

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Obor: Adiktologie



Bc. et Bc. Kristýna Kopecká

**Nutriční návyky pacientů léčících se ze závislosti na
alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích**

**The Nutritional habits of Patients Recovering From Alcohol
Addiction in Selected Psychiatric Hospitals**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Čablová

**PRAHA
2016**

Abstrakt

Uvedení do problému: Nutriční návyky významně ovlivňují zdraví a kvalitu života a jsou důležitou součástí zdravého životního stylu. Řídit se nutričními doporučeními je tak důležité jak pro běžnou populaci, tak pro osoby léčící se ze závislosti na alkoholu. Jedním z cílů léčby je totiž zlepšení kvality života, čemuž právě správná výživa může dopomoci.

Cíle: Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou stravovací zvyklosti osob léčících se ze závislosti na alkoholu během pobytu ve vybraných psychiatrických nemocnicích. Další cíl má za úkol zjistit, jak se liší stravovací návyky u respondentů před nástupem do léčby a po nástupu do léčby. Cílem je také popsat vztah mezi stravovacími zvyklostmi a socio-demografickými údaji. Dílčí cíl výzkumu je u respondentů zmapovat výsledky dotazníku Yalské škály závislosti na jídle.

Použité metody a výzkumný soubor: Pro získání dat byl použit nástroj složený ze 3 dotazníků. Prvním dotazníkem byla Škála závislosti na alkoholu pro potvrzení diagnózy závislosti na alkoholu, druhým frekvenční potravinový dotazník zjišťující příjem jednotlivých potravinových skupin a třetí Yalská škála závislosti na alkoholu. Jejich analýza probíhala pomocí matematických výpočtů a manuálů pro vyhodnocení a dále zpracována do kontingenční tabulky v programu Microsoft Excel.

Výsledky: Zjistila jsem, že stravovací návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu jsou velmi špatné, pacienti nedodrží doporučené porce jednotlivých skupin potravin a dochází tak k nedostatečnému příjmu jednotlivých živin. Výživa je u respondentů nedostatečná a nevyvážená. Výsledky dokazují, že v oblasti stravovacích návyků jsou u respondentů nedostatky.

Závěr a doporučení: Myslím si, že se správně nastavenou nutriční terapií v psychiatrických nemocnicích by se dalo u léčby pacientů dosahovat lepších výsledků, protože nutriční terapie je důležitou oblastí každé léčby. Výsledky mého výzkumu mohou být použity jako podklad pro další zkoumání v této oblasti, například pro porovnání stravovacích zvyklostí u pacientů v jiných psychiatrických nemocnicích, nebo pro porovnání pacientů léčících se ze závislosti na jiné návykové látce, než je alkohol.

Klíčová slova: nutriční návyky, výživa, alkoholismus, léčba závislosti v psychiatrické nemocnici, FFQ, YFAS

Abstract

Introduction: Nutritional habits significantly affect the health and quality of life and they are an important part of a healthy lifestyle. Following nutritional recommendations is very important for the general population as well as for people recovering from alcohol dependence. One of the goals of treatment is improving the quality of life and well-balanced diet can actually help.

Goals: The main objective of the research is to determine what are the eating habits of people recovering from alcohol dependence during their stay in selected psychiatric hospitals. Another objective is to determine the difference in eating habits of respondents before entering treatment and after entering treatment. The aim is also to describe the relationship between dietary habits and socio-demographic data. It is set as a sub-goal to also map the results of the YFAS questionnaire.

Methods and sample: A tool consisting of three questionnaires was used for data acquisition. Alcohol Dependency Scale served to confirm a diagnosis of alcohol dependence, the food frequency questionnaire was used to evaluate the intake of individual food groups. The third questionnaire was YFAS. Their analysis had been done through mathematical calculations and manuals for evaluation and further processed into a pivot table in Microsoft Excel.

Results: I have found that eating habits of patients recovering from addiction to alcohol are very poor, the patients do not comply with the recommended servings of each food group and this leads to inadequate intake of nutrients. Nutrition is insufficient and unbalanced among respondents. The results show that eating habits have a large room for improvement.

Resume: I think that the right nutritional therapy in psychiatric hospitals could help to achieve better results in treatment because nutritional therapy is an important area of each treatment. The results of my research can be used as a basis for further research in this area, for example, to compare the eating habits in patients placed in other psychiatric hospitals, or to compare patients treated for dependence on other addictive substances than alcohol.

Key words: nutritional habits, nutrition, alcoholism, addiction treatment in a psychiatric hospital, FFQ, YFAS

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, 25. 04. 2016

Bc. et Bc. Kristýna Kopecká

.....

Identifikační záznam:

KOPECKÁ, Kristýna. *Nutriční návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích [The Nutritional Habits of Patients Recovering from Alcohol Addiciton in Selected Psychiatric Hospitals]*. Praha, 2016. 94 s., 3 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí práce: PhDr. Lenka Čablová.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Lence Čablové za čas a cenné rady, které mi při psaní diplomové práce věnovala. Chtěla bych také poděkovat vedení a personálu Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a Léčebny návykových nemocí Nechanice za možnost uskutečnit výzkum a za jejich milé a vstřícné jednání. Ráda bych také poděkovala všem pacientům, kteří mi věnovali během léčby svůj čas a vyplnili mi dotazníky, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Slova díky patří i mé rodině a přátelům, za jejich podporu jak při psaní diplomové práce, tak během celého studia.

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Alkohol.....	11
1.1 Základní charakteristika alkoholu	11
1.1.1 Historie.....	11
1.1.2 Konzumace alkoholu v ČR.....	12
1.1.3 Výroba alkoholu	13
1.1.4 Ethanol	13
1.1.5 Negativní účinky alkoholu na lidský organismus.....	14
1.1.6 Morbidita a mortalita vyplývající z užívání alkoholu.....	15
1.2 Absorpce, metabolismus a vylučování alkoholu v lidském těle	15
1.2.1 Absorpce alkoholu	15
1.2.2 Metabolismus alkoholu.....	16
1.2.3 Vylučování alkoholu.....	17
1.3 Závislost na alkoholu	18
1.3.1 Klasifikace závislosti na alkoholu dle MKN 10 a DSN	18
1.3.2 Diagnostika závislosti na alkoholu	18
1.3.3 Vznik závislosti na alkoholu.....	19
1.3.4 Ovlivnění tělesného zdraví vyplývající z nadměrného užívání alkoholu	20
1.3.5 Ovlivnění psychického zdraví vyplývající z nadměrného užívání alkoholu ..	21
1.4 Léčba závislosti na alkoholu v psychiatrické nemocnici	21
1.4.1 Systém péče v ČR.....	21
1.4.2 Střednědobá ústavní léčba	22
1.4.3 Charakteristika psychiatrických nemocnic, ve kterých probíhalo výzkumné šetření	23
2 Nutriční terapie u osob závislých na alkoholu	25
2.1 Nutriční terapie obecně	25
2.1.1 Nutriční doporučení pro obyvatele ČR.....	25
2.1.2 Doporučený denní energetický příjem základních výživových prvků	25
2.1.3 Potravinová pyramida	26
2.1.4 Charakteristika uvedených složek pyramidy	27

2.1.5	Nutriční anamnéza jako součást diagnostiky a léčby	28
2.1.6	Alkohol a tělesná hmotnost.....	28
2.2	Alkohol a makronutrienty	29
2.2.1	Lipidy.....	29
2.2.2	Sacharidy a alkohol.....	30
2.2.3	Proteiny	31
2.2.4	Alkohol, malnutrice a dehydratace	32
2.3	Alkohol a mikronutrienty	33
2.3.1	Alkohol a minerální látky	33
2.3.2	Alkohol a vitamíny	35
2.3.3	Hypovitaminóza.....	36
2.4	Závislost na jídle	36
2.4.1	Definice závislosti.....	36
2.4.2	Model závislosti.....	37
2.4.3	Diskuze týkající se možné závislosti na jídle	37
2.4.4	Působení návykových potravin na CNS	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
3	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
3.1	Výzkumné cíle	40
3.2	Výzkumné otázky.....	40
4	METODIKA.....	41
4.1	Výzkumný soubor	41
4.2	Použité metody výzkumu	41
4.2.1	Metoda získávání dat	41
4.2.2	Analýza dat	42
4.2.3	Etické aspekty práce	43
4.2.4	Problematická místa ve výzkumu	44
5	VÝSLEDKY.....	45
5.1	Popis výzkumného souboru	45
5.2	Výsledky výzkumu.....	48
	DISKUZE	67
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75

PŘÍLOHY	83
5.3 Příloha č. 1 – Dotazník.....	83
5.4 Příloha č. 2 – Informovaný souhlas.....	92
5.5 Příloha č. 3 – Seznam grafů, tabulek.....	93

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala Nutriční návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích. Téma nutrice je mi velmi blízké a myslím si, že má velký potenciál i při léčbě návykových nemocí. Konzumace alkoholu totiž s sebou nese mnoho negativních důsledků, mezi které patří i problémy týkající se výživy a správného stravování. U alkoholiků ustupují zájmy, včetně výživy, alkoholu a nedochází tak k dostatečnému příjmu živin, což může mít mnoho negativních důsledků, včetně komplikací při samotné léčbě.

Chtěla jsem také zjistit, jak se nutriční návyky odlišují před nástupem na léčbu a během léčby, protože mě zajímalo, zda vysazení alkoholu stravovací návyky ovlivňuje a pokud ano, jakým způsobem. Dále jsem se ve své práci chtěla zaměřit na vzájemný vztah socio-demografických údajů a stravovacích návyků. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, jaké procento respondentů vykazuje závislost na jídle podle dotazníku YFAS. Vede se diskuze, zda závislost na jídle existuje či ne a ačkoliv závislost na jídle není stanovena jako oficiální diagnóza, u dotazníku YFAS, který právě závislost na jídle zkoumá, už byla stanovena validita.

Diplomová práce je rozdělena na dvě hlavní části. V první části se zaměřuji na teoretické poznatky ze zkoumané oblasti. Teoretická část má dvě hlavní kapitoly, kterými jsou alkohol a nutriční terapie u osob závislých na alkoholu. Kapitola alkohol obsahuje základní charakteristiky alkoholu, jeho absorpci, metabolismus a vylučování v lidském těle, dále závislost na alkoholu a léčbu závislosti na alkoholu v psychiatrické nemocnici. V druhé kapitole s názvem Nutriční terapie u osob závislých na alkoholu se pak zabývám nutriční terapií obecně, vztahu alkoholu a makronutrientů a mikronutrientů a také závislostí na jídle.

Druhá část diplomové práce je praktická. V ní popisuji cíle práce a výzkumné otázky, metodiku výzkumu a dále výsledky výzkumu, kde je jak popis výzkumného souboru, tak samotné výsledky výzkumu, které jsou vyjádřeny pomocí tabulek, grafů a jejich analýzy. Na praktickou část navazuje diskuze a závěr práce, kde jsem shrnula veškeré poznatky, které jsem díky výzkumu získala.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol

1.1 Základní charakteristika alkoholu

1.1.1 Historie

Slovo alkohol má arabský původ. Odvozeno je ze slova „al-kuhl“. Dříve toto slovo bylo využíváno pro označení jemné substance, která se používala pro ztmavení očních víček. Do angličtiny se slovo alkohol dostalo v 16. století, kam se dostalo ze středověké latiny. Původně byl tento výraz označením pro jakýkoliv jemný prášek. Ten mohl být vyráběn mnoha způsoby, třeba i zahříváním látky do plynného stavu a pak jejím ochlazením.

Tento proces, známý jako destilace, je také možné využít k výrobě alkoholu. Tím došlo k přenesení výrazu alkohol na tuto tekutinu, kterou moderní chemici označují jako ethanol. Slovo alkohol se pak začalo využívat pro označení všech nápojů, které tuto látku také obsahovaly (American Heritage Dictionary of the English Language, 2011).

Alkoholické nápoje jsou vyráběné a konzumované lidmi po tisíce let. Po celou tu dobu hrály důležitou roli v náboženství, dodávali výživu a energii, využívali se pro své lékařské, antiseptické a analgetické účinky v medicíně a také zaháněly žízeň. Po celou dobu své existence se využívají pro relaxaci, jejich servírování je výrazem pohostinnosti a sociální soudržnosti, využívá se i účinků, které zvyšují potěšení z jídla (Hanson, 2013).

Další důvod, který vedl ke konzumaci alkoholu, je jeho (alespoň chvilková) schopnost zvýšit kvalitu a radost ze života. Funkce alkoholických nápojů ve společnosti, pokud vůbec existují, byly často vysoce kontroverzní a dodnes je jeho konzumace předmětem velké diskuze (Hanson, 2013).

Ilustrací kontroverzního přístupu může být zavedení a následné ukončení celostátních zákazů konzumace alkoholu v mnoha zemích v minulém století. Dodnes lze pak mluvit mezi různými lidmi, pocházejících z různých prostředí, o střetu názorů v tom, zda je alkohol atraktivní elixír nebo nebezpečný jed (Hanson, 2013).

1.1.2 Konzumace alkoholu v ČR

Co se týče abstinentů, v ČR máme pouze 3 % celoživotních abstinentů, 10 % pak abstinovalo v minulém roce, k abstinenci vedou nejčastěji zdravotní důvody. Celkem 11 % abstinentů jako důvod své abstinence uvádí problém s alkoholem. U mužů se jedná o každého šestého muže.

Výsledky výzkumu Státního zdravotnického ústavu přináší data o konzumaci alkoholu v ČR z roku 2014. Bylo zjištěno, že 13 % české populace konzumuje alkohol pravidelně a velmi často. Frekvence pití alkoholu je u nich denně nebo obden. Celkem 17 % dotázaných (25 % mužů a 9 % žen) vykazuje časté pití nadměrných dávek alkoholu jednou týdně nebo častěji.

Byla zkoumána i průměrná roční spotřeba na osobu. V roce 2014 to bylo podle tohoto výzkumu SZÚ 7,2 l čistého alkoholu na osobu. Celkem 15 % dospělých můžeme považovat za konzumenty s vysokým rizikem, 4,9 % jsou problémoví pijáci (Csémy, Sovianová, 2015).

Zmínit se musí určitě i informace Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj ze zprávy o konzumaci alkoholu mezi dětmi a mladistvými. Podle ní od roku 2002 vzrostl počet patnáctiletých, kteří mají zkušenost s alkoholem ze 70 % na 90 %. To je spolu s častějším pitím žen považováno za zvláště zneklidňující a Čeští dospívající patří, co se týče spotřeby alkoholu, k nejohroženějším. V Česku je spotřeba alkoholu na osobu vyšší, než je průměr zemí OECD (OECD, 2015).

To může být způsobeno i vysoce tolerantním postojem české společnosti k jeho konzumaci. Této situaci napomáhá také nedostatečné vynucování zákonů z této oblasti a mediální podpora konzumace alkoholu ze strany osobností a například i lékařů. Alkohol se v ČR akceptuje jak v soukromém, tak veřejném životě. A to i přesto, že dnes lze již jednoznačně prokázat, že zvyšuje výskyt závažných onemocnění (Vobořil, 2015).

1.1.3 Výroba alkoholu

Prvním způsobem výroby alkoholických nápojů je destilace. Toto slovo vzniklo ze slov oddělování a překapávání. Jedná se o proces, při kterém se od sebe oddělují rozdílně těkavé kapalně látky, a to na základě různého bodu varu. Využívá se k tomu destilačního přístroje a také toho, že alkohol je více těkavý než voda (Jenč, 1998).

Těmto alkoholickým nápojům se říká destiláty, které obsahují více než 15 % alkoholu. Výchozí produkt je například víno, pivo nebo nakvašený koncentrát. Ty mají nižší koncentraci alkoholu a pomocí destilace vznikne právě destilát, který má koncentraci alkoholu vyšší. Surovina, která se destiluje, ovlivňuje výslednou chuť destilátu. Pomocí destilace lze také získat methanol, který je vlastnostmi podobný alkoholu – má podobný vzhled, chuť i vůni. Je ale prudce jedovatý a může způsobit oslepnutí a dokonce i smrt (Lucas, 1995).

Druhý způsob výroby alkoholu je fermentace. Tento způsob lidé k výrobě používali již v dávné historii. Fermentace je proces způsobený kvasnicovými enzymy. Ten mění karbohydráty, jako škrob nebo glukóza, na ethylalkohol, vodu a oxid uhličitý. Tímto procesem vzniká víno, pivo a medovina. Na světě jsou pomocí fermentace připravované i jiné alkoholické nápoje, specifika můžeme najít v Americe, Africe i na dálném východě. Pomocí fermentace lze dosáhnout jen omezené koncentrace alkoholu, obvykle se mluví o hodnotě 17 % (Edwards, 2004).

1.1.4 Ethanol

Ethanol, chemicky označovaný jako $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$, těž etylalkohol, alkohol nebo líh, je jedním z primárních alkoholů. Je to bezbarvá kapalina, která má typický alkoholový zápach. Jedná se o těkavou kapalinu, kterou lze neomezeně mísit s vodou. Těkavost určuje bod varu, který je nižší než u vody. Bod varu ethanolu je $78,31\text{ }^\circ\text{C}$. Bod mrznutí je oproti vodě velmi rozdílný, jedná se o $-114,6\text{ }^\circ\text{C}$ (Kadlec, 2002).

Kromě využití v potravinářském průmyslu, kdy mluvíme o alkoholických nápojích, jejichž hlavní psychoaktivní složkou je právě ethanol, se ethanol používá v chemickém průmyslu. Zde slouží k výrobě jiných chemických sloučenin jako surovina. Ethanol je také složka pohonných hmot, součást parfémů nebo také čisticích prostředků do domácnosti

(Kadlec, 2002). Ethanolu se využívá také v lékařském průmyslu, a to například k desinfekci (Lullmann, 2002).

1.1.5 Negativní účinky alkoholu na lidský organismus

Účinek alkoholu je velkou měrou ovlivněn množstvím alkoholu, prostředím a také dispozicemi osoby, která ho konzumuje. Stav, který nastává po jeho požití, se nazývá opilost. V malých dávkách může alkohol působit jako stimulancium, ve větších dávkách je však tlumivý. Po požití alkoholu dochází nejdříve ke zlepšení nálady, zvyšuje se sebevědomí a dochází také k přísunu energie. Později od požití dochází ke ztrátě zábran, člověk je také méně sebekritický, poté nastává útlum (Minařík, 2008).

Tento útlum je v oblasti inhibiční kontroly, jejímž projevem je alkoholová excitace. Při vysoké koncentraci může alkohol vyvolat až toxickou narkózu. Při ní se snižují funkce center v prodloužené míše, která jsou životně důležitá. Tento proces může skončit až útlumem dýchání. Alkohol tedy tlumí CNS stejně jako anestetika (Hynie, 1995).

Alkohol a acetaldehyd ovlivňují především nervový systém a játra, vliv však mají na všechny orgány. Narušují látkovou přeměnu sacharidů i lipidů, acetaldehyd pak dokáže vytěsnit vápník z membrán. Alkohol způsobuje také změny na mozku, které jsou viditelné na EEG. Alkohol působí jako diuretikum, což má za efekt zvýšený výdej moči. Po konzumaci alkoholu má člověk také pocit žízně, což je způsobeno zahuštěním krve a vysláním kompenzačních mechanismů (Dohnal, 2007).

Chronická konzumace alkoholu má vliv na toleranci a vznik fyzické závislosti. Toleranci lze chápat zčásti jako zvýšení metabolismu, hlavně však jako změnu reakcí centrální nervové soustavy na alkohol a jeho účinky. Letální, tedy smrtelná, dávka alkoholu totiž i u osob se zvýšenou tolerancí zůstává stejná (Hynie, 1995, Lullmann, 2002).

Účinky alkoholu lze pozorovat i u termoregulačního centra. Po požití totiž dochází k výrazným ztrátám tepla, za což jsou zodpovědné i rozšířené cévy. Osobám pod vlivem alkoholu tak hrozí větší riziko podchlazení. V nejhorším případě může dojít i ke smrti způsobené podchlazením, a to i při teplotách, které vysoce přesahují 0°C (Lullmann, 2002).

Kromě přímých negativních účinků alkoholu na lidský organismus, kterými jsou výše uvedené skutečnosti a také vznik mnoha nemocí, můžeme mluvit i o nepřímých účincích. K těm se řadí vliv alkoholu na dopravní nehody, agresivní chování a kriminální činnost (Křivohlavý, 2001).

1.1.6 Morbidita a mortalita vyplývající z užívání alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholu způsobuje velké zdravotní a sociální následky, které si mnoho konzumentů neuvědomuje. Jeho konzumace zvyšuje nemocnost, je zodpovědná i za úmrtí a zhoršení kvality života.

Studie z roku 2009 dává celosvětově alkoholu za vinu 3,8 % všech úmrtí a průměrné zkrácení života o 4,6 let důsledkem nemocí, způsobených alkoholem. Země, které mají střední a vysoké příjmy, ztrácejí působením alkoholu 1 % HDP (Rehm et al., 2009).

V roce 2013 byla publikována další studie, která uvádí, že alkohol způsobí ve Spojených Státech Amerických 18 200 – 21 300 úmrtí na nádorová onemocnění, což je 3,2 - 3,7 % všech nádorových onemocnění. Každé úmrtí tak znamená 17 – 19 ztracených let života. Nejčastější nádorové onemocnění u žen jsou v tomto případě nádory prsou, u mužů nádory jícnu a horních dýchacích cest (Nelson et al., 2013).

