka č. 5: Rozdělení respondentů dle výše příjmů na závislé, ohrožené a bez závislosti.	str. 38

Seznam grafů

Graf č. 1 Vzdělání respondentů	str. 29
Graf č. 2 Výše příjmů	str. 30
Graf č. 3 Poměr závislosti na jídle	str. 34
Graf č. 4 Závislost na cukru	str. 35
Graf č. 5 7 kritérií závislosti	str. 40
Graf č. 6 Konzumace jednotlivých potravin u závislých nebo závislostí ohrožených	str. 41

Žádost o povolení sběru dat

Etická komise

ekomise@bohnice.cz

Psychiatrická nemocnice Bohnice
státní příspěvková organizace
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220
181 02 Praha 8, Ústavní 91
ředitel organizace: MUDr. Martin Hollý

Helena Veselá

Studentka Adiktologie
Lážovice 8
26724

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne 27. 6. 2014

Žádost o povolení sběru dat

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice posoudila etické aspekty rozhovorů a dotazníkových šetření na téma „**Závislost na cukru u abstinujících pacientek PN Bohnice.**“
Data získaná tímto výzkumem budou součástí bakalářské práce, v rámci bakalářského studia na 1. Lékařské fakultě UK – obor Adiktologie.

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise



Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595
pomykacz@bohnice.cz, www.bohnice.cz