Úmrtností se zabýval také výzkum z Kanady. Ten zkoumal úmrtí spojená s alkoholem za rok 2005 u osob do 65 let. Bylo zjištěno celkem 3970 úmrtí a 134 555 let ztracených kvůli konzumaci alkoholu. V procentech jdou tato čísla vyjádřit také, 7,7 % všech úmrtí bylo ovlivněno alkoholem a s tím souvisejícím nádorovým onemocněním (Shield et al., 2012).

1.2 Absorpce, metabolismus a vylučování alkoholu v lidském těle

1.2.1 Absorpce alkoholu

Jak uvádí Fry a Lullmann (2010, 2002), vstřebávání alkoholu, nebo-li jeho absorpce, probíhá pomocí difúze. Je to rychlý proces, který probíhá v celém zažívacím traktu. Do jedné hodiny od konzumace alkoholu dochází k vstřebání poloviny vypitého alkoholu. Alkohol se vstřebává už v ústní sliznici, což pokračuje v žaludku. Zde se vstřebá

až 20 % vypitého alkoholu. Zbýlých 80 % zkonsumovaného alkoholu se vstřebá z dvanáctníku a z horního úseku tlustého střeva.

Vstřebávání může být ovlivněno mnoha faktory, mezi které patří například oxid uhličitý. Ten roztáhne žaludek, zvětší se plocha pro vstřebávání a tím se vstřebávání urychlí. Zrychlení probíhá také díky aromatickým látkám, které zvýší prokrvení sliznic. O zpomalení absorpce alkoholu do krevního systému se můžou postarat tuky a sacharidy v potravě.

Ovlivnění rychlosti vstřebávání má vliv také teplota alkoholického nápoje. Rychleji se vstřebávají teplé nápoje. Únava sníží žaludeční motoriku, což proces vstřebávání zpomalí. Naopak fyzická aktivita urychlí vstřebávání, protože dojde k celkovému zrychlení metabolismu.

Vzhledem k tomu, že je alkohol rozpuštěn ve vodě, distribuuje se z krve do takzvaného distribučního prostoru. Ten u ženy tvoří 60 % její hmotnosti, u muže pak 70 %. Obě čísla odpovídají množství vody v těle. Jelikož voda v těle není rozmístěna rovnoměrně, ani v ní rozpuštěný alkohol se rovnoměrně nerozmístí. Jeho koncentrace bude vyšší tam, kde je velké množství vody, jako třeba ve svalové tkáni či v centrální nervové soustavě. Opakem je například tuková tkáň, která obsahuje málo vody a tím pádem i rozpuštěného alkoholu.

1.2.2 Metabolismus alkoholu

Alkohol je v lidském organismu odbouráván pomocí enzymů alkoholdehydrogenázy, což je zinek obsahující enzym. Najdeme ho především v játrech. V žaludku, ledvinách a dokonce i ve varlatech nalezneme i jiné typy alkoholdehydrogenáz. Pomocí tohoto enzymu dochází k rozkladu alkoholu, a to stejnou rychlostí. Nezáleží, jaká je jeho koncentrace v krvi (Lullmann, 2002).

Žaludek obsahuje alkoholdehydrogenázu IV. typu, která je obsažena v mukózních buňkách. Zde dochází k trávení alkoholu. U mužů je aktivita tohoto enzymu mnohem vyšší, než u žen. Při stejné konzumaci alkoholu u ženy a u muže, vzhledem k této skutečnosti, dojde k tomu, že muž má mnohem nižší obsah alkoholu v krvi (Fry, 2010).

Metabolismus alkoholu z největší části tedy probíhá v játrech. Reakce, která zde probíhá, se nazývá oxidace, při ní se ethanol změnil na acetaldehyd. Tento metabolismus může proběhnout třemi cestami, první je pomocí alkoholdehydrogenázy, druhý způsob je pomocí systému mikrosomálních enzymů a třetí způsob je pomocí katalázy (Matouš, 2010, Newsholme, 2009).

Na metabolismus ethanolu má vliv také genetická výbava, která se liší podle rasového původu. Bělošská populace alkohol odbourává pomaleji, proto většina nemá s trávením alkoholu problémy. Opakem je populace Asiatů. Ty odbourávají alkohol rychleji a tak se jim v těle hromadí produkt oxidace, kterým je acetaldehyd. Ten způsobuje nepříjemné pocity a jeho vysoká koncentrace může způsobit i otravy z alkoholu. Podobě jsou na tom i lidé z černošské populace, u nichž také dochází k rychlému metabolismu molekul ethanolu (Šamánek, 2012).

1.2.3 Vylučování alkoholu

Větší část alkoholu se výše uvedeným metabolismem změnil na meziprodukt acetaldehyd, a pak na acetyl. Ten je dále metabolizován. Tímto procesem však neprojde veškerý alkohol, který byl zkonsumován.

Alkohol se může z lidského organismu vyloučit i v nezměněné formě, a to v řádu pár procent z celkového množství zkonsumovaného alkoholu. Nejvíce alkoholu, který zůstává v nezměněné formě, odchází z těla dechem a to ústy. Je to zhruba 4 – 7 %, které se z těla dostanou spolu s dechem, ve kterém jsou kapičky vody s rozpuštěným alkoholem. Další zhruba 3 % alkoholu se dostanou z těla přes ledviny v moči.

Toto vylučování, kdy alkohol zůstává v nezměněné formě, závisí na množství alkoholu v krvi. Nejedná se o konstantní proces. V případě vysokého procenta alkoholu v krvi játra nestíhají alkohol metabolizovat. Ethanol tak ve zvýšeném množství odchází spolu s močí, což může být nebezpečné z důvodu dehydratace (Fry, 2010, Lullmann, 2002).

1.3 Závislost na alkoholu

1.3.1 Klasifikace závislosti na alkoholu dle MKN 10 a DSN

Závislost na alkoholu nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí v V. kapitole s názvem Poruchy duševní a poruchy chování, kde poruchy způsobené užíváním alkoholu najdeme pod číslem F10. Syndrom závislosti je pak pod přesným označením F10.2. MKN syndrom závislosti definuje jako „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (MKN 10, 2014).

1.3.2 Diagnostika závislosti na alkoholu

Diagnostika vychází z uvedené definice závislosti na alkoholu dle MKN 10. Stanovit osobě závislost na alkoholu je možné, pokud se u ní v období posledních 12 měsíců vyskytly nebo vyskytují alespoň 3 (či více) z uvedených diagnostických znaků syndromu závislosti.

Tyto znaky jsou:

- Silná touha nebo pocit puzení (craving) konzumovat alkohol
- Potíže v sebeovládání při začátku a ukončení konzumace alkoholu nebo v kontrole množství vypitého alkoholu
- Projevy somatického odvykacího stavu při přerušení nebo ukončení jeho konzumace
- Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami alkoholu
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšené množství času k přijímání alkoholu nebo zotavení se z jeho účinku
- Pokračování v užívání přes zřejmý důkaz jeho zjevných škodlivých následků

Jak je z uvedených znaků zřejmé, základní charakteristika syndromu závislosti na alkoholu je touha po konzumaci alkoholu či jeho samotná konzumace. Osoba ví, že má craving alkohol konzumovat a to se pak projevuje v pokusech pití zastavit, případně ho alespoň kontrolovat. Syndrom závislosti na alkoholu se vyvíjí celkem dlouhou dobu, trvá to několik let, a během této doby často dochází ke zhoršování zdravotního stavu (MKN 10, 2014).

Příznaky závislosti na alkoholu jsou patrné na první pohled či pohmat. Mluvit můžeme o arcus senilis corneae, který se u alkoholiků projevuje v nižším věku, než je obvyklé. Dále facies alcoholica vyznačující se především rozšířenými kapilárami v obličeji a na nose. Objevují se zarudlá víčka a také překrvené spojivky. Další významný příznak závislosti na alkoholu je nebolestivé zvětšení jater, dlouhotrvající bolest ve středním epigastriu s prominencí až do zad, což signalizuje mimo jiné pankreatitidu či pavoučkové névy (Popov, 2003b).

Pro zhodnocení komplexního stavu osoby se využívá také diagnostický rozhovor. Při něm lze získat mnoho důležitých informací, ať už jak o osobě pacienta, tak o jeho potížích. Tím lze s pacientem navázat terapeutický vztah, který je ideální prostředkem působení na pacienta v rovině motivace a následného zvládnání závislostního problému. Diagnostický proces je vstupní branou pro zhotovení léčebného plánu (Nešpor, 2003).

1.3.3 Vznik závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu vzniká postupně a většinou jí předchází mnoho let užívání alkoholu škodlivým způsobem, a to takovým, který poškozuje zdraví jedince. Nelze však s jistotou říci, zda se osoba stane nebo nestane na alkoholu závislá. Vznik závislosti totiž souvisí s mnoha faktory, a to jak psychickými, tak fyzickými. Neméně důležité je také sociální a rodinné prostředí, ve kterém osoba vyrůstá a žije, dále pak věk, zkušenosti a také aktuální zdravotní stav (Orlíková, 2007).

Vzhledem k tomu, že závislost je velmi složitý problém, který prolíná mnoho různých oborů, existuje velké množství různých hypotéz. Ty pak vytvářejí teorie patologického rozvoje závislosti, které jsou různorodé. Můžeme se bavit například o čtyřdílném rámci teorie závislostí, který propojuje teoretické modely s diagnózou. Zde

mluvíme o modelu morálním, dále pak o modelu psychologickém, modelu socio-kulturním a také medicínském modelu, potažmo bio-psycho-sociálnímu. Každý z těchto modelů klade důraz na různé složky vzniku závislosti. Pokud bychom mluvili o konkrétních příčinách vzniku a rozvoje drogové závislosti podle výše uvedených modelů, může to být například sociální síla, fyziologická dysfunkce, morální slabost či nevědomé konflikty uvnitř osobnosti. Vznik závislosti může ovlivnit také samotná droga a posilující prvky užívání přicházející z okolí, určitě je třeba také zmínit ztrátu kontroly a celkové biologické, sociální a psychologické faktory (Millerová, 2011).

Vznik nemoci, a tedy i závislosti, ovlivňují podle Kaliny jak genetické, psychologické a biologické dispozice, tak spouštěče, kterými jsou výrazné životní události či nároky určitého vývojového období, a také zranitelnost. Ta sama se vyvíjí na podkladě dispozic. Všechny výše uvedené faktory se tedy podílejí na manifestaci poruchy, v našem případě rozvoje závislosti na alkoholu (Kalina, 2003). Co se týče dispozic, záleží zejména na těch vrozených, dále na tom, v jakém věku začne osoba látku užívat a na způsobu, jakým je užívána. Pokud má tedy osoba více vrozených dispozic a alkohol začne užívat velmi brzy, vznik závislosti je velmi rychlý. Pokud ale vrozené dispozice chybí a začne užívat ve stejném věku, rozvoj závislosti se projeví až později (Pecinová, 1996).

Na vznik závislosti se dá dívat z pohledu dispozičně-expozičního modelu. Čím více se u osoby vyskytují dispozice, jako je například genetická rovina, osobnost a další, tím méně je třeba expozičních faktorů, kterými jsou frekvence konzumace či dostupnost alkoholu, k tomu, aby u osoby vznikla závislost na alkoholu. Na stejném principu funguje dispozičně-expoziční model i obráceně (Popov, 2003).

1.3.4 Ovlivnění tělesného zdraví vyplývající z nadměrného užívání alkoholu

Poškození způsobená nadměrným užíváním alkoholu se můžou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Často je postižen gastrointestinální trakt, zde jsou jak známky poškození, tak se mohou objevovat chronické potíže. Nadměrnou konzumací alkoholu se zvyšuje riziko vzniku cirhózy jater, což může vyústit až k rakovině jater. Objevují se i rakoviny jícnu, žaludku či tenkého střeva. Co se týče rakoviny rekta, nadměrná konzumace alkoholu jej může také zapříčinit. Uvádí se, že především konzumace piva je riziková. Ušetřen není ani endokrinní systém. Zde dochází k poškození slinivky

a problémům se sekrecí inzulínu. Alkohol se také podílí na vzniku diabetu. Dále má nadměrné užívání alkoholu vliv na vznik avitaminózy. Objevují se i poruchy týkající se tvorby krve. U mužů se alkohol podepisuje na nižším množství testosteronu, na vzniku sexuálních dysfunkcí a ovlivňuje také vznik impotence. Konzumace alkoholu u žen, které jsou těhotné, může vést zase k poškození plodu. Toto poškození se projevuje růstovou retardací, dále postižením centrální nervové soustavy a kraniofaciální dysmorfii. Všechny tyto projevy se souhrnně označují jako fetální alkoholový syndrom. Mluvit můžeme i o fetálním alkoholovém efektu, kdy se vyskytují pouze poruchy chování a intelektu. Chronické nadužívání alkoholu poškozuje oběhový systém, stejně tak nervový systém. Alkoholici mají také často zasažen dýchací systém. Důvodem je především snížená imunita, která vede k bronchitidám, dále nádorům v dutině ústní a vyššímu výskytu bronchogenního karcinomu. Objevují se také karcinomy prostaty a močového měchýře (Popov, 2003).

1.3.5 Ovlivnění psychického zdraví vyplývající z nadměrného užívání alkoholu

Můžeme je členit do dvou skupin. První jsou poruchy, které vznikají z přímého působení alkoholu na CNS. Je to buď po bezprostřední konzumaci, zde mluvíme o intoxikaci alkoholem, nebo je ovlivnění psychiky způsobeno chronickým nadužíváním alkoholu, zde je pak řeč o odvykacím stavu, psychotické poruše či amnestickém syndromu. Druhou skupinou poruchy psychického zdraví způsobených konzumací alkoholu jsou poruchy, které souvisejí přímo s abúzem alkoholu a projevují se návykovým chováním. Mluvit můžeme o narušené kontrole užívání, která může vést až k vzniku závislosti (Popov, 2003).

1.4 Léčba závislosti na alkoholu v psychiatrické nemocnici

1.4.1 Systém péče v ČR

Česká republika má vybudovanou ucelenou síť péče pro uživatele návykových látek, a to včetně alkoholu. V tomto systému najdeme služby poradenského typu, dále léčebného typu a také služby sociální, přičemž každý z typů nabízí různé metody pro léčbu závislostí, které odpovídají na potřeby klientů podle toho, v jaké fázi závislosti se zrovna nacházejí. K zajištění efektivity této péče a těchto služeb máme kvalitativní i kvantitativní kritéria, které je nutné splňovat. U kvalitativní oblasti péče se bavíme o komplexnosti, provázanosti a efektivitě služeb, u kvantitativní oblasti péče hrají roli 2 hlavní kritéria. Jsou

jimi rozsah systému péče a také její dostupnost pro cílovou skupinu závislých osob (Kalina, 2008).

1.4.2 Střednědobá ústavní léčba

Pod tímto pojmem se skrývá rezidenční, pobytová léčba ve zdravotnických zařízeních. Zde mluvíme o léčbě v psychiatrické nemocnici, nebo na specializovaném oddělení nemocnic pro léčbu závislostí. Celková doba léčby tohoto typu trvá od 3 do 6 měsíců (Dvořáček, 2003).

Do cílové skupiny pacientů střednědobé ústavní léčby patří problémoví uživatelé návykových látek včetně alkoholu. Minimální věková hranice je stanovena na 15 let. Pacienti do léčby vstupují zpravidla dobrovolně a nástupu může předcházet detoxifikace. V ústavní léčbě je také možné setkat se s pacienty, kteří mají ústavní léčbu nařízenou soudem (Kalina, 2008).

Za cíl léčby ve střednědobé ústavní léčbě se považuje změna životního stylu vnímaná jako pozitivní, a to včetně abstinence od návykových látek. Za další cíle lze považovat stabilizaci přidružených problémů, dále začít vnímat závislost jako problém, práce na řešení problému, které vznikly užíváním a celková změna sebepojetí. Cíl léčby může být také zlepšení prožívání (Kalina, 2008).

Změny, ke kterým během léčby dochází, se často po návratu do běžného prostředí opět vytrácejí. Jsou také částečné, protože během střednědobé ústavní léčby se zvládnou především sekundární problémy související se závislostí. Proto by se na tuto léčbu mělo pohlížet jako na jednu etapu terapeutického procesu. Pro ukončení této fáze léčby je nutné pečlivě naplánovat následnou léčbu. Ta může probíhat ambulantní formou, či pokračováním v léčbě v terapeutické komunitě či doléčovacím centru. Nedílná součást následné péče o pacienty závislé na alkoholu jsou opakovací pobyty, které probíhají taktéž v psychiatrických nemocnicích (Dvořáček, 2003).

V roce 2014 byl počet psychiatrických lůžkových zařízení stejný jako v roce 2013. V ČR bylo 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé, 3 pro děti, dále 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 2 psychiatrická oddělení v ostatních lůžkových zařízeních. Celkový

počet lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic se snížil. Celkový počet lůžek abstinčně orientované zdravotnické léčby závislostí v psychiatrické lůžkové péči pro dospělé v roce 2014 byl 9 922 (Mravčík et al., 2014).

1.4.3 Charakteristika psychiatrických nemocnic, ve kterých probíhalo výzkumné šetření

LNN Nechanice

Léčebna návykových nemocí v Nechanicích je detašované pracoviště Psychiatrické kliniky fakultní nemocnice Hradce Králové a Univerzity Karlovy, Lékařské fakulty v Hradci Králové. Funguje od 2. 12. 1996 a poskytuje odvykací léčbu pro muže a ženy závislé na psychoaktivních látkách a/nebo patologickém hráčství. Hlavní léčebná metoda je odborně vedená a cíleně zaměřená skupinová psychoterapie. Ta probíhá v podmínkách režimové léčby v terapeutické komunitě. Dalšími součástmi léčby jsou pracovní terapie, relaxace, sport a arteterapie. Princip TK, který LNN Nechanice využívá, je postaven na základu předem stanovených a obecně známých a prosazovaných pravidel. Jsou stanoveny sankce za jejich porušení, tzv. bodový systém. Tato pravidla a přidružená režimová omezení si kladou za cíl udržet pacienty v léčebně chráněném prostředí, ve kterém nejsou dostupné návykové látky. Tyto principy jsou základem pro standardní psychoterapeutické komorbidity. LNN Nechanice nabízí taktéž opakovací pobyty za účelem upevnění abstinence. Léčba v tomto zařízení je hrazena pojišťovnou (FN HK, 2011).

PN Havlíčkův Brod

Střednědobá ústavní léčba závislosti probíhá v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod na Oddělení 1 A – oddělení pro střednědobou komplexní léčbu. Ta je určena pro pacienty závislé na alkoholu, jiných drogách i gamblingu. Léčba se nezaměřuje pouze na abstinenci, ale také na tělesný a duševní stav pacientů, řešení jejich sociální situace, vztahových problémů i dalších oblastí života. Minimální doba léčby jsou 3 měsíce, dle možností a schopností pacienta může být prodloužena až na měsíců 6. PN HB poskytuje chráněné prostředí, ve kterém není přístup k návykovým látkám, rizikovým místům. To je zajištěno částečným omezením v pohybu. Při pobytu je nutné dodržovat pravidla, jinak může dojít k vyloučení z léčby.

Mezi porušení pravidel patří:

- užívání alkoholu nebo jiných drog, manipulace s drogou nebo s předměty souvisejícími s hazardní hrou
- užívání psychického nátlaku, šikany, verbální agresivity (vyhrožování) či fyzické agresivity k lidem nebo věcem
- krádeže
- navazování výlučných (zvláště sexuálních) vztahů
- nespolupráce v léčbě

Léčba je dobrovolná, pacienti mohou kdykoliv odejít. PN HB využívá tradičního bodovacího systému, který je založen na dodržování pravidel. To vede k zodpovědnosti a možnosti měnit své chování. Léčba je rozdělena do několika stupňů, a pacient by v ideálním případě měl projít všemi stupni (PL HB, 2016).

2 Nutriční terapie u osob závislých na alkoholu

2.1 Nutriční terapie obecně

2.1.1 Nutriční doporučení pro obyvatele ČR

Společnost pro výživu doporučuje snižovat příjem živočišných tuků a zvyšovat rostlinné tuky, především olej olivový a řepkový, nejlépe bez tepelné úpravy. Dále snižovat příjem cukru a omezovat jeho nahrazování fruktózou nebo sorbitolem. Další doporučení se týká zeleniny, ovoce a ořechů, jejichž příjem by se měl zvyšovat, a to až na 600 g denně v poměru zelenina ovoce 2 : 1. Jako zdroj kvalitních rostlinných bílkovin by se mělo využívat luštěnin, jejichž spotřeba by měla stoupat. Dále by mělo docházet k nahrazování výrobků z bílé mouky za výrobky z mouky tmavé nebo celozrnné. Celkově by lidé měli preferovat výrobky s nižším glykemickým indexem, jako jsou luštěniny, celozrnné výrobky, neloupaná rýže, těstoviny a podobně. Další doporučení se týkají konzumace ryb. Mělo by dojít k jejich výraznému zvýšení konzumace, a to jak sladkovodních, tak mořských, které obsahují omega 3 mastné kyseliny. Ke snižování konzumace by naopak mělo docházet u živočišných potravin, které mají vysoký podíl tuku. Velmi důležité je také dodržování správného pitného režimu. Dospělá osoba by měla denně vypít 1,5 l až 2 l vhodných druhů nealkoholických nápojů, ideálně neslazených. Při zvýšené námaze či vysoké teplotě by mělo být tekutin zkonsumováno přiměřeně více. Alkohol by měl být konzumován umírněně, u mužů maximálně 20 g alkoholu denně, u žen pak 10 g denně. To činí u muže např. 250 ml vína či 0,5 l piva, u ženy 125 ml vína či 0,3 l piva. (Dostálová et al., 2012).

2.1.2 Doporučený denní energetický příjem základních výživových prvků

Celkový energetický příjem dospělé osoby, který bere v potaz pohybový režim, by měl být takový, aby se dosáhlo rovnováhy mezi příjmem a výdajem pro dosažení optimální tělesné hmotnosti v rozmezí BMI 18 až 25. Je potřeba mít na vědomí, že požadavky se mění s věkem, s hmotností, s výškou, pohlavím a úrovní fyzické aktivity. Pro průměrnou osobu s průměrnou hmotností a průměrnou fyzickou aktivitou je stanoven příjem na 2200 až 2700 kcal denně u muže, 1800 až 2200 kcal denně u žen. Co se týče jednotlivých složek tohoto energetického příjmu, z 50 – 55 % by ho měly tvořit sacharidy včetně cukrů, z 30 – 35 % by ho měly tvořit tuky a z 10 – 15 % by ho měly tvořit bílkoviny. Denní energetický příjem by člověk neměl získat z jednoho pokrmu denně, ale měl by konzumovat

různorodou potravu v průběhu celého dne. Tím by mělo být dosaženo vyváženosti (Potravinářská komora ČR, 2013).

2.1.3 Potravinová pyramida

Za pomoci potravinové pyramidy můžeme stanovit jak skladbu, tak doporučené množství a poměr druhů potravin tak, abychom dosáhli správně složeného jídelníčku. Pyramida byla sestavena odborníky, aby sloužila jako názorná pomůcka výživových doporučení. Celkem v ní můžeme nalézt 6 různých potravinových skupin, které jsou rozděleny do 4 pater. V potravinové pyramidě je také uveden doporučený počet porcí, které by měl člověk denně zkonsumovat. Velikost porce je jasně definována.

Doporučený počet porcí jednotlivých složek potravy je stanoven takto:

- **Obiloviny:** 3 – 6 porcí denně, průměr 4,5 porce
(za jednu porci můžeme považovat krajíc chleba, 1 rohlík, 1 kopeček rýže, 125 g vařených těstovin či např. 1 misku vloček)
- **Ovoce:** 2 – 4 porce, průměr 3 porce
(jedna porce ovoce je například 100 g jablka, pomeranče či banánu, miska jahod, rybízu či borůvek, případně sklenice 100% ovocné šťávy)
- **Zelenina:** 3 – 5 porcí, průměr 4 porce
(jedna porce může být velká paprika či mrkev, 2 rajčata, miska salátu, 1/2 talíře brambor či sklenice 100% zeleninové šťávy)
- **Mléčné výrobky:** 2 – 3 porce, průměr 2,5
(za jednu porci považujeme sklenici mléka, či kelímek jogurtu, či 55 g sýru)
- **Zdroje bílkovin:** 1 – 3 porce, průměr 2
(jedna porce může být tvořena 80 g masa, 2 bílky, porcí sójového masa apod.)
- **Ostatní:** neměla by se překračovat 1 porce denně (Potravinářská komora ČR, 2012)

2.1.4 Charakteristika uvedených složek pyramidy

Obiloviny

Do této skupiny se řadí potraviny vyrobené z obilín. Je to například pečivo, těstoviny, rýže, vločky, cornflakes či pohanka. Tato potravinová skupina obsahuje polysacharidy, což jsou složené cukry, důležité jako zdroj energie. Dále je bohatá na minerální látky. Méně výraznou složkou jsou pak bílkoviny.

Ovoce

Ovocem jsou nazývány plody a semena stromů, keřů a bylin, která jsou jedlá. Buď ho můžeme konzumovat syrové, či zpracované. Hlavní složkou je voda, a ovoce slouží jako výborný zdroj sacharidů. Ovoce také obsahuje velké množství vitamínů a dalších tělu prospěšných látek. Jeho zpracováním se snižuje jeho výživová hodnota.

Zelenina

Za zeleninu považujeme jedlé části rostlin, kterými jsou kořeny, bulvy, listy, nať, květenství a plody. Hlavní složka je, stejně jako v případě ovoce, voda. Zelenina je dobrým zdrojem vlákniny a řadí se mezi ní také brambory.

Mléčné výrobky

Mléko a mléčné výrobky se vyznačují vysokou výživovou hodnotou. Jsou zdrojem kvalitních bílkovin. Tyto potraviny obsahují také tuky i sacharidy – laktózu a jsou zdrojem minerální látky vápníku. Toho je více než v mléce, jogurtech a tvarohu a v tvrdých sýrech.

Zdroje bílkovin

Kvalitními zdroji bílkovin jsou ryby, které obsahují také velké množství kvalitních tuků a dalších potřebných látek. Dále je ve výživě značný význam masa a masných výrobků, i když jeho nadměrnou konzumaci nelze doporučit. Zdroji bílkovin mohou být také vejce a luštěniny.

Ostatní

V sekci ostatní lze nalézt jednoduché cukry, jako jsou sladkosti a dále třeba slané pochutiny. Tyto potraviny je důležité konzumovat střídavě, jelikož se nejedná o výživově hodnotné potraviny (Potravinařská komora ČR, 2012)

2.1.5 Nutriční anamnéza jako součást diagnostiky a léčby

Každé komplexní vyšetření lékařem prováděné k zjištění diagnózy by mělo obsahovat kromě jiného nutriční anamnézu. Ta by měla nejenom pomoci stanovit správnou diagnózu, ale také by měla být důležitou součástí léčby. Primární osoba, která by nutriční anamnézu měla sledovat, je praktický lékař, který je s pacientem v blízkém kontaktu dlouhá léta. Nutriční anamnéza totiž vhodně doplní celkové zhodnocení stavu pacienta a správně provedená nutriční anamnéza odhalí rizikové faktory, kterým je pacient vystaven (Kleinwachterová, 2001). Pro stanovení nutriční anamnézy lze využít i software, který by data vyhodnocoval velmi rychle. V případě, že elektronická varianta získání informací není možná, lze se stále spolehnout na anamnestický rozhovor. Nejnovější podklady dokládají, že vznik některých nemocí má svůj původ ve stravovacích návycích. Určitá onemocnění zase vyžadují nutriční terapii jako neodlučitelnou součást celé léčby. Samotná nutriční anamnéza by se tedy rozhodně neměla přehlížet. Pokud by se zanedbala, mohlo by to u pacienta způsobit nepříznivé důsledky ať už ve vývoji choroby, nebo v její léčbě (Fiala, 2008).

Určitě můžeme říci, že podpora lidí ve správném stravování je cesta dobrým směrem. To samé platí pro podporu lékařů, aby i oni považovali nutriční anamnézu, edukaci a samotnou terapii jako pozitivní krok vedoucí ke zlepšení stavu pacientů. V mnoha studiích bylo prokázáno, že primární péče v oblasti nutriční i samotná nutriční terapie snižuje u pacientů riziko komplikací. Celkově také zkracuje dobu hospitalizace a tím pádem šetří velké finanční částky. Je důležité zaměřit se jak na plánování, tak na včasné a kvalitní změny v celém průběhu léčby i následné rekonvalescence (Gyles, 2012).

2.1.6 Alkohol a tělesná hmotnost

Pohled na alkohol a tělesnou hmotnost není úplně jednoznačný. Epidemiologická data říkají, že příjem alkoholu ovlivňuje přibývání na hmotnosti a rozvoj obezity. Je však rozdíl, zda se jedná o nárazové pití případně pravidelné pití alkoholu v menších dávkách.

V některých studiích se lze zase setkat s názorem, že záleží na druhu vypitého alkoholu (Yeomans, 2010). Dlouhodobá nadměrná konzumace alkoholu způsobuje, že tělo po vypití alkoholu získá signál, že již získalo dostatek energie. Organismus už další energii nepotřebuje, proto se snižuje konzumace potravin a dochází k malnutrici (About Health, 2014). Zvýšená konzumace alkoholu vede ke vzniku abdominální (centrální) obezity a má vliv na procento viscerálního tuku, které zvyšuje (Schroder et al., 2007).

2.2 Alkohol a makronutrienty

Makronutrienty jsou látky nezbytné pro zachování života, protože z nich organismus získává energii pro každodenní aktivity a pro svůj růst. Řadíme mezi ně bílkoviny (proteiny), cukry (sacharidy) a tuky (lipidy). Bílkoviny, cukry a tuky jsou nositeli energie. Často se také označují jako kalorifery (Svačina, 2008).

2.2.1 Lipidy

Tuková tkáň, která je zásobou energie v organismu, je tvořena lipidy. 1 g tuku je zdrojem 9 kcal. Za tuky jsou označovány triacylglyceroly, kterým se říká také takzvané neutrální tuky. Do lipidů patří také složené lipidy. Mezi ně řadíme sfingolipidy, fosfolipidy a také cholesterol. Tuky dělíme na živočišné a rostlinné, dále na nasycené a nenasycené (Grofová, 2007). Tuky jsou nositeli lipofilních vitaminů, sterolů a chuťových a aromatických látek (Blatná, 2005).

Lipidy jsou nezbytnou součástí hormonů a také nezbytnou základní složkou různých orgánů. Jsou součástí i nervových vláken, konkrétně myelinové vrstvy, jež je obaluje. Tato vrstva urychluje vedení vzruchů a obsahuje konkrétně fosfolipidy. Také další součástí nervové soustavy, mozek, je z části složen z tuků. Konkrétně 50 až 60 % jeho suché váhy je složeno z tuků. Pokud se tedy drží dieta, při které organismus trpí nedostatkem tuků, může dojít k závažnému poškození vývoje mozku, případně dalším negativním vlivům na celkovou činnost centrální nervové soustavy (Fraňková et al., 2003).

Co se týče vztahu lipidů a alkoholu, dlouhodobá konzumace vyšších dávek alkoholu může vést k vzniku sekundární dyslipoproteinémii. Konzumace alkoholu pak také působí na trombogenezi. Alkohol totiž zvyšuje HDL cholesterol, což možnost vzniku trombogeneze snižuje (Ehrmann et al., 2006).

S lipidy může souviset částečně násilné chování a vysoká míra deprese u osob konzumujících nadměrné množství alkoholu. Důvodem je nízká hladina omega 3 mastných kyselin (Skinner, 2002).

2.2.2 Sacharidy a alkohol

Sacharidy fungují pro lidský organismus jako nejdůležitější zdroj energie, v procentech je to 50 až 60 % denního příjmu. Sacharidy dělíme na monosacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Co se týče monosacharidů, ty obsahují pouze jednu cukernou jednotku, oligosacharidy pak 2 až 10 těchto jednotek, a polysacharidy více než 10 cukerných jednotek. Doporučení pro racionální výživu stanovuje konzumovat převážně polysacharidy, konzumaci monosacharidů pak omezovat. Přebytky energie získané ze sacharidů se ukládají v játrech jako glykogen (Fraňková, 2003).

Glukóza je považována za nejdůležitější sacharid. Je to zdroj energie pro veškeré buňky organismu, především pak pro erytrocyty, mozek a dřeň nadledvin, jedná se o zdroj bezprostřední. Glukóza dále slouží jako zdroj energie pro játra, ledviny, střevo a svaly, jak kosterní, tak myokard (Kohout, 2010). Pokud jsou sacharidy konzumovány v nadměrném množství, hrozí zvýšení rizika některých chorob. Jsou jimi například obezita, kardiovaskulární onemocnění. Zvyšuje se také riziko onemocnění chorobou diabetes mellitus či vznik zubního kazu (Čeledová, 2010).

Významná složka potravy je vláknina. Až na výjimku v podobě linginu je vláknina polysacharid, konkrétně celulóza, pentozany, pektin, chitin atd., dále může být vláknina nestravitelný oligosacharid či oligosacharid ze skupiny rafinóz (Svačina, 2008). Vláknina podporuje peristaltiku střev, dále preventivně působí proti vzniku mnoha chronických chorob (Blatná, 2005).

Jak víme, alkohol je monosacharid. Pokud dochází ke zvýšené konzumaci monosacharidů na úkor polysacharidů, dochází ke snížení množství cukru v krvi. Tím dochází k hypoglykémii, která se projevuje mimo jiné zvýšenou únavou, dále nepřiměřeným pocením. Objevit se může také třes, problémy s kontrolou emocí a zívání.

Při zvýšené konzumaci monosacharidů dochází k neukojitelnému hladu, kterému nelze zabránit ani konzumací dostatečného množství jídla (Kushi, 1997).

Co se týče vztahu sacharidů a alkoholu, alkohol narušuje mechanismus, pomocí kterého organismus upravuje množství glukózy v krvi, a to i v případě, kdy je příjem potravy přiměřený. Primární cukr v organismu je právě glukóza, a organismus jeho množství upravuje, buď ho zvyšuje, či snižuje. Konzumace alkoholu na tuto regulaci působí negativně (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013).

Nadměrná a dlouhodobá konzumace alkoholických nápojů zvyšuje risk vzniku diabetes mellitus. U osob závislých na alkoholu, které touto nemocí netrpí i tak dochází ke zvýšené hladině cukru v krvi či hypoglykémii. Je to způsobeno poruchou sekrece inzulínu. Tyto problémy bývají však pouze dočasné a nezanechávají trvalé následky (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013).

Z výše uvedeného vychází, že konzumace monosacharidů vyvolává chuť na další monosacharidy, kterým je právě i alkohol. V případě optimální konzumace polysacharidů k uvedenému nedochází, protože hladina glukózy v krvi zůstává stabilní. Vzhledem k tomu, že alkohol je z biochemického pohledu monosacharid, může se u pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu objevit tendence chybějící cukr z alkoholu nahrazovat potravinami, které právě onen cukr obsahují, například sladkostmi. Závislost na cukru a závislost na alkoholu funguje na biochemicky jednotném principu (Fortuna, 2010; Kampov-Polevoy, et al., 2001).

2.2.3 Proteiny

Proteiny (bílkoviny) patří mezi základní živiny. Z bílkovin se skládají svaly, hormony, protilátky imunitního systému, faktory pro srážení krve a také enzymy. Organismus z proteinů získává aminokyseliny a další sloučeniny dusíku. Ty jsou velmi důležité pro tvorbu a obnovu tělu vlastních proteinů, dále tělesných struktur a mnoha dalších metabolicky aktivních látek. Bílkoviny jsou potřebné pro správné hojení poranění. Jejich konzumací dochází také k prevenci ztráty svalové a kostní hmoty (Grofová, 2011).

Bílkoviny jsou dvojího druhu, buď živočišného původu nebo rostlinného původu. Co se týče složení, tak za hodnotnější se považují bílkoviny živočišné. Obsahuje je maso, mléko a mléčné výrobky a také vejce. Rostlinné bílkoviny nalezneme v luštěninách, obilovinách, minimální množství bílkovin obsahují také brambory, zelenina a ovoce. Bílkoviny dělíme na plnohodnotné a neplnohodnotné. Ty plnohodnotné obsahují všechny nepostradatelné druhy aminokyselin ve správném poměru. Neplnohodnotné bílkoviny určité aminokyseliny postrádají. V přírodě nalezneme celkem dvacet aminokyselin. Celkem 9 těchto aminokyselin je esenciálních. To znamená, že si je organismus nedovede sám syntetizovat a musí být proto přijímány z potravy (Blatná, 2005).

Co se týče konzumace bílkovin, je stanoveno takzvané bílkovinné minimum, které pokrývá bazální ztráty při základních metabolických procesech. Je stanoveno na 0,5 g/kg tělesné hmotnosti na den. Pokud je příjem bílkovin nedostatečný, dochází k degradaci vlastních bílkovin, především těch obsažených ve svalech (Grofová, 2011). Tato situace se nazývá proteinová malnutrice a můžeme se s ní setkat právě u alkoholiků (Navrátilová et al., 2000). Alkohol totiž sice obsahuje kalorie, ale sám o sobě má malou výživovou hodnotu. Problém je také to, že jeho nadměrná konzumace utlumuje chuť k jídlu. Další problém, který je s konzumací alkoholu a příjmem živin spojen, jsou poškozená játra. Játra se totiž na vstřebávání a využití živin také podílejí, a pokud jsou poškozená, tento proces je narušen (Morley, 2012).

Proteinová malnutrice nastává i v situacích, kdy osoba podvyživeně nevypadá. Tukové zásoby totiž zůstávají nezmenšeny. Proteinové zásoby jsou však sniženy, protože z nich organismus čerpá energii, kterou nedostával v potravě (Svačina, 2008). Aby byla udržena buněčná struktura, je důležité nasadit odpovídající proteinovou dietu. Buňky se totiž primárně právě z proteinů skládají, a pokud osoba dostatek bílkovin nepřijímá, buňky jsou vystaveny riziku poškození (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013).

2.2.4 Alkohol, malnutrice a dehydratace

Jak je uvedeno výše, proteinová malnutrice je problém. U osob, které nadměrně konzumují alkohol, dochází však nejenom k malnutrici proteinové, ale i celkové. Příjem živin totiž nepokrývá potřebu organismu a dochází tak k podvýživě. Tu můžeme rozlišovat

na primární a sekundární. Co se týče primární malnutrice, ta nastává, když příjem energie z alkoholu nahrazuje příjem ostatních živin z potravy. Následkem je celkové snížení příjmu živin, které jsou nahrazeny právě alkoholem. O sekundární malnutrici mluvíme tehdy, když u osoby nadměrně konzumující alkohol dochází k odpovídajícímu příjmu živin. Proces jejich vstřebávání je však narušen alkoholem, který zabraňuje vstřebávání živin z potravy ve střevech (Lieber, 2004).

Alkohol je sice z výživového hlediska velmi kalorický, ale poskytuje pouze prázdné kalorie. I když tedy konzumací alkoholu získáváme energii, tělu se nedostává živin, kterými jsou cukry, tuky bílkoviny, ve vyváženém poměru. U osob závislých na alkoholu také dochází ke ztrátě chuti k jídlu, což má za následek snížení hmotnosti (Dugdale, 2010).

Konzumace alkoholu také vede k dehydrataci organismu. Alkohol je totiž diuretikum, takže způsobuje zvýšenou produkci moči. Pokud osoba zkonsumuje 4 alkoholické nápoje, organismus ztratí 600 až 1000 ml vody. Alkohol totiž snižuje vyplavování antidiuretického hormonu a podporuje tak tvorbu moči. Ztráta vody při konzumaci alkoholu může být způsobena také zvracením, průjmem a zvýšeným pocením (Wiese et al., 2000).

2.3 Alkohol a mikronutrienty

2.3.1 Alkohol a minerální látky

Minerální látky považujeme za nezbytnou součást výživy. Organismus si je sám nedokáže syntetizovat, proto je jejich konzumace v potravě naprosto nezbytná. Minerální látky se účastní metabolických pochodů, mají vliv na výstavbě tkání, účastní se nervových vzruchů a působí preventivně proti kardiovaskulárním nemocem a také nádorovým nemocem.

Minerální látky můžeme dělit podle množství, které lidský organismus potřebuje na:

- **Stopové prvky:** do této skupiny se řadí vanad, kadmium, arzen, hliník, křemík, bór, cín a nikl a denně jich potřebujeme mikrogramy
- **Mikroelementy:** jsou to zinek, fluor, mangan, kobalt, molybden, selen, chrom, železo, měď a jód a denní potřeba je v miligramech

- **Makroelementy:** jsou vápník, sodík, draslík, chlór, síra, hořčík a fosfor a jejich denní potřeba je určena v gramech (Kunová, 2005)

Nadměrná konzumace alkoholu negativně ovlivňuje výživu, minerální látky nevyjímaje. Speciálně minerální látky jako kalcium, fosfor, magnezium, zinek, železo a kalium jsou dlouhodobou konzumací alkoholu zvláště ovlivněni (Kushi, 1997).

Kalcium, jinak také vápník, se při nadměrné konzumaci alkoholu hůře dostává do kostí. Alkohol totiž likviduje osteoblasty, které syntetizují kostní matrix a ani žaludek není schopen vápník dostatečně vstřebávat. To s sebou nese u alkoholiků tedy zvýšené riziko fraktur, ve stáří pak rozvoj osteoporózy. Nízké hodnoty vápníku dále ovlivňují nervovou soustavu, kdy zvyšují dráždivost nervů. To může ovlivňovat vznik epileptických křečí (Fraňková, 2003).

Co se týče problému s nedostatečným příjmem **fosforu** u osob závislých na alkoholu, často se objevuje hypofosfatémie. Ta se může objevit i později během léčby. Vznik je zapříčiněn více faktory. Určitě je ale v příčinné souvislosti s nedostatečným perorálním příjmem (Greenberg et al., 2005). Projevy nedostatku fosforu se dají popsat jako změny chování, které mohou vést od dezorientace až po agresivitu. Dále můžeme mluvit o parestézii a vzniku paréz na periferních nervech. Další problémy souvisí s dýcháním, kdy dochází k centrálním poruchám jeho regulace a celkové slabosti svalů, podílejících se na dýchání (Zadák, 2008).

Nedostatek magnézia, tedy hypomagnezémie, se u osob, které jsou na alkoholu závislé, vyskytuje u 30 až 80 %. Tento úbytek hořčíku je zapříčiněn eliminací ledvin, která je zvýšená. Dochází k tomu především kvůli dietním nedostatkům, dále může být tím faktorem ketóza, průjem, zvracení a hyperaldosteronismus (McClatchey, 2002). Projevy hypomagnezémie jsou ospalost, zvracení, nevolnost, ztráta chuti k jídlu, třes, křeče, slabost i změny osobnosti (Johnson, 2008). Akutní intoxikace alkoholem se podílí na opačném procesu, kdy nastává vzestup magnézia v těle, takzvaná hypermagnezémie (McClatchey, 2002).

Závislost na alkoholu ovlivňuje také nedostatek zinku (Johnson, 2013). Projevy jeho nedostatku lze poznat na změnách chuti a čichu, dále se objevuje alopecie, průjmy, poruchy imunity a periorální dermatitida, která se objevuje nejčastěji v nazolabiálních rýhách a na rukou a nohou (Zadák, 2008). Tím, že osobě závislé na alkoholu zinek dodáme, pomáháme v léčbě. Zinek totiž posiluje imunitní systém, který alkohol předtím poškodil. Zinek také pomáhá alkohol správně syntetizovat (Hoffer, 2009).

Problémy s **železem** jsou u dlouhodobé konzumace alkoholu způsobeny jeho akumulací. Zvýšená koncentrace železa se objevuje u alkoholového postižení jater, kde u 30 % alkoholiků dochází k rozvoji jaterní cirhózy (Horák et al., 2010). Nadbytek železa je totiž pro lidský organismus stejně škodlivý, jako jeho nedostatek (Ehrmann et al., 2010).

Zvýšená konzumace alkoholu zatěžuje játra a ledviny. To se projevuje jejich zvýšenou potřebou dodání draselných iontů. Zvýšené užívání etanolu tak vede ke vzniku hypokalémie, tedy nedostatku kalia. Nedostatek kalia (draslíku) má za následek slabost svalů, dále křeče či škrábání. Jeho nedostatek může způsobit také paralýzu, případně abnormality v srdečním rytmu (Johnson, 2008).

2.3.2 Alkohol a vitamíny

S minerálními látkami tvoří mikronutrienty také vitamíny. Jako vitamíny jsou označovány organické látky, které jsou nezbytné pro život. Až na pár výjimek je lidé nedokážou syntetizovat a musí být proto přijímány v potravě. Vitamíny rozdělujeme na rozpustné ve vodě, těm říkáme hydrofilní vitamíny, a na rozpustné v tucích, to jsou pak vitamíny lipofilní. Některé vitamíny působí jako antioxidanty. Vitamíny jsou také katalyzátory biochemických reakcí (Hlúbik, 2004).

U osob závislých na alkoholu lze často pozorovat nedostatek vitaminů, a to i u těch, kteří netrpí poškozením jater. Jedná se zejména o nedostatek vitamínu B1, známého jako thiamin, dále vitamínu C, jinak také kyseliny askorbové, a vitamínu B6, pyridoxinu. Nedostatek platí také o kyselině listové (Lieber, 2004).

2.3.3 Hypovitaminóza

Pokud dochází k nedostatečnému příjmu, fyziologickým změnám organismu, zvýšenou potřebou při zátěži případně poruchám resorpce, vzniká u osob deficit vitaminů. Ten může být buď těžké formy, známé jako avitaminóza, případně lehčí formy zvané hypovitaminóza (Hlúbik, 2004). U alkoholiků je hypovitaminóza způsobena především nedostatečným příjmem, případně alkohol způsobuje zvýšené odbourání vitaminů (Lieber, 2004). Nedostatek vitaminů způsobuje mnoho negativního, například únavu, depresi, podrážděnost, sníženou výkonnost, bolesti kloubů a končetin, svalové křeče a vyšší náchylnost k infekcím (Achermann, 2008).

2.4 Závislost na jídle

2.4.1 Definice závislosti

Dle MKN 10 je závislost soubor znaků fyziologických, kognitivních (myšlenkových) a behaviorálních (chování), které se objeví po užití nějaké drogy či látky či substance. Pro to, aby osobě mohla být závislost diagnostikována, je důležité, aby měl v posledních 12 měsících alespoň tři z následujících šesti příznaků, a to po dobu jedno měsíce nebo opakovaně v kratších intervalech.

Mezi kritéria závislosti patří:

- 1) silná touha užít drogu, jinak také bažení či craving
- 2) ztráta zájmů
- 3) pokračování v užívání i přes zjevné potíže
- 4) vzestup tolerance na látku
- 5) po odnětí látky se objeví abstinční příznaky
- 6) ztráta kontroly nad sebou samým při užívání (Světová zdravotnická organizace, 2009).

Závislost můžeme definovat také podle DSM, což je diagnosticko statistický manuál. Ten se používá především v USA a klasifikace podle MKN 10 se podobá, neobsahuje však craving a místo toho se více zaměřuje na snížené možnosti sebeovládání (Nešpor, 2007). Aby mohla být závislost definována, je potřeba v posledních 12 měsících u osoby přítomnost alespoň 3 z těchto kritérií:

- 1) tolerance
- 2) abstinční příznaky po odnětí látky

- 3) užívání velkého množství a po dlouhou dobu = ztráta kontroly
- 4) pokusy omezit užívání
- 5) nadměrný čas strávený užíváním nebo zotavením se z užívání
- 6) přerušení či omezení důležitých aktivit kvůli užívání
- 7) pokračování v užívání i přes zjevné negativní důsledky (American Psychiatric Association, 2013).

2.4.2 Model závislosti

Model závislosti vychází z dopaminové hypotézy. Podle ní je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezilimbického dopaminergního systému. Tento mozkový systém je nazýván „Systém odměny“ a je vývojově poměrně starý. Jedná se o jeden z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, rozmnožování a fyzické pohody. Situace, děje a podněty prostředí, které organismus potřebuje pro své přežití, jsou spojovány s pozitivními pocity. Důvodem je zvýšení pravděpodobnosti organismu na přežití. K základním znakům modelu závislosti se řadí vysoká touha užít drogu, snížená kontrola této touhy a snížená kontrola užívání drogy a také snížená odměňující hodnota zdrojů odměny, které jsou biologicky přirozené. Klíčový mediátor pro akutní odměnu a vznik závislosti je dopamin. Pro konečné fáze závislosti jsou pak pravděpodobné celulární změny glutamaterních projekcí z prefrontálního kortexu do nukleus accumbens (Dvořáček, 2008).

2.4.3 Diskuze týkající se možné závislosti na jídle

Takzvaná závislost na jídle je vcelku nový jev, kterému se výzkumníci věnují hlavně v USA. Jeden z týmů, který se tímto jevem zabývá, je kolektiv z Yalské Univerzity pod vedením Ashley Gaerhardtové. Členové tohoto týmu jsou autoři dotazníku YFAS, který byl v této diplomové práci použit ve výzkumu (Gearhardt et al., 2009). Výzkumy týkající se tématu závislosti na jídle daly za vznik dvěma hypotézám. Jedna z nich předpokládá, že vysoká koncentrace přidaných cukrů, tuků, solí a kofeinu v potravinách může působit návykově. Tyto přísady se v potravinách objevují stále častěji, což má za efekt zvyšování jejich potencionálního efektu na vznik závislosti (Ifland et al., 2009). Druhá hypotéza předpokládá, že agonistické působení slaných jídel na opiátové a dopaminové receptory v mozku může způsobovat přejídání a přibývání na váze (Cocores et al., 2009).

Výzkumy dokazují, že existuje něco jako závislost na jídle, protože potraviny mohou na mozek působit stejně, jako jiné návykové látky. Kritéria, pomocí nichž lze stanovit závislost na drogách, se mohou stejně využít při diagnostice závislosti na jídle. Na tomto základě byl pak vytvořen dotazník YFAS, zkoumající právě onu závislost na jídle. Otázky, které obsahuje, pak korespondují s diagnostickými kritérii stejnými, jako najdeme v DSM IV. (Gearhardt et al., 2009).

Tato kritéria pro závislost byla jasně popsána v souvislosti se závislostí na jídle. Například tolerance se může projevovat tak, že nejprve jíme jednu potravinu. Pak ale dojde k tomu, že v určitém časovém období už nespíme této potraviny jeden kus, ale kusů více, což se může stupňovat. Pokud pak konzumaci této potraviny snížíme, můžou se objevit abstinенční příznaky, které se projeví nepříjemnými fyzickými pocity. Dalším kritériem je konzumace velkého množství po delší dobu, což lze na vybranou potravinu také snadno aplikovat. Pokud se objeví pokusy přestat onu potravinu konzumovat, opět můžeme mluvit o dalším kritériu, které závislost definuje. Pokud bychom konzumaci potravin chtěli spojit s dalším kritériem, a to ztrátou zájmu, může se projevit tak, že osoba raději konzumuje potraviny, než aby se věnovala svým zájmům nebo přátelům. Poslední kritérium závislosti je konzumace i přes problémy, které z ní vyplývají. To se může projevit pokračováním konzumací potravin i přes obezitu, případně psychické obtíže. Těmito obtížemi může být například úzkost (Corwin et al., 2009).

2.4.4 Působení návykových potravin na CNS

Návykové složky potravin, tedy cukr, sůl a tuk (tučné a mastné potraviny či přísady potravin) jsou v anglicky mluvících zemích označovány jako „palatable food“. Výzkumy prokázaly, že tyto potraviny mohou způsobit závislost. Mají totiž vliv na vylučování dopaminu v mozku, v oblasti, která má na starost pocity libosti, euforie a takzvané odměny. Mají tedy stejný účinek, jako návykové látky (Spangler et al., 2004).

Kromě stejného působení těchto potravin na mozek, mají tyto potraviny s návykovými látkami společnou ještě další věc. Pokud je jejich konzumace omezena, začnou se u osoby objevovat abstinенční příznaky. Stejný abstinенční syndrom prožívají osoby závislé na návykových látkách. Ovlivnění mozku, které tyto potraviny způsobují, by

se nemělo brát na lehkou váhu. I potraviny mohou být nebezpečné, především může docházet ke zdravotním problémům a vzniku obezity (Avena et al., 2008).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem **výzkumu** je zjistit, jaké jsou stravovací zvyklosti osob léčících se ze závislosti na alkoholu během pobytu ve vybraných psychiatrických nemocnicích, jak tedy ovlivňuje vysazení alkoholu nutriční návyky. **Další cíl** má za úkol zjistit, jak se liší stravovací návyky u respondentů před nástupem do léčby a po nástupu do léčby. **Cílem je také** popsat vztah mezi stravovacími zvyklostmi a socio-demografickými údaji, jako jsou pohlaví, věk, výše dosaženého vzdělání a měsíční příjem. **Dílčí cíl** výzkumu je zmapovat výsledky dotazníku Yalské škály závislosti na jídle u osob léčících se v psychiatrické nemocnici ze závislosti na alkoholu.

3.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na hlavní cíl byly vytvořeny dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký je příjem jednotlivých živin u respondentů během pobytu v psychiatrické nemocnici?
2. Jaké jsou rozdíly mezi stravovacími návyky osob léčících se ze závislosti na alkoholu v období před léčbou a v léčbě?
3. Existuje vztah mezi socio-demografickými údaji (pohlaví, věk, výše dosaženého vzdělání, měsíční příjem) a stravovacími zvyklostmi?
4. Jak velké procento osob léčících se ze závislosti na alkoholu během pobytu v psychiatrické nemocnici splňuje kritéria dle dotazníku Yalské škály závislosti na jídle?

4 METODIKA

4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl získán pomocí účelového - záměrného výběru, aby byli vybráni jen ti respondenti, kteří odpovídají kritériím výzkumu. Tato kritéria byla stanovena před samým výzkumem. Prvním kritériem **je aktuální pobyt respondentů v psychiatrické nemocnici, konkrétně na protialkoholním oddělení se základní diagnózou F 10.2**, další kritérium pak **souhlas s účastí ve výzkumu**. Výzkum byl proveden na 61 respondentech.

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2013 celkem 1368 lůžek pro AT pacienty v psychiatrických léčebnách pro dospělé. Pacientů, léčených v roce 2013 pro poruchy vyvolané alkoholem (F10) bylo celkem 26 459. Celkem 3 nemocnice měly AT psychiatrická oddělení nebo pracoviště. V seznamu psychiatrických léčeben v ČR pro dospělé z roku 2013 bylo uvedeno celkem 18 položek (ÚZSI, 2015).

Oslovila jsem desítku psychiatrických nemocnic sídlících v ČR s otázkou, zda bych u nich mohla svůj výzkum provádět. Kladnou odpověď jsem dostala z Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a Psychiatrické kliniky - Léčebny návykových nemocí Nechanice, zde byl výzkum poté realizován

Jak uvádí Mravčík (2013), složení pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2012 se základní diagnózou F10 bylo 68 % mužů a 32 % žen. Aby byla zachována struktura rozložení pohlaví v psychiatrických lůžkových zařízeních, tvoří výzkumný soubor ze 2/3 muži a z 1/3 ženy.

4.2 Použité metody výzkumu

4.2.1 Metoda získávání dat

Data do výzkumu byla sbírána skupinou nástrojů složenou z 3 dotazníků, viz. Příloha č. 1. Všechny dotazníky k sobě byly pevně spojeny, aby nedošlo k jejich nesprávnému spárování. Prvním je Škála závislosti na alkoholu – Alcohol Dependency Scale - **ADS** pro potvrzení stanoveného kritéria respondentů, a to základní diagnózy F 10.2. (Skinner et al., 1982). Do výzkumu byli zahrnuti pouze pacienti s diagnózou F 10.2. bez komorbidit.

Dále byl použit Frekvenční potravinový dotazník - **FFQ**, který zjišťuje frekvence příjmu jednotlivých potravinových skupin během určitého období, jehož výsledkem jsou semikvantitativní údaje o jednotlivých položkách stravy. Pomocí poměru jednotlivých položek je pak možné charakterizovat stravovací zvyklosti respondenta (Svačina, 2008). Tento dotazník byl použit dvakrát. Poprvé se ptal na období posledních 12 měsíců před nástupem do léčby, podruhé na období v léčbě.

Třetím dotazníkem, který byl pro výzkum použit, je Yalská škála závislosti na jídle **YFAS**, který slouží jako nástroj pro zjišťování kritérií závislosti na jídle stanovených tímto dotazníkem. Použita byla jeho česká verze, kterou přeložila Stará (2013) s upraveným časovým obdobím, na které se ptá, protože standardní dotazník YFAS zjišťuje kritéria za posledních 12 měsíců. Pro potřeby mého výzkumu byly zapotřebí pouze údaje týkající se pobytu respondentů v léčbě, tj. 3-5 týdnů zpět od data vyplnění dotazníku.

Součástí dotazníku YFAS jsou i **sociodemografické údaje** (pohlaví, věk, vzdělání, výše příjmu), které byly také při zpracování dat využity.

Dotazníky byly respondentům předány v papírové formě, jelikož respondenti nemají během léčby možnost využívat online služby. Doba pro vyplnění dotazníku byla stanovena na období po prvním měsíci léčby (+ - jeden týden). Dotazníky byly respondentům předávány mojí osobou přímo v PN. Výzkum probíhal od prosince 2014 až do září 2015. Při předávání jsem jim podávala základní informace o výzkumu, poučila o dobrovolnosti a anonymitě a zodpovídala případné dotazy týkající se nejasností. Pro získání dostatečného množství dat jsem musela provádět opakované návštěvy zhruba po měsíci, aby byli respondenti zachyceni právě v období 3-5 týdnů od nástupu do léčby. Tento požadavek byl klientům také vysvětlen a pro jeho zachycení slouží úvodní strana mého dotazníku, kam respondenti psali datum nástupu do léčby a datum vyplnění dotazníku.

4.2.2 Analýza dat

Odpovědi z ADS byly analyzovány podle stupnice a poté přiřazeny do tabulky. Do výzkumu byli zařazeni pouze ti respondenti, kteří dle ADS vykazovali diagnózu závislost na alkoholu. Samotné výsledky z ADS do výzkumu zařazeny nebyly. Sloužily pouze k ověření výzkumného souboru.

Oba frekvenční potravinové dotazníky jsem vyhodnotila pomocí matematických výpočtů, kterými byl zjištěn průměrný denní počet porcí u každé skupiny potravin. Výsledky dotazníku FFG z obou období se pak mezi sebou porovnávaly, aby došlo ke zjištění, jaké jsou rozdíly mezi stravovacími návyky osob léčících se ze závislosti na alkoholu v období před léčbou a v léčbě.

Dotazníky YFAS byly vyhodnoceny podle manuálu na vyhodnocení a dále zpracovány v programu Microsoft Excel.

Všechny dotazníky jsem okódovala a spárovala, abych mohla jednotlivá data mezi sebou porovnávat. V programu Microsoft Excel jsem vytvořila kontingenční tabulku, do které jsem zadala veškerá data získaná v dotaznících. Data jsem měla okódována tak, abych mohla z celého výzkumného souboru vybrat například pouze respondenty mající určitou vlastnost, například pohlaví, věk či příjem.

Získaná data jsou prezentována ve formě tabulek a grafů. Vyhodnocení dat proběhne pomocí popisné statistiky. Výsledky budou v absolutních číslech či v kombinaci s procenty.

4.2.3 Etické aspekty práce

Během studie je třeba myslet i na ochranu účastníků výzkumu. Byly proto dodržovány základní etické principy:

První etickou normou je informovaný souhlas klientů s účastí na studii. Účastníci výzkumu byli seznámeni s jeho obsahem, bylo jim vysvětleno, jak bude studie probíhat, že je účast dobrovolná a že mohou od studie odstoupit za jakéhokoliv důvodu. Informovaný souhlas byl písemný (viz Příloha č. 2) a byl v souladu se zákonem 101/2000 Sb.

Dále bylo chráněno soukromí a osobní údaje účastníků. Cílem této normy je zachovávat mlčenlivost a důvěrnost informací. Tím se zamezí možnosti identifikovat účastníky výzkumu. Zpracování dat bylo anonymní a bylo omezeno účelem výzkumu.

Další etická norma, která byla při výzkumu dodržována, je ochrana před újmou či poškozením účastníků studie. Studie byla provedena tak, aby nedošlo k hmotné, duševní ani žádné jiné újmě. Pro případ, že by došlo během vyplňování dotazníků k nepříjemným pocitům nebo bažení, měli respondenti vzhledem k místu realizace studie k dispozici vždy

odborného pracovníka, který jim byl v případě objevení problému nápomocen nastalou situací řešit. V případě nepříjemných pocitů měli účastníci výzkumu také možnost kdykoliv odstoupit (Miovský, 2006).

4.2.4 Problematická místa ve výzkumu

Vzhledem k výzkumnému souboru a použitým dotazníkům jsem během výzkumu narazila na určité body, které mohou jeho výsledky zkreslovat. U Frekvenčního potravinového dotazníku jsem zkoumala stravovací návyky jak aktuální, tak stravovací návyky respondentů před nástupem do léčby. Právě u nich mohlo dojít ke zkreslení, protože si respondenti nemuseli své stravovací zvyklosti pamatovat naprosto přesně. Paměť mohla být ovlivněna jak časem, tak vysokou konzumací alkoholu.

Co se týče dotazníku YFAS, u něj mohlo dojít ke zkreslení vzhledem k pokládaným otázkám. Ptala jsem se totiž na stravovací návyky v průběhu léčby, a některé otázky dotazníku jsou samotným pobytem v psychiatrické nemocnici vyloučené. Jedná se například o otázku číslo 11, která zní *„V průběhu léčby se mi stalo, že jsem se nemohl/a účastnit různých pracovních a společenských akcí (rauty apod.), protože jsme nebyl/a schop/na mezi tolika lidmi konzumovat určité potraviny.“* Vzhledem k tomu, jaká pravidla jsou v psychiatrických nemocnicích nastavena, nepředpokládám, že by pacienti vůbec měli šanci se takových akcí účastnit. Dotazník YFAS je původně určen pro běžnou populaci, takže otázky jsou nastaveny takto a v případě mého výzkumu tedy díky tomu mohlo dojít ke zkreslení.

5 VÝSLEDKY

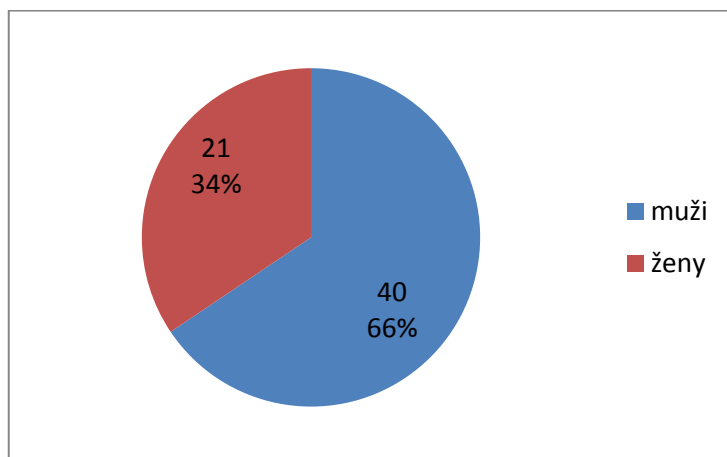
5.1 Popis výzkumného souboru

V období prosinec 2014 až září 2015 jsem oslovila pacienty Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a Léčebny návykových nemocí Nechanice, z nichž se celkem 61 zúčastnilo výzkumu. Výzkumu se zúčastnili jak muži, tak ženy a to v poměru 40 (66 %) ku 21 (34 %).

Co se týče věku, 7 respondentů (11 %) bylo ve věku 18 až 29 let, 31 respondentů (51 %) bylo ve věku 30 - 44 let, 22 respondentů (36 %) ve věku 45 až 59 let a 1 (2 %) respondent ve věku 60 až 74 let. Nikdo starší se výzkumu nezúčastnil. 36 respondentů (59 %) bylo z PN Havlíčkův Brod, 25 (41 %) z LNN Nechanice.

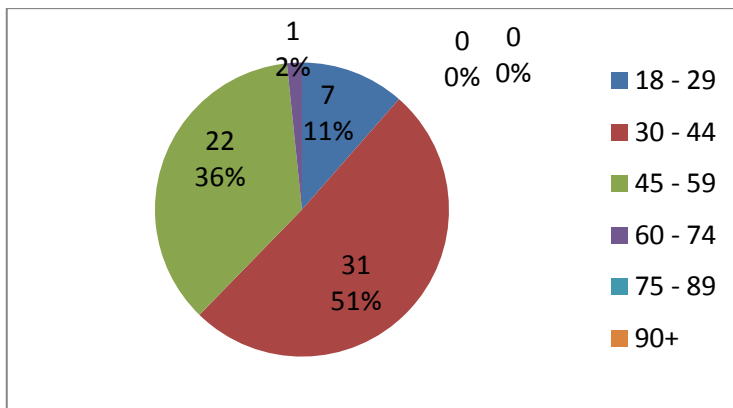
Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u 11 respondentů (18 %) ZŠ, u 19 respondentů (31 %) SŠ bez maturity, u 23 (38 %) SŠ s maturitou a u 8 (13 %) VŠ. Co se týče příjmu, 23 respondentů (38 %) uvedlo měsíční příjem do 10 000 Kč, 21 respondentů (34 %) do 20 000 Kč, 14 respondentů (23 %) do 30 000 Kč, 2 respondenti (3 %) do 40 000 Kč a 1 respondent (2 %) uvedl měsíční příjem ještě vyšší.

Graf č. 1: Rozdělení souboru dle pohlaví



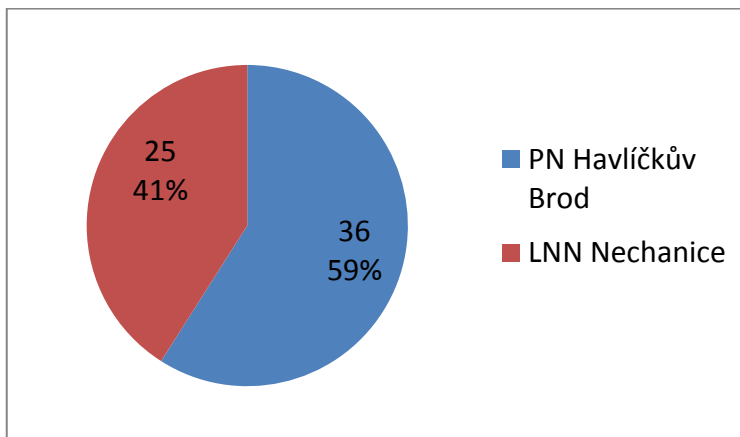
Zdroj dat: Vlastní výpočty

Graf č. 2: Rozdělení souboru dle věku



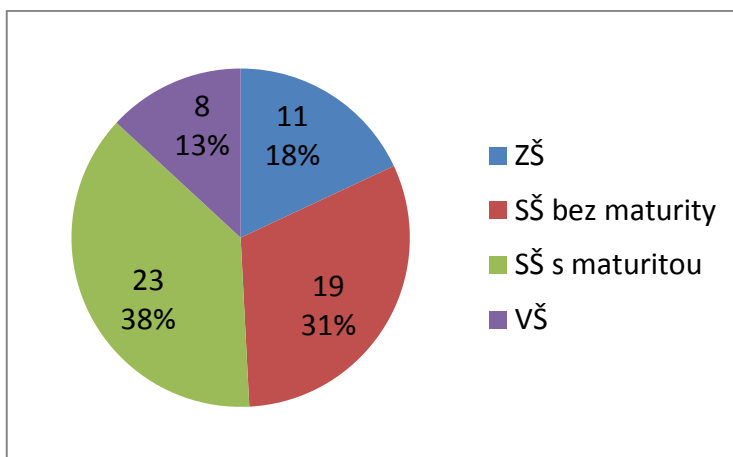
Zdroj: Vlastní výpočty

Graf č. 3: Rozdělení souboru dle psychiatrické nemocnice



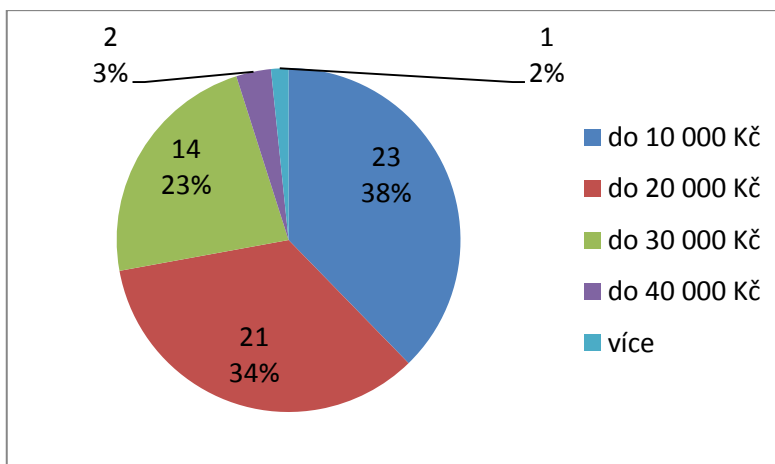
Zdroj: Vlastní výpočty

Graf č. 4: Rozdělení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání



Zdroj: Vlastní výpočty

Graf č. 5: Rozdělení souboru dle výše měsíčního příjmu



Zdroj: Vlastní výpočty

5.2 Výsledky výzkumu

Tabulka č. 1: Stravovací zvyklosti všech pacientů

Skupina potravin	Doporučený počet porcí	Průměrný počet porcí před léčbou	Procentuální vyjádření PPP před léčbou	Průměrný počet porcí během léčby	Procentuální vyjádření PPP během léčby
Obiloviny	4,5	2,63	58%	2,66	59%
Zelenina	4	1,5	38%	1,3	33%
Ovoce	3	0,92	31%	0,82	27%
Zdroje bílkovin	2	1,81	91%	1,24	62%
Mléko a ml. výrobky	2,5	1,39	56%	0,96	38%
Ostatní	0,5	2,15	430%	1,51	302%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka č. 1 nám ukazuje, jaké jsou stravovací zvyklosti pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu během léčby, jaké byly jejich stravovací zvyklosti v průběhu 12 měsíců před nástupem do léčby a doporučený počet porcí jednotlivých skupin potravin podle doporučení Potravinářské komory ČR (2012). Z tabulky vidíme, že ani před léčbou, ani během léčby u respondentů nedocházelo ke konzumaci doporučených počtů porcí (až na skupinu ostatní, které se budu věnovat dále). Zajímavý je fakt, že u 4 z 5 základních skupin živin nedošlo po nástupu na léčbu ke zlepšení stravovacích návyků, tedy že by se průměrný počet porcí v % více přiblížil ke 100 %.

Jediná skupina potravin, u které jsem zaznamenala nárůst a tedy zlepšení, jsou obiloviny. Jejich počet se však zvedl pouze o 1 %, což považuji za zanedbatelné. Konzumace obilovin, zeleniny a ovoce jak před léčbou, tak během léčby, se příliš nezměnila. V léčbě respondenti konzumovali 59 % doporučeného množství obilovin, 33 % doporučeného množství zeleniny a pouze 27 % doporučeného množství ovoce.

Co se týče konzumace mléka a mléčných výrobků a pak skupiny potravin pojmenované jako zdroje bílkovin (která obsahuje kromě masa luštěniny, ryby a vejce) došlo během léčby k poklesu. Zatímco před léčbou si zdroje bílkovin vedly podstatně dobře, jejich konzumace dosahovala 91 % doporučených porcí, během léčby číslo kleslo na 62 %. Mléčné výrobky také klesly z 56 % na 38 %.

Co se týče konzumace potravin ze skupiny ostatní, kde byly zařazeny sladké a slané pochutiny a slazené nápoje, i zde jejich konzumace během léčby oproti období před léčbou klesla. Názory na doporučený denní počet porcí se různí, tato skupina však nedoplňuje

základní živiny a lidský organismus se bez nich dokáže snadno obejít, stanovila jsem doporučený počet porcí pouze na 0,5 porce denně. Skupina potravin ostatní klesla z průměrného denního počtu porcí 2,15 před léčbu na 1,51 porce během léčby, v procentech ze 430 % doporučené porce na 302 %. I když vidíme klesající tendenci, stále můžeme mluvit o nadbytečném příjmu.

Tabulka č. 2: Stravovací zvyklosti pacientů v PN Havlíčkův Brod

Skupina potravin	Doporučený počet porcí	Průměrný počet porcí před léčbou	Procentuální vyjádření PPP před léčbou	Průměrný počet porcí během léčby	Procentuální vyjádření PPP během léčby
Obiloviny	4,5	2,24	50%	2,29	51%
Zelenina	4	1,29	32%	1,34	34%
Ovoce	3	0,71	24%	0,93	31%
Zdroje bílkovin	2	1,71	86%	1,03	52%
Mléko a ml. výrobky	2,5	0,96	38%	0,95	38%
Ostatní	0,5	1,76	352%	1,46	292%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka č. 3: Stravovací zvyklosti pacientů v LNN Nechanice

Skupina potravin	Doporučený počet porcí	Průměrný počet porcí před léčbou	Procentuální vyjádření PPP před léčbou	Průměrný počet porcí během léčby	Procentuální vyjádření PPP během léčby
Obiloviny	4,5	3,01	67%	3,07	68%
Zelenina	4	1,75	44%	1,19	30%
Ovoce	3	1,19	40%	0,64	21%
Zdroje bílkovin	2	1,88	94%	1,48	74%
Mléko a ml. výrobky	2,5	1,97	79%	0,94	38%
Ostatní	0,5	2,62	524%	1,52	304%

Zdroj: Vlastní výpočty

V tabulce č. 2 a 3 jsou výsledky frekvenčního potravinového dotazníku rozděleny podle psychiatrické nemocnice, ve které byl výzkum realizován. Během léčby konzumovali respondenti v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod (dále jen PNN HB) 51 % doporučeného počtu porcí (dále jen DPP) obilovin, v Léčebně návykových nemocí Nechanice (dále jen LNN N) to bylo 68 % DPP. Konzumace zeleniny dosahovala v PN HB 34 %, v LNN N 30 %. Co se týče ovoce, čísla jsou 31 % DPP v PN HB a 21 % v LNN N. Zdroje bílkovin konzumovali v PN HB na úrovni 51 % DPP, v LNN N na 74 %. U mléka

a mléčných výrobků dosáhla konzumace 38 % jak v PN HB, tak v LNN N. Konzumace potravin ze skupiny ostatní dosahovala v PN HB 292 % DPP, v LNN N 304 % DPP.

Co se týče výrazných změn DPP před léčbou a během léčby, v PN HB se o 7 % zvýšila konzumace ovoce, o 34 % klesla konzumace bílkovin a o 60 % klesla konzumace ostatních potravin. V LNN N klesla o 14 % konzumace zeleniny, o 19 % klesla konzumace ovoce, o 20 % klesla konzumace bílkovin, o 41 % klesla konzumace mléka a mléčných výrobků a o 220 % klesla konzumace ostatních potravin.

Tabulka č. 4: Stravovací zvyklosti pacientů podle pohlaví

Skupina potravin	Doporučený počet porcí	Průměrný počet porcí před léčbou		Procentuální vyjádření PPP před léčbou		Průměrný počet porcí během léčby		Procentuální vyjádření PPP během léčby	
		ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
Obiloviny	4,5	2,28	2,75	51%	61%	2,22	2,82	49%	63%
Zelenina	4	1,76	1,33	44%	33%	1,63	1,09	41%	27%
Ovoce	3	0,92	0,91	31%	30%	1,31	0,55	44%	18%
Zdroje bílkovin	2	1,12	2,13	56%	107%	1,36	1,14	68%	57%
Mléko a ml. výrobky	2,5	1,02	1,56	41%	62%	1,24	0,79	50%	32%
Ostatní	0,5	1,37	2,51	274%	502%	1,34	1,56	268%	312%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka číslo 4 ukazuje výsledky FFQ rozdělené podle pohlaví. Během léčby konzumovali ženy 49 % a muži 63 % DPP obilovin (ženy o 14 % méně), ženy 41 % a muži 27 % DPP zeleniny (muži o 14 % méně), ženy 44 % a muži 18 % DPP ovoce (muži o 26 % méně), ženy 68 % a muži 57 % DPP bílkovin (muži o 11 % méně), ženy 50 % a muži 32 % mléka a mléčných výrobků (muži o 18 % méně) a ženy 268 % a muži 312 % DPP ostatních potravin (muži o 44 % více). Výraznou změnu ve stravování mezi obdobími před léčbou a během léčby lze pozorovat u ovoce, kdy u žen konzumace vzrostla o 13 % a u mužů klesla o 12 % DPP, dále u bílkovin, kdy u žen DPP o 12 % stoupl a u mužů o 50 %

klesl, dále u mléka a mléčných výrobků, kdy u žen DPP o 9 % stoupl a u mužů o 30 % klesl. DPP skupiny ostatní u žen klesl pouze o 6 % a u mužů klesl o 190 %.

Tabulka č. 5: Stravovací zvyklosti pacientů před léčbou podle věku

Skupina potravin + doporučený počet porcí		Průměrný počet porcí před léčbou				Procentuální vyjádření PPP před léčbou			
		18 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 74	18 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 74
Obiloviny	4,5	3,75	2,48	2,42	1,53	83%	55%	54%	34%
Zelenina	4	2	1,32	1,59	0,27	50%	33%	40%	7%
Ovoce	3	0,45	1,05	0,83	1,13	15%	35%	28%	38%
Zdroje bílkovin	2	2,36	1,64	1,86	0,6	118%	82%	93%	30%
Mléko a ml. výrobky	2,5	2,27	0,99	1,55	3,03	91%	40%	62%	121%
Ostatní	0,5	4,42	2,19	1,3	1,47	884%	438%	260%	294%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka č. 6: Stravovací zvyklosti pacientů během léčby podle věku

Skupina potravin + doporučený počet porcí		Průměrný počet porcí během léčby				Procentuální vyjádření PPP během léčby			
		18 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 74	18 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 74
Obiloviny	4,5	3,16	2,75	2,29	1,47	70%	61%	51%	33%
Zelenina	4	1,49	1,27	1,26	0,47	37%	32%	32%	12%
Ovoce	3	0,27	0,86	0,94	0,4	9%	29%	31%	13%
Zdroje bílkovin	2	1,43	1,31	1,03	0,87	72%	66%	52%	44%
Mléko a ml. výrobky	2,5	0,84	0,98	0,83	2,97	34%	39%	33%	119%
Ostatní	0,5	1,94	1,79	0,91	1,2	388%	358%	182%	240%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka 5 a 6 porovnává výsledky FFQ podle věku. Co se týče období během léčby, lze pozorovat trend ve snižování zkonsumovaného množství DPP s klesajícím věkem. Oproti jiným věkovým kategoriím lze u té nejmladší pozorovat nízkou konzumaci ovoce a naopak vysokou konzumaci potravin ze skupiny ostatní. Výrazné číslo můžeme vidět u věkové kategorie 60 až 74 u mléka a mléčných výrobků, kde máme 119 % DPP.

Tabulka č. 7: Stravovací zvyklosti pacientů před léčbou podle vzdělání

Skupina potravin + doporučený počet porcí		Průměrný počet porcí před léčbou				Procentuální vyjádření PPP před léčbou			
		ZŠ	SŠ	SŠ s mat.	VŠ	ZŠ	SŠ	SŠ s mat.	VŠ
Obiloviny	4,5	1,94	2,71	2,63	3,08	43%	60%	58%	68%
Zelenina	4	1,04	1,35	1,6	2,02	26%	34%	40%	51%
Ovoce	3	0,45	0,72	0,93	1,93	15%	24%	31%	64%
Zdroje bílkovin	2	1	1,81	1,71	3,04	50%	91%	86%	152%
Mléko a ml. výrobky	2,5	0,83	1,51	1,17	2,34	33%	60%	47%	94%
Ostatní	0,5	1,51	2,22	2,02	2,98	302%	444%	404%	596%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka č. 8: Stravovací zvyklosti pacientů během léčby podle vzdělání

Skupina potravin + doporučený počet porcí		Průměrný počet porcí během léčby				Procentuální vyjádření PPP během léčby			
		ZŠ	SŠ	SŠ s mat.	VŠ	ZŠ	SŠ	SŠ s mat.	VŠ
Obiloviny	4,5	2,12	3,13	2,34	2,86	47%	70%	52%	64%
Zelenina	4	0,98	1,14	1,6	1,1	25%	29%	40%	28%
Ovoce	3	0,51	0,84	0,88	0,98	17%	28%	29%	33%
Zdroje bílkovin	2	0,76	1,5	1,37	0,72	38%	75%	69%	36%
Mléko a ml. výrobky	2,5	0,79	0,9	1,08	0,85	32%	36%	43%	34%
Ostatní	0,5	1,65	1,51	1,63	0,8	330%	302%	326%	160%

Zdroj: Vlastní výpočty

V tabulce 7 a 8 vidíme stravovací zvyklosti pacientů rozlišené podle nejvyššího dosaženého vzdělání. U konzumace obilovin se nejbližší DPP blíží absolventi SŠ se 70 % a absolventi VŠ s 64 %. U zeleniny jsou to absolventi SŠ s maturitou s 40 %, u ovoce absolventi VŠ s 33 %, u bílkovin jsou to absolventi SŠ se 75 % a absolventi SŠ s maturitou s 69 %. U konzumace mléka a mléčných výrobků se nejvíce blíží absolventi SŠ

s maturitou, kteří mají 43 % DPP. Potraviny ze skupiny ostatní konzumují nejstřídměji absolventi VŠ, a to v množství 160 % DPP. Absolventi ZŠ ani u jedné ze skupin potravin neměli nejlepší % DPP. Před nástupem do léčby se nejlépe stravovali absolventi VŠ, kteří u všech skupin potravin dosahovali nejlepších hodnot DPP. Výjimku tvořila pouze skupina potravin ze skupiny ostatní, kde naopak absolventi VŠ vykazovali nejhorší %.

Tabulka č. 9: Stravovací zvyklosti pacientů před léčbou podle měsíčního příjmu v tisících korunách

Skupina potravin + doporučený počet porcí		Průměrný počet porcí před léčbou					Procentuální vyjádření PPP před léčbou				
		do 10	do 20	do 30	do 40	40+	do 10	do 20	do 30	do 40	40+
Obiloviny	4,5	2,68	2,32	2,67	0,87	8,6	60%	52%	59%	19%	191%
Zelenina	4	1,67	1,14	1,66	2,13	0,33	42%	29%	42%	53%	8%
Ovoce	3	0,6	1,38	0,77	0,2	1,4	20%	46%	26%	7%	47%
Zdroje bílkovin	2	1,61	1,33	2,26	2,13	8	81%	67%	113%	107%	400%
Mléko a ml. výrobky	2,5	1	1,5	1,1	3	7,83	40%	60%	44%	120%	313%
Ostatní	0,5	1,56	1,86	2,98	0,2	12	312%	372%	596%	40%	2400 %

Zdroj: Vlastní výpočty

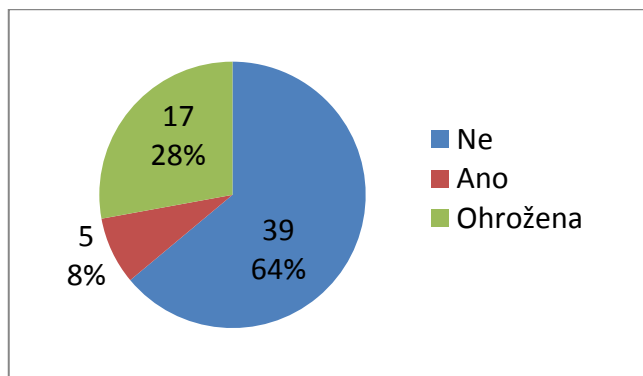
Tabulka č. 10: Stravovací zvyklosti během léčby podle měsíčního příjmu v tisících korunách

Skupina potravin + doporučený počet porcí		Průměrný počet porcí během léčby					Procentuální vyjádření PPP během léčby				
		do 10	do 20	do 30	do 40	40+	do 10	do 20	do 30	do 40	40+
Obiloviny	4,5	2,96	2,05	2,68	2,59	5,67	66%	46%	60%	58%	126 %
Zelenina	4	1,46	1,23	1,13	0,7	1,33	37%	31%	28%	18%	33%
Ovoce	3	1,03	0,79	0,61	0,3	0	34%	26%	20%	10%	0%
Zdroje bílkovin	2	1,38	0,89	1,47	1,17	0,8	69%	45%	74%	59%	40%
Mléko a ml. výrobky	2,5	1,01	1	0,83	0,6	0,27	40%	40%	33%	24%	11%
Ostatní	0,5	1,57	1,42	1,73	0,24	0	314%	284%	346%	48%	0%

Zdroj: Vlastní výpočty

Tabulka 9 a 10 ukazuje výsledky dotazníku FFQ rozdělené podle měsíčního příjmu v korunách. Rozdíly jsou patrné jak mezi kategoriemi příjmu, tak mezi skupinami potravin. Nelze však jednoznačně říci, že by se respondenti s vyšším příjmem stravovali lépe (tzn., že by se více přibližovali 100 % DPP). Ani mezi obdobími před léčbou a obdobími během léčby nejsou výrazné rozdíly, ze kterých by bylo možné usuzovat na nějaký vzorec.

Graf č. 6: Závislost na jídle dle dotazníku YFAS



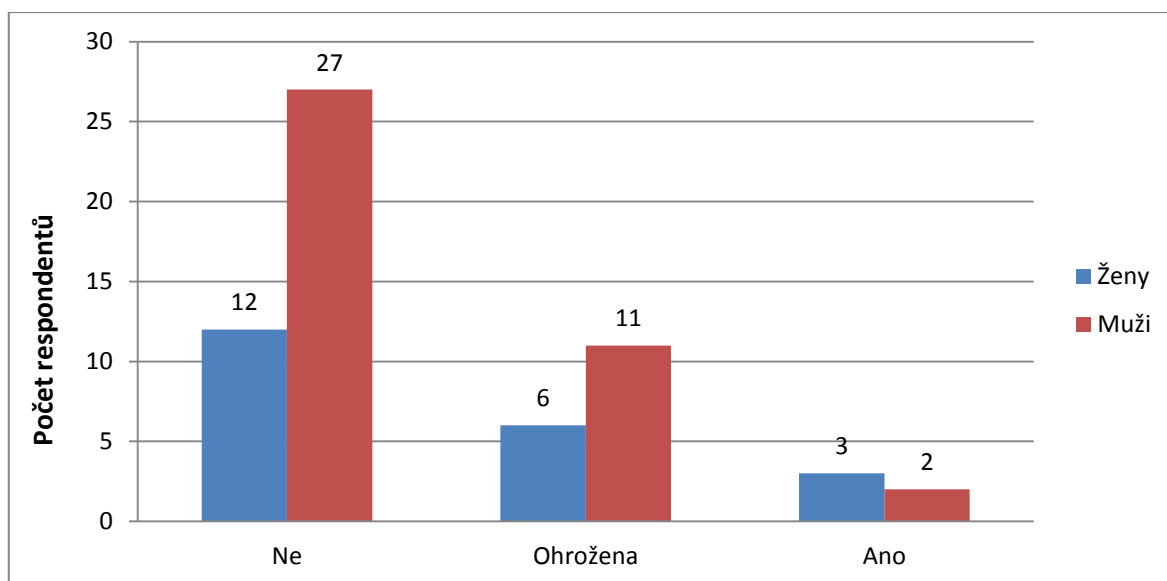
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf číslo 6 se věnuje prevalenci závislosti na jídle podle dotazníku YFAS. Pomocí tohoto dotazníku lze zjistit, zda respondent splňuje kritéria závislosti na jídle (celkem jich je 7) a zda u něj nastala klinická změna. Bylo nutné vyplnit všechny otázky až na č. 26 a 27 a pro stanovení diagnózy závislost na jídle musel respondent vykazovat alespoň 3 ze 7 kritérií a zároveň vykazovat klinickou změnu.

Co se týče výsledků dotazníku YFAS, tak 39 respondentů (64 %) nevykazovalo závislost. Celkem 17 (28 %) respondentů bylo závislostí ohroženo, což znamená, že vykazovali 3 a více kritérií, avšak chyběla klinická změna a celkem 5 (8 %) respondentů bylo podle výsledků dotazníku YFAS závislých na alkoholu.

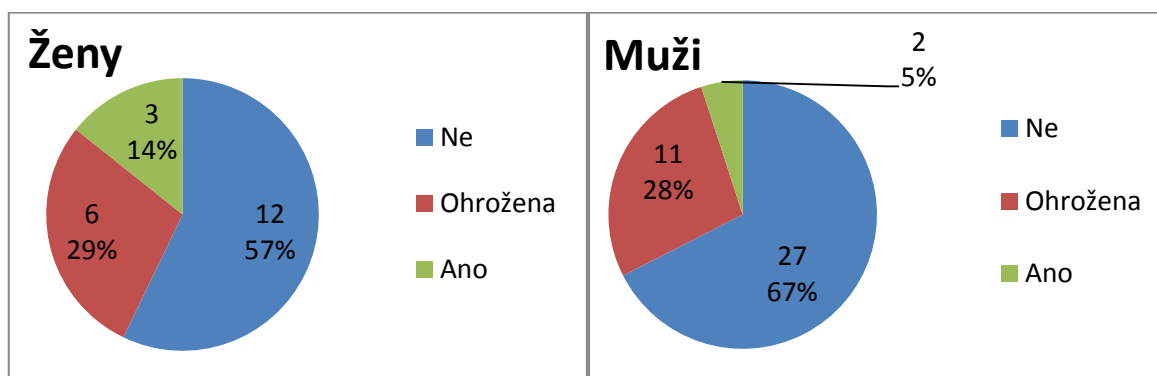
Pokud by se skupiny osob závislostí trpící a závislostí ohrožené sečetly, získali bychom skupinu o 36 %. To je více než 1/3 všech respondentů.

Graf č. 7: Závislost na jídle podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

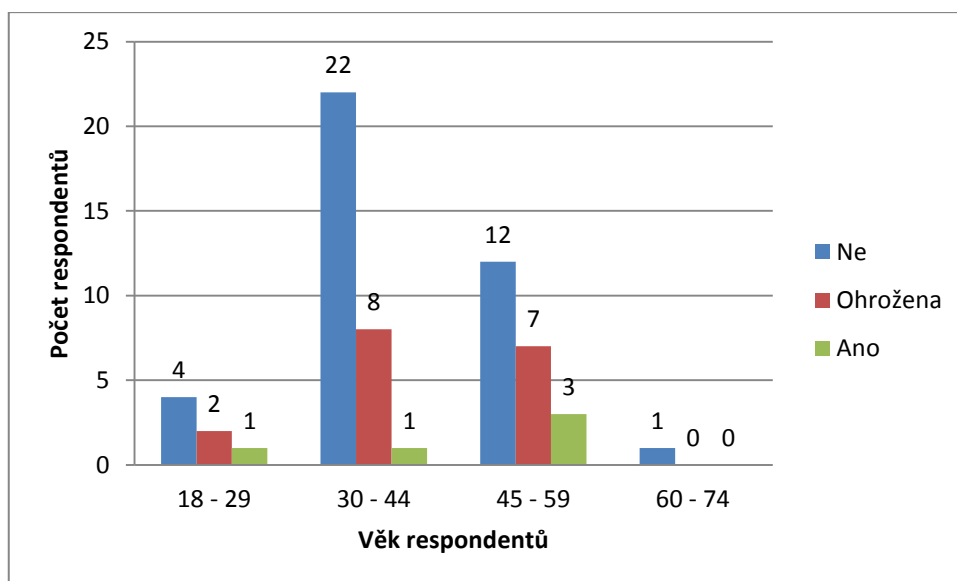
Graf č. 8: Závislost na jídle podle pohlaví – procentuální vyjádření



Zdroj: Vlastní výpočty

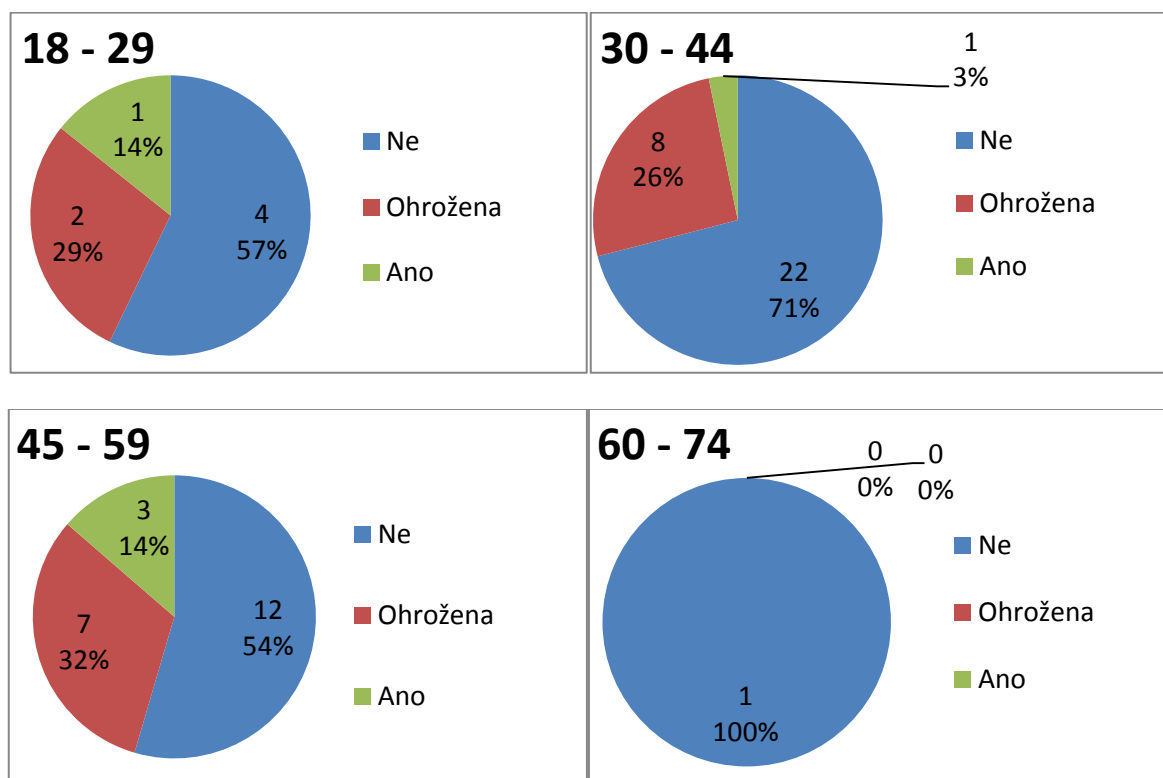
V grafu číslo 7 a 8 vidíme vyobrazení výsledků dotazníku YFAS rozdělených podle pohlaví. Ženy nevykazují závislost z 57 % (celkem 12), 29 % (6) je závislostí ohroženo a celkem 14 % (3) splňují kritéria pro závislost. U mužů je pak počet bez závislosti na jídle 67 % (27), 28 % (11) je závislostí ohroženo a celkem 5 % (2) splňuje kritéria pro závislost. Co se týče žen, které jsou závislostí ohroženy nebo jí lze stanovit, je to 43 % (celkem 9). U mužů je toto číslo ukazující na závislost nebo na ohrožení závislostí na jídle nižší, a to 33 % (13).

Graf č. 9: Závislost na jídle podle věku



Zdroj: Vlastí výpočty

Graf č. 10: Závislost na jídle podle věku – procentuální vyjádření

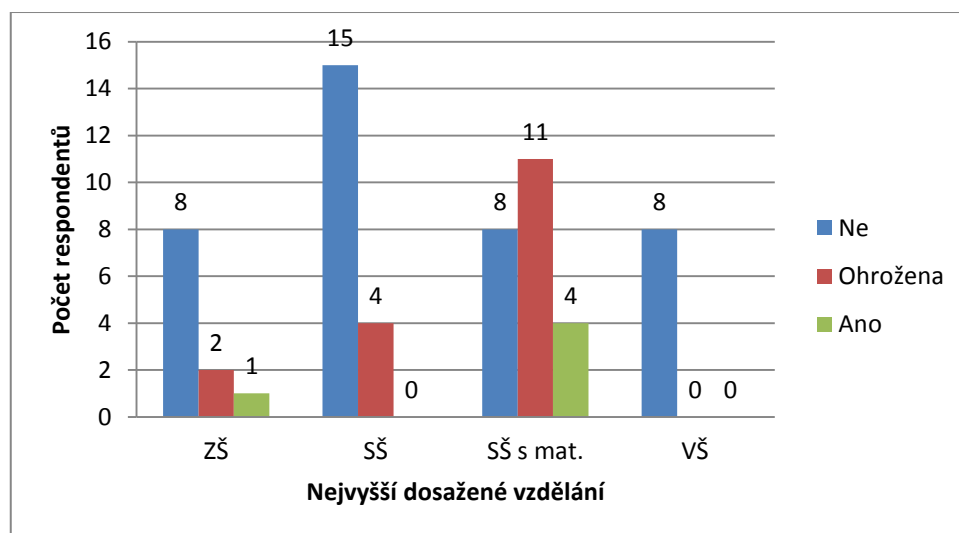


Zdroj: Vlastní výpočty

V grafu číslo 9 a 10 vidíme výsledky dotazníku YFAS v závislosti na věku. Skupina od 18 do 29 let nevykazuje závislost z 57 %, ohroženo je 29 % a 14 % vykazuje

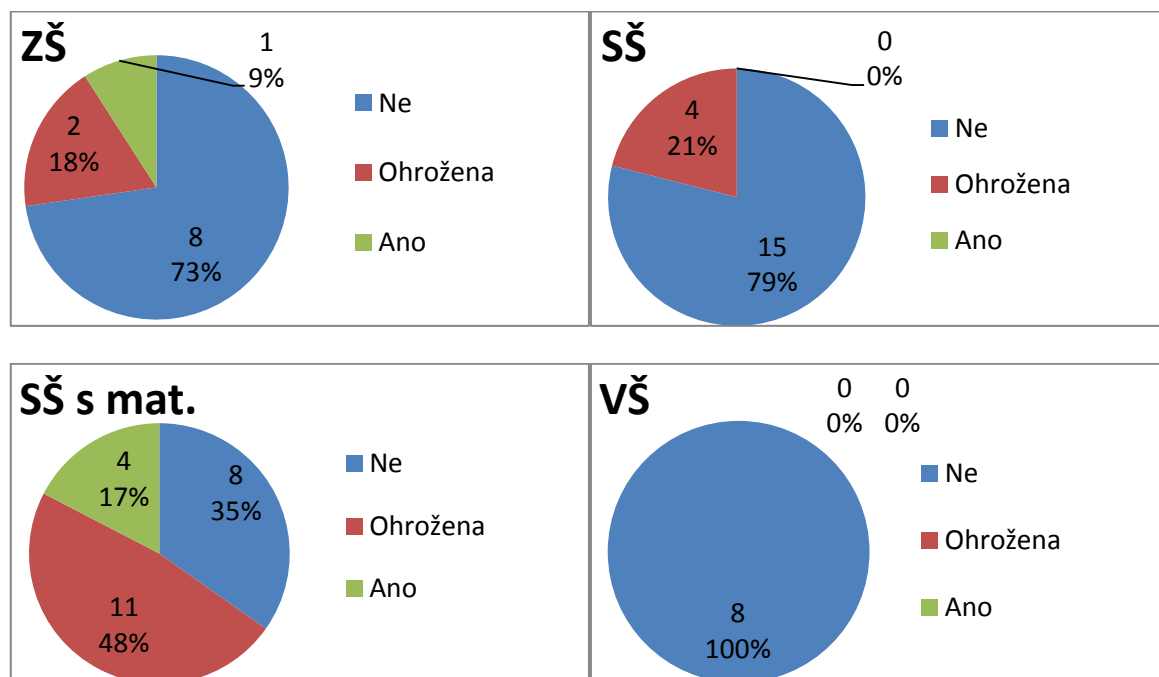
závislost. U skupiny od 30 do 44 let je bez závislosti 71 %, ohroženo 26 % a se závislostí 3 %. Skupina 45 až 59 let má 54 % bez závislosti, 32 % ohrožených závislostí a 14 % se závislostí. Poslední věková skupina, 60 až 74 let, má 100 % bez účasti a musím zdůraznit, že v této kategorii byl pouze 1 respondent.

Graf č. 11: Závislost na jídle podle vzdělání



Zdroj: Vlastní výpočty

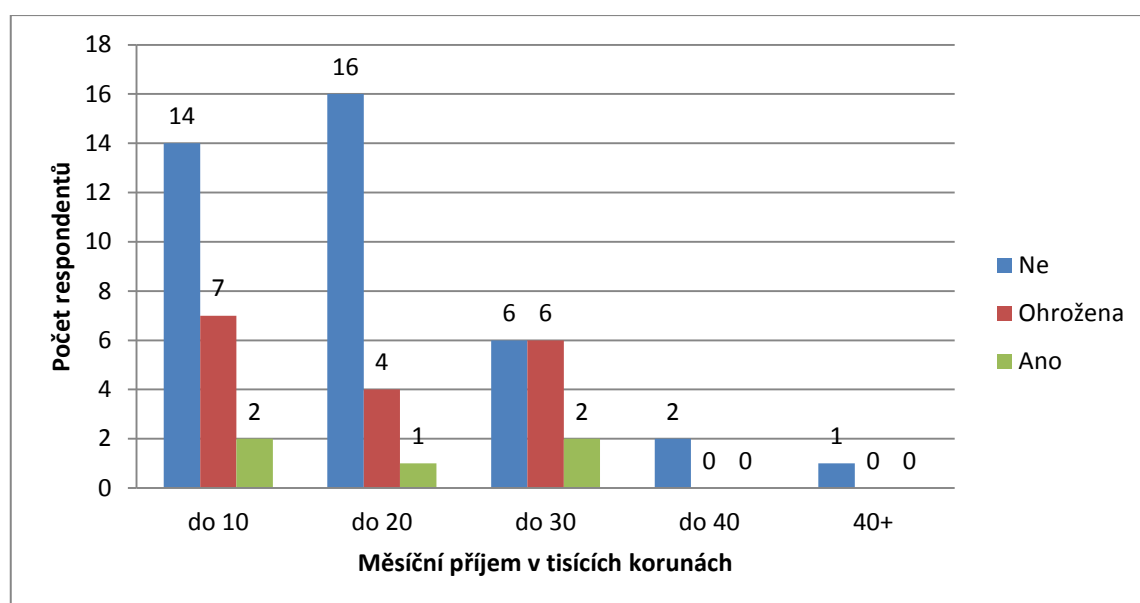
Graf č. 12: Závislost na jídle podle vzdělání – procentuální vyjádření



Zdroj: Vlastní výpočty

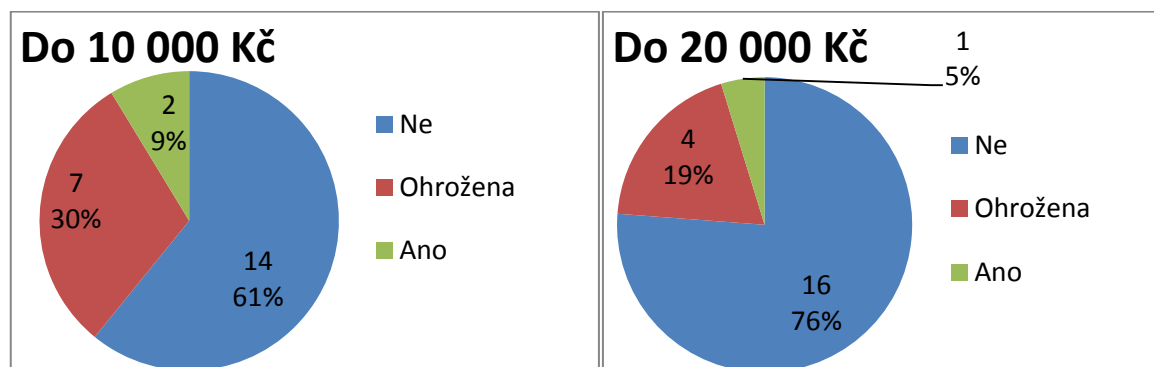
V grafu 11 a 12 máme znázorněny výsledky dotazníku YFAS v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání. Skupina respondentů, která dokončila studium základní školou, ze 78 % nevykazuje závislost na jídle, z 18 % je závislostí ohrožena a 9 % podmínky pro závislost na jídle splňuje. Skupina s dokončeným středoškolským vzděláním ze 79 % nevykazuje závislost a z 21 % je závislostí na jídle ohrožena. Další skupinou respondentů jsou absolventi střední školy s maturitou, kde je 35 % bez závislosti, 48 % je závislostí ohroženo a 17 % je závislost na jídle podle dotazníku YFAS stanovena. Poslední skupinou respondentů jsou absolventi vysoké školy, kde je 100 % bez závislosti.

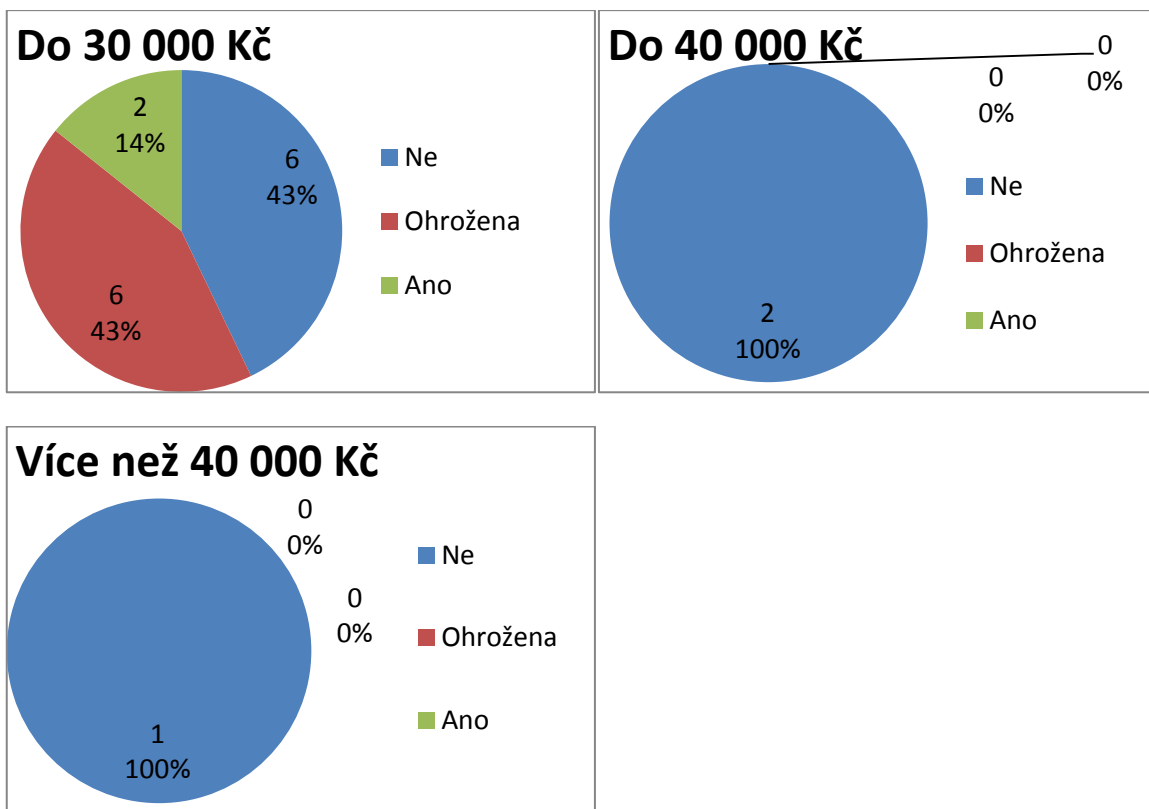
Graf č 13: Závislost na jídle podle příjmu



Zdroj: Vlastní výpočty

Graf č. 14: Závislost na jídle podle příjmu – procentuální vyjádření

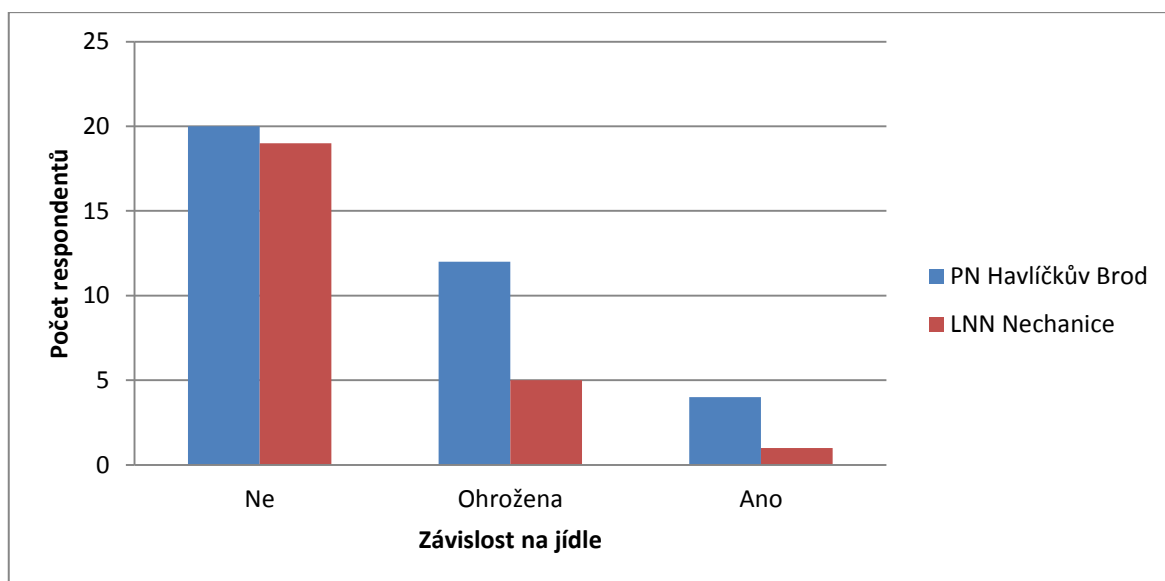




Zdroj: Vlastní výpočty

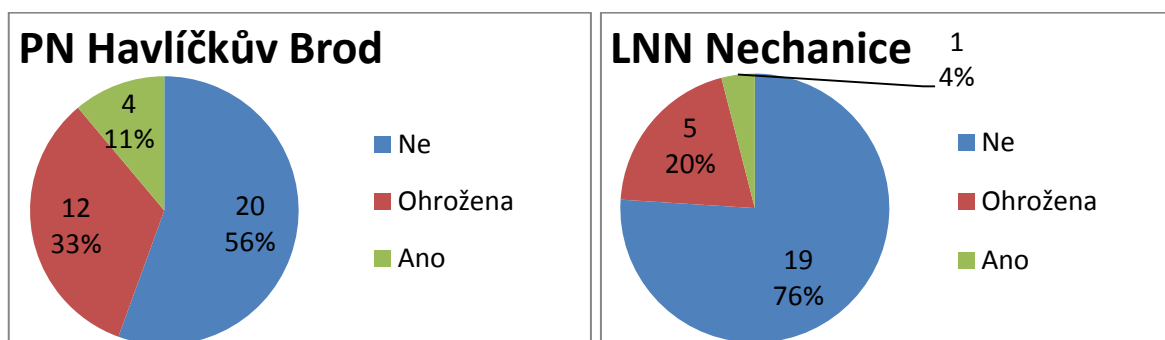
V grafu číslo 13 a 14 vidíme vyobrazení výsledků zkoumání rozdělené podle výše příjmů. Ze skupiny respondentů, která vydělává do 10 000 Kč, je 61 % bez závislosti, 30 % ohroženo závislostí a 9 % se závislostí. U skupiny vydělávající do 20 000 Kč je bez závislosti 76 %, závislostí ohroženo 19 % a se závislostí 5 %. Další skupinou jsou respondenti vydělávající do 30 000 Kč. Zde je 43 % bez závislosti, 43 % ohroženo závislostí a 14 % se stanovenou závislostí. Další dvě skupiny jsou vydělávající do 40 000 Kč a více, zde je shodně 100 % respondentů bez závislosti.

Graf č. 15: Závislost na jídle podle psychiatrické nemocnice



Zdroj: Vlastní výpočty

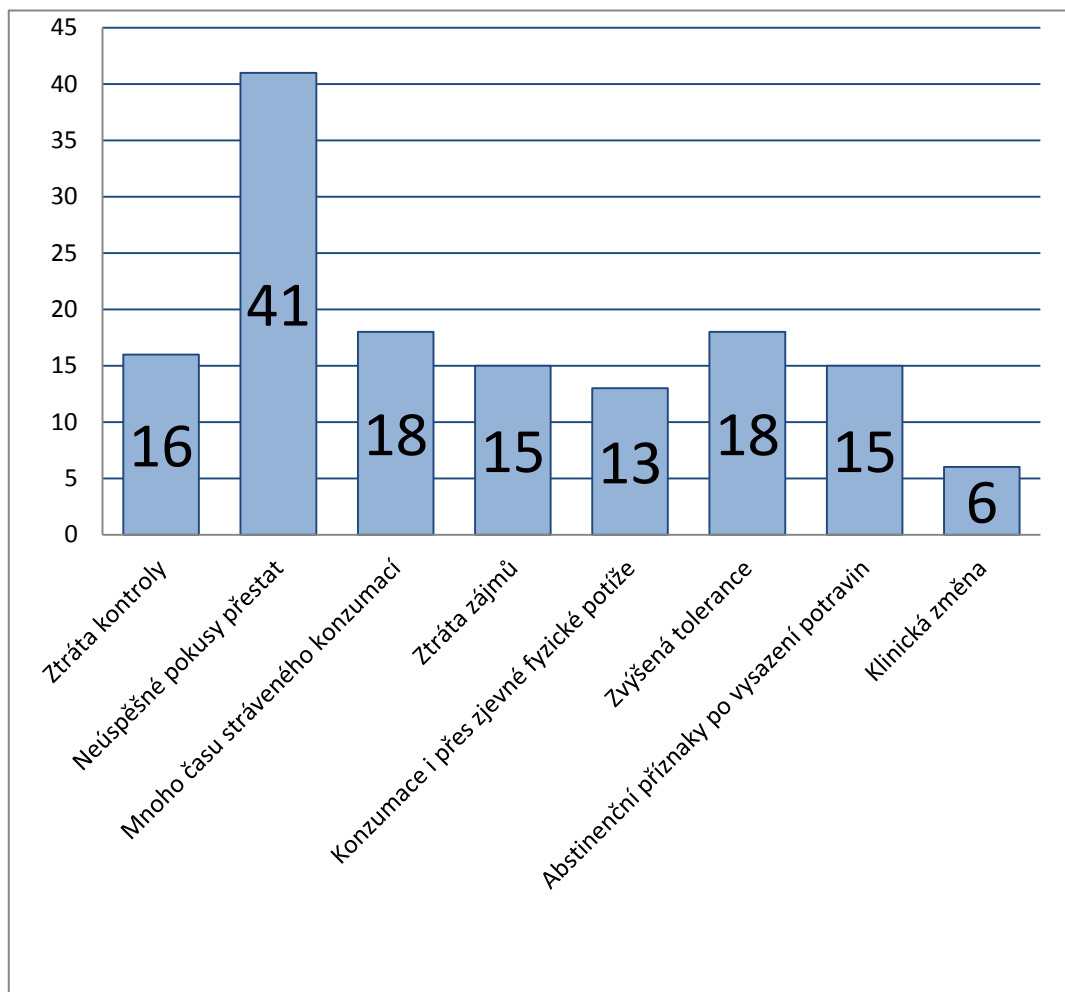
Graf č. 16: Závislost na jídle podle psychiatrické nemocnice – procentuální vyjádření



Zdroj: Vlastní výpočty

V grafu 15 a 16 jsem výsledky rozdělila podle psychiatrické nemocnice, kde jsem respondenty oslovila. V PN HB jich je 56 % bez závislosti, 33 % závislostí ohroženo a 11 % se závislostí. LNN N má 76 % respondentů bez závislosti, 20 % respondentů závislostí ohrožených a 4 % se závislostí.

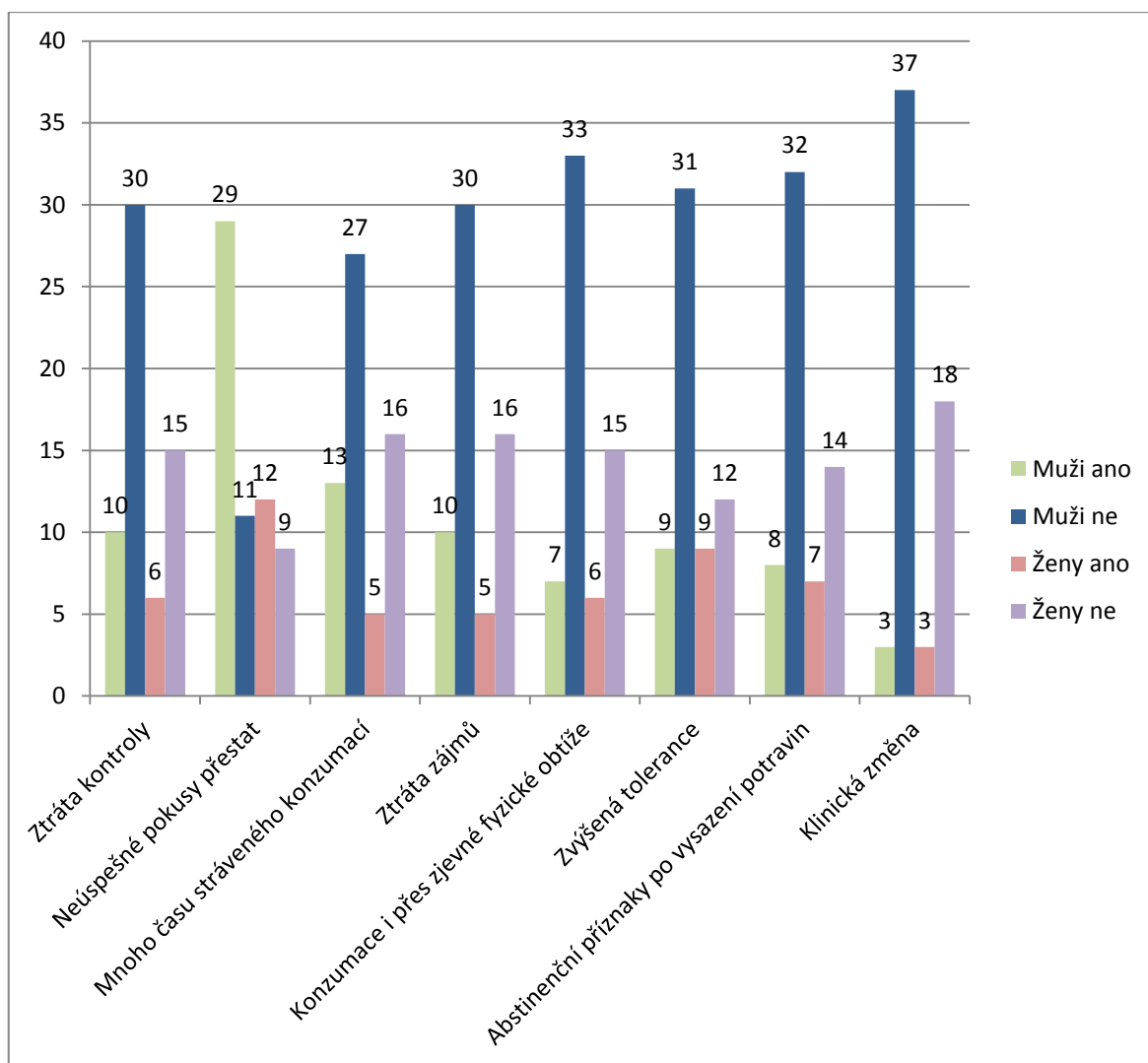
Graf č. 17: Sedm kritérií závislosti + klinická změna



Zdroj: Vlastní výpočty

V grafu číslo 17 vidíme četnost všech kritérií závislosti, které dotazník YFAS zjišťuje a také klinickou změnu. Z celkového počtu 61 respondentů jich vykazuje ztrátu kontroly 16, neúspěšné pokusy přestat 41, mnoho času stráveného konzumací potravin 18, ztrátu zájmů 15, konzumaci i přes zjevné fyzické potíže 13, zvýšenou toleranci 18, abstinenční příznaky po vysazení konzumace potravin 15 a klinickou změnu 6.

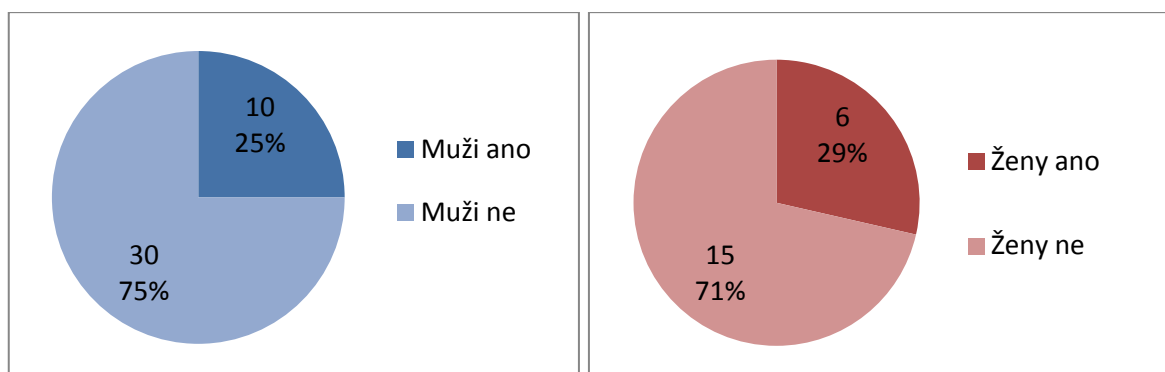
Graf č. 18: Sedm kritérií závislosti + klinická změna podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

V grafu 18 pak vidíme, zda tato kritéria a klinickou změnu mají či nemají ženy a muži zvlášť. Detailněji se každým kritériem a klinickou změnou v závislosti na pohlaví zabývají grafy 19 až 26, kde jsou určena jak absolutní čísla respondentů, kteří ono kritérium a klinickou změnu vykazují či nevykazují, tak jejich procenta.

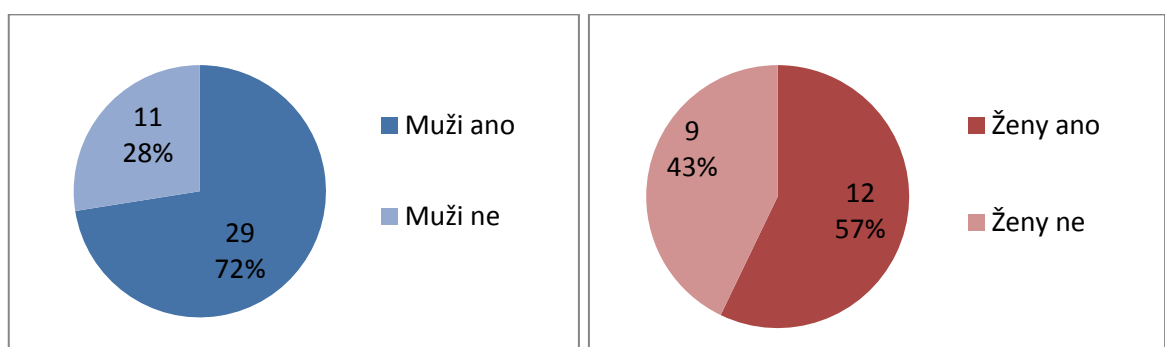
Graf č. 19: Ztráta kontroly podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Kritérium ztráty kontroly, které vidíme v grafu 19, vykazuje 25 % mužů a 29 % žen, stanoveno pak nebylo 75 % mužů a 71 % žen. Ženy tedy toto kritérium vykazují o 4 % více, než muži.

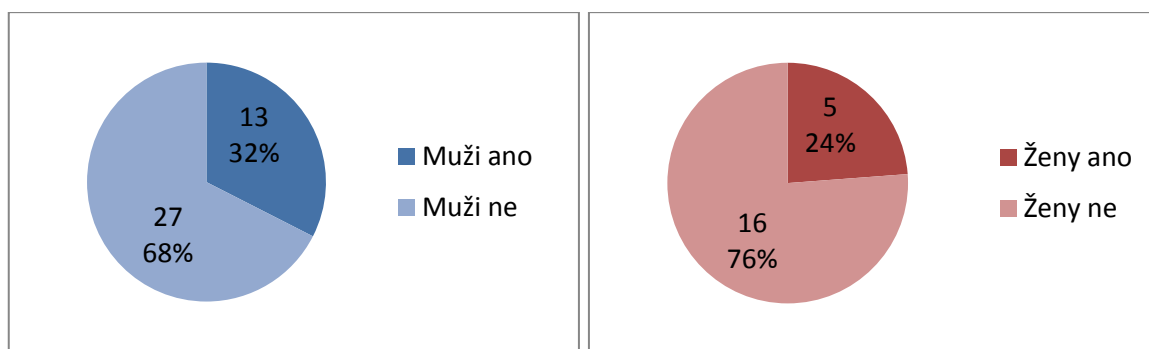
Graf č. 20: Neúspěšné pokusy přestat podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Kritérium zabývající se neúspěšnými pokusy přestat, které zobrazuje graf číslo 20, vykazuje 72 % mužů a 57 % žen. 28 % mužů a 43 % žen pak s neúspěšnými pokusy přestat nemá problém. Mužů, vykazujících toto kritérium je o 15 % více.

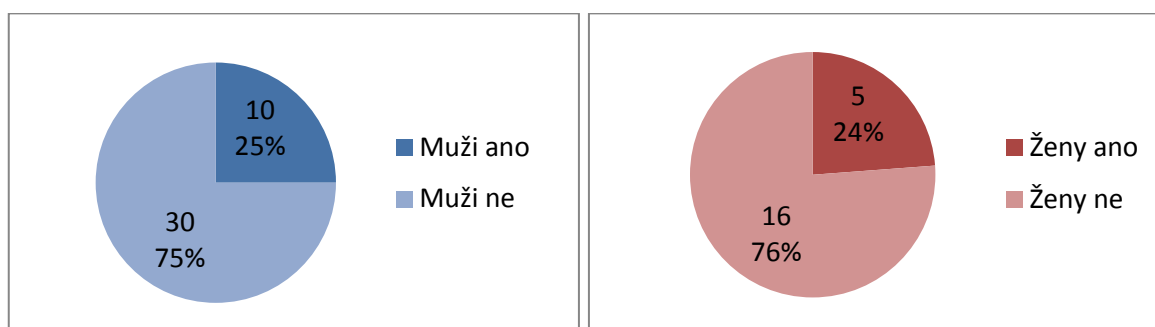
Graf č. 21: Mnoho času stráveného konzumací podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Graf číslo 21 pak znázorňuje kritérium nazvané mnoho času stráveného konzumací podle pohlaví. Muži splňují toto kritérium ze 32 %, ženy z 24 %, tedy o 8 % méně. Nesplňuje ho pak 68 % mužů a 76 % žen.

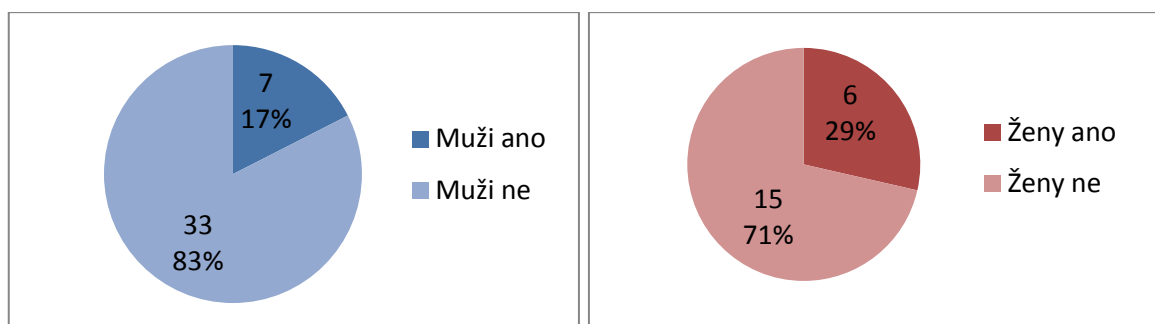
Graf č. 22: Ztráta zájmů podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Další kritérium, které se zabývá ztrátou zájmu, vyobrazuje graf číslo 22. Toto kritérium najdeme u 25 % mužů a 24 % žen, není pak u 75 % mužů a u 76 % žen. Rozdíl je pouhé 1 %, o které toto kritérium vykazují více muži.

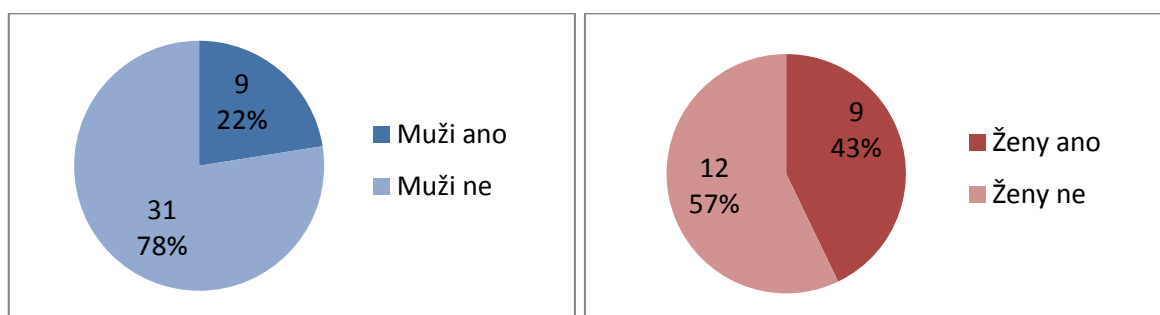
Graf č. 23: Konzumace i přes zjevné fyzické obtíže podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Graf číslo 23 se zabývá konzumací i přes zjevné fyzické obtíže. Zde je 17 % mužů a 29 % žen toto kritérium stanoveno, 83 % mužů a 71 % žen pak stanoveno není. Ženy vykazují konzumaci i přes zjevné fyzické obtíže o 12 % více.

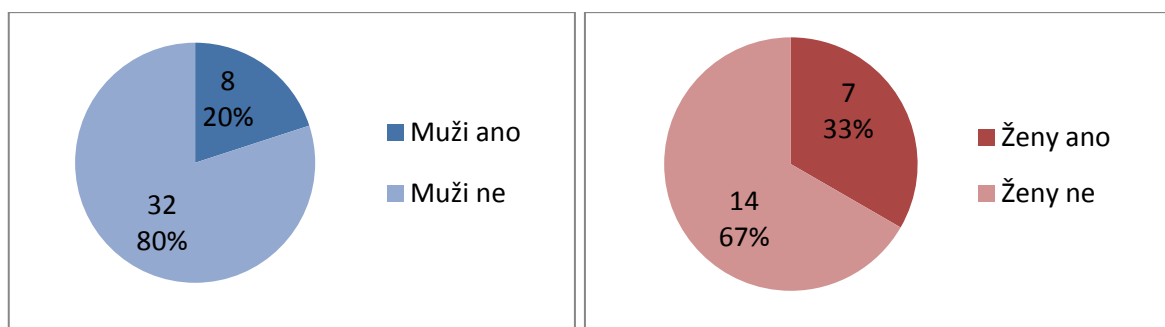
Graf č. 24: Zvýšená tolerance podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Zvýšenou tolerancí se zabývá graf číslo 24. U mužů se zvýšená tolerance objevuje ve 22 %, u žen ve 43 %, ženy ho tedy vykazují o 21 % více. Zvýšenou toleranci pak z respondentů nenacházíme u 78 % mužů a 57 % žen.

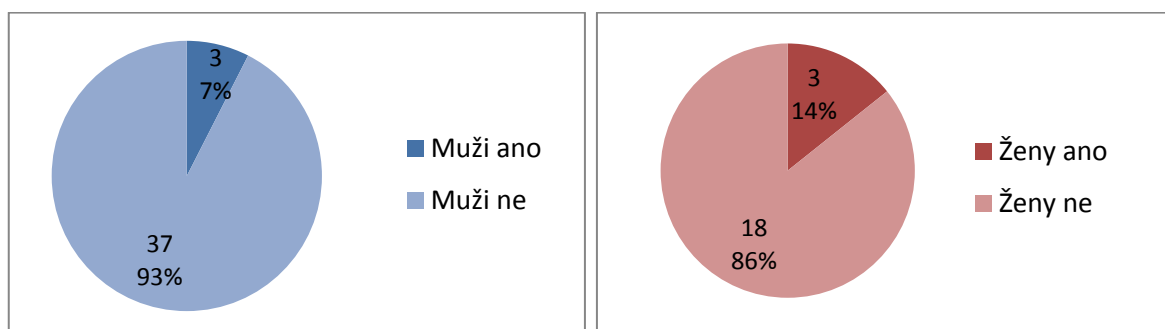
Graf č. 25: Abstinenční příznaky po vysazení potravin podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Dalším kritériem, které bylo výzkumem stanovené, jsou abstinenční příznaky po vysazení potravin, kterým se věnuje graf číslo 25. Toto kritérium se objevilo u 20 % mužů a 33 % žen, neobjevilo pak u 80 % mužů a 67 % žen. Žen, které se účastnily výzkumu a mají abstinenční příznaky po vysazení potravin je tedy o 13 % více.

Graf č. 26: Klinická změna podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výpočty

Poslední graf se zabývá tím, zda u respondentů nastala či nenastala klinická změna. U 7 % mužů a 14 % žen byla dle dotazníku YFAS klinická změna prokázána, u 93 % mužů a 86 % žen pak prokázána nebyla. Žen, které klinickou změnu vykazovaly, je tedy 2x tolik co mužů, celkem o 7 % více.

DISKUZE

Za cíl jsem si při psaní své diplomové práce stanovila zjistit, jaké jsou stravovací zvyklosti osob léčících se ze závislosti na alkoholu během pobytu ve vybraných psychiatrických nemocnicích, jak se liší stravovací návyky před nástupem do léčby a během léčby, dále popsat vztah mezi stravovacími zvyklostmi a sociodemografickými údaji a také zmapovat výsledky dotazníku Yalské škály závislosti na jídle. K dosažení uvedených cílů bylo zapotřebí odpovědět na výzkumné otázky, které s cíli korespondují.

První otázka zněla „Jaký je příjem jednotlivých živin u respondentů během pobytu v psychiatrické nemocnici?“ a odpověď na ní můžeme vyčíst z Tabulky č. 1: Stravovací zvyklosti všech pacientů. Až na kategorii ostatní (která zahrnuje sladké a slané pochutiny a slazené nápoje), nedosahují respondenti v žádné skupině potravin 100 % denního doporučeného počtu porcí. Přijímají zhruba 2/3 z doporučeného množství obilovin a zdrojů bílkovin, u ovoce, zeleniny a mléka a mléčných výrobky je příjem pouze na 1/3 doporučeného množství. Nedochází tak ke správnému energetickému příjmu základních výživových prvků tak, jak to doporučuje Potravinářská komora ČR (2013). Jak uvádí Gyles (2012) nutriční terapie je pro pacienty velmi důležitá, protože snižuje riziko komplikací a zlepšuje stav pacientů. Nedostatečný příjem lipidů ohrožuje pacienty v mnoha oblastech, například hrozí poškození nervové soustavy (Fraňková et al., 2003), dále zvyšuje riziko vzniku sekundární dyslipoproteinémie (Ehrmann et al., 2006) a nedostatek příjmu tuků může vést k násilnému chování a depresím (Skinner, 2002).

Co se týče nedostatečného příjmu potravin ze skupiny obilovin, tam může být problémem nedostatečný příjem vlákniny, která preventivně působí proti vzniku mnoha chorob (Blatná, 2005). Dále je důležitý vyvážený příjem polysacharidů, které také ve skupině obilovin nalezneme. Ty pomáhají udržovat stabilní hladinu glukózy v krvi, což vede ke snižování touhy po konzumaci monosacharidů, kterými jsou jak sladkosti, tak právě i alkohol (Fortuna, 2010; Kampov-Polevoy, et al., 2001).

Nedostatečná konzumace bílkovin ohrožuje pacienty z více hledisek. Jedním z nich je degradace vlastních bílkovin, které jsou obsaženy ve svalech (Grofová, 2011). Ta je především u alkoholiků velmi častá a nazývá se proteinová malnutrice (Navrátilová et

al., 2000). Proteinová malnutrice pacienty ohrožuje, aniž by to z vnějšku bylo poznat, protože tukové zásoby zůstávají, mizí pouze svaly (Svačina, 2008). Nedostatek bílkovin ohrožuje pacienty i na úrovni buněk, protože ty se z bílkovin také skládají a pokud jich pacienti nepřijímají dostatek, může dojít k jejich poškození (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013).

Co se týče nedostatečného příjmu ovoce, zeleniny a mléka a mléčných výrobků, to pacienty ohrožuje především z pohledu nedostatečného příjmu mikronutrientů, tedy vitaminů a minerálních látek, které právě z těchto skupin potravin získáváme. Může tak docházet k hypovitaminóze, která má na organismus mnoho negativních vlivů.

Co se týče konzumace potravin ze skupiny ostatní, ta naopak denní doporučené množství porcí překračuje, dochází ke konzumaci 302 % DPP. Myslím si, že si respondenti konzumací potravin ze skupiny ostatní nahrazovali některé porce potravin z jiných skupin. Vzhledem k tomu, že v této skupině nacházíme sladkosti a slazené nápoje, může být jejich zvýšená konzumace způsobena touhou po alkoholu, který je také ze skupiny monosacharidů (Kushi, 1997) a dá se očekávat, že pacienti v léčbě trpí cravingem po alkoholu (MKN 10, 2014).

Celkově tedy z tabulky vyplývá, že stravovací zvyklosti pacientů během léčby jsou velmi špatné a že výživa je nedostatečná a nevyvážená.

Druhá otázka má za úkol zjistit, **jaké jsou rozdíly mezi stravovacími návyky před nástupem do léčby a během léčby**. Překvapilo mě, že stravovací zvyklosti před léčbou byly u většiny skupin potravin lepší, než během léčby. U 4 z 5 základních skupin živin nedošlo po nástupu na léčbu ke zlepšení stravovacích návyků. O 1 % DPP se zlepšil pouze příjem obilovin a za pozitivní lze také považovat snížená konzumace potravin ze skupiny ostatní. Naopak konzumace zeleniny, ovoce, bílkovin a mléka a mléčných výrobků se po nástupu do léčby oproti období před léčbou ještě více snížila. Když se podíváme na tabulku č. 2 a 3, můžeme vidět rozdíly v jednotlivých psychiatrických nemocnicích. PN HB je na tom lépe s konzumací zeleniny a ovoce u svých pacientů, LNN N pak s konzumací obilovin a zdrojů bílkovin. Konzumace mléka a mléčných výrobků je shodně na 38 % DPP a ani u skupiny ostatní nejsou vidět velké rozdíly. Vidíme však, že

rozdíly panovaly u respondentů už před nástupem do léčby. Pacienti PN HB měli lepší stravovací zvyklosti před nástupem do léčby pouze u skupiny ostatní, u všech kategorií potravin na tom byli se stravovacími zvyklostmi před léčbou lépe naopak pacienti LNN N.

U této otázky musíme však zdůraznit, že výsledky frekvenčního potravinového dotazníku ptajícího se na období 12 měsíců před léčbou může být ovlivněno mnoha faktory, takže jeho pravdivost nemusí být 100 %. U respondentů mohlo dojít ke zhoršení paměti, takže si už nemusejí pamatovat, co vlastně před nástupem do léčby konzumovali a v jakém množství. I samotná konzumace alkoholu během tohoto období mohla paměť ovlivnit, protože u závislosti na alkoholu může docházet k amnestickému syndromu (Popov, 2003).

Z výsledků odpovídajících na tuto otázku tedy vyplývá, že nástup do léčby neznamena zlepšení stravovacích zvyklostí pacientů a překvapivě dochází mezi stravováním před nástupem do léčby a během léčby ke zhoršení příjmu živin.

Třetí výzkumná otázka se ptá na **vztah mezi socio-demografickými údaji (pohlaví, věk, výše dosaženého vzdělání, měsíční příjem) a stravovacími zvyklostmi**. Co se týče pohlaví, viz. Tabulka č. 4, ženy konzumují o 14 % méně obilovin, muži o 14 % méně zeleniny, muži o 26 % méně ovoce, muži o 11 % méně zdrojů bílkovin, muži o 18 % méně mléka a mléčných výrobků a muži o 44 % více DPP ze skupiny potravin ostatní. Lze tedy konstatovat, že muži jsou na tom se stravovacími zvyklostmi během léčby mnohem hůře, než ženy. Jedinou skupinou potravin, ve které jsou na tom ženy hůře, jsou obiloviny. Co se týče rozdílu stravování před léčbou a během léčby, u žen můžeme pozorovat změny k lepšímu a naopak u mužů vidíme po nástupu do léčby u stravovacích zvyklostí změny k horšímu. Myslím si, že tyto výsledky, které výrazně ukazují na lepší stravovací zvyklosti u žen, než u mužů, korespondují s běžnou populací, protože správná a zdravá výživa je spíše doménou žen, než mužů.

Co se týče stravovacích zvyklostí v závislosti na věku, výsledky najdeme v Tabulce č 5 a 6. Je vidět, že čím je skupina respondentů starší, tím se počty zkonsumovaných porcí snižují, lepší stravovací návyky mají tedy mladší pacienti, a to jak před léčbou, tak během léčby. Před léčbou na tom nejlépe byla věková skupina 18 – 29 let, během léčby je na tom

u některé skupiny potravin lépe skupina 30 – 44 let, u většiny pak skupina 18 - 29 let. Výsledky však mohou být částečně zkreslené, protože ne každá věková skupina čítá dostatečný počet respondentů, aby se výsledky daly generalizovat.

Stravovací návyky vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání ukazují rozdíly u jednotlivých skupin potravin, nejde říci, že respondenti z jedné skupiny dosaženého vzdělání vykazují nejlepší výsledky všude, jak vidíme v Tabulce č. 7 a 8. Nejhorších stravovacích zvyklostí dosahují absolventi ZŠ, kteří nemají dobré výsledky ani u jedné skupiny potravin. Naopak absolventi SŠ, absolventi SŠ s maturitou a absolventi VŠ vykazují v mnoha skupinách podobné výsledky. Nejlépe jsou na tom pak absolventi VŠ, kteří měli před nástupem do léčby nejlepší stravovací zvyklosti, a lze očekávat, že zhoršení stravovacích zvyklostí po nástupu do léčby může být zapříčiněno nemožností některé stravovací zvyklosti ovlivňovat. Lze také říci, že nízké vzdělání je pro stravovací zvyklosti alkoholiků rizikový faktor.

Posledním socio-demografickým faktorem, který byl výzkumem sledován, je výše měsíčního příjmu, která je v Tabulce č. 9 a 10. Zde sice rozdíly jsou jak mezi kategoriemi příjmu, tak mezi skupinami potravin, nelze však jednoznačně určit, že by se respondenti s vyšším příjmem stravovali lépe, případně že by se dal určit nějaký vzorec stravovacích zvyklostí před léčbou a během léčby právě podle výše příjmů.

Poslední otázka zní: **„Jak velké procento osob léčících se ze závislosti na alkoholu během pobytu v psychiatrické nemocnici splňuje kritéria dle dotazníku Yalské škály závislosti na jídle?“** Výsledky dotazníku YFAS ukazují, že celkem 8 % respondentů vykazuje závislost na jídle a celkem 28 % respondentů je závislostí na jídle ohroženo, celkem to je tedy 36 % respondentů, kteří závislostí na jídle trpí nebo jí jsou ohroženi. Model závislosti na alkoholu je postaven na stejném základu jako model závislosti na klasických návykových látkách (Spangler et al., 2004), je tedy možné, že osoby trpící závislostí na alkoholu jsou rizikovější populací, protože už jednou u nich proběhla manifestace poruchy v souvislosti se závislostí na alkoholu a mají tedy dispozice pro vznik této nemoci (Kalina, 2003). Rizikovější skupinou jsou pak ženy, kterých je ohroženo nebo závislých 43 %, o 10 % více než mužů. Nejméně rizikovou věkovou skupinou jsou osoby ve věku 30 – 44 let a 60 až 74 let, nejvíce rizikovou pak 18 – 29 let a 45 – 59 let. Co se týče závislosti na alkoholu v závislosti na vzdělání, nejvíce ohrožená je

skupina absolventů SŠ s maturitou, nejméně pak skupina absolventů VŠ, kde bylo 100 % respondentů bez závislosti na jídle. Co se týče závislosti na jídle a výše příjmů, nejvíce ohrožená je skupina osob s příjmem nad 20 000 Kč s maximální výší 30 000 Kč, kde je ohroženo nebo závislých 57 %. Naopak skupina respondentů s příjmem více než 30 000 Kč je bez závislosti na jídle. Rizikovější psychiatrickou nemocnicí se ve výzkumu ukázala být Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, kde je ohroženo nebo závislých 44 %, zatímco Léčebna návykových nemocí Nechanice vykazuje pouze 24 %.

Zajímavé údaje týkající se závislosti na jídle ukazuje Graf č. 17, kde máme všech 7 kritérií závislosti + klinickou změnu a počet respondentů, kteří uvedená kritéria splňují. Velmi vysokého čísla dosáhlo kritérium neúspěšné pokusy přestat, které je u 41 respondentů, což jsou 2/3. U každého jednoho ze zbylých 6 kritérií závislosti na jídle pak máme 1/3 respondentů, kteří je vykazují. Jedná se o stejná diagnostická kritéria, která se využívají i pro stanovení závislosti na drogách dle DSM IV. (Gearhardt et al., 2009).

Ztrátu kontroly vykazuje 29 % žen a 25 % mužů, neúspěšné pokusy přestat 57 % žen a 72 % mužů, mnoho času stráveného konzumací pak 24 % žen a 32 % mužů, ztrátu zájmů podle pohlaví pak 24 % žen a 25 % mužů, konzumace i přes zjevné fyzické obtíže 29 % žen a 17 % mužů, zvýšenou toleranci 43 % žen a 22 % mužů a abstinenci příznaky po vysazení potravin pak 33 % žen a 20 % mužů. Onu klinickou změnu, která je zásadním faktorem pro stanovení diagnózy závislosti na jídle podle dotazníku YFAS pak vykazuje 14 % žen a 7 % mužů.

Výsledky z dotazníku YFAS mohou být částečně zkreslené, jak už jsem uváděla v kapitole problematické části výzkumu, kdy některé otázky nedávaly moc velký smysl vzhledem k tomu, že se ptaly na období týkající se pobytu v PN a určité činnosti v PN nejsou vůbec možné. Vzhledem k tomu, že jsem od respondentů potřebovala vyplnit celkem velké množství věcí, mohlo také u nich dojít ke snížení pozornosti a tak neodpovědět úplně podle skutečnosti.

Co se týče implikace výsledků, myslím, že můj výzkum může posloužit jako zdroj inspirace pro změny týkající se nutriční terapie v psychiatrických nemocnicích při léčbě závislosti na alkoholu. Ukázalo se totiž, že stravovací zvyklosti osob závislých na alkoholu

jsou vzhledem k výživovým doporučením velmi špatné, a že ani po nástupu do léčby nedochází k jejich zlepšení, ačkoliv je dokázáno, že nutriční terapie může být účinný léčebný prostředek. Zhoršení stravovacích zvyklostí pacientů po nástupu do léčby je podle mého názoru špatnou vizitkou českého zdravotnictví, které by se mělo snažit poskytovat ty nejlepší služby ve všech oblastech tak, aby byly pro pacienty co nejvíce prospěšné, protože nedostatečná výživa může vést k dalším zdravotním problémům, které mohou být stejně závažné, jako závislost na alkoholu, které mohou bránit vyléčení závislosti na alkoholu, případně které mohou po vyléčení závislosti na alkoholu opětovně vést k manifestaci této nemoci.

Co se týče výsledků z dotazníku YFAS, který zkoumá závislosti na jídle, i zde můžeme vidět problém, který je třeba řešit, protože počty pacientů, kteří závislost na jídle vykazují nebo jí jsou ohroženi, nejsou malé. Bylo by potřeba, aby se s pacienty témata nutrice probírala a došlo tak k případnému odhalení problému včas a hlavně aby došlo k včasnému řešení problémů spojených se závislostí na jídle. Ačkoliv diagnóza závislosti není oficiálně ustanovená, můžeme se na tyto problémy dívat jako na určitou formu poruch příjmu potravy a s pacienty je adekvátně řešit.

ZÁVĚR

Nutriční návyky významně ovlivňují zdraví a kvalitu života a jsou důležitou součástí zdravého životního stylu. Řídit se nutričními doporučeními je tak důležité jak pro běžnou populaci, tak pro osoby léčící se ze závislosti na alkoholu. Jedním z cílů léčby je totiž zlepšení kvality života, čemuž právě správná výživa může dopomoci. Za hlavní cíl své diplomové práce jsem si proto zvolila zjistit, jaké jsou stravovací zvyklosti osob léčících se ze závislosti na alkoholu v psychiatrické nemocnici. Zajímalo mě také, jak se liší stravovací návyky před a během léčby, jaký vliv na stravovací návyky mají socio-demografické údaje a také zmapovat výsledky dotazníku Yalské škály závislosti na jídle.

Zjistila jsem, že téma nutričních návyků pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu je oblastí, kterou by se odborná veřejnost měla nadále zabývat. Z výsledků frekvenčního potravinového dotazníku jsem totiž zjistila, že stravovací návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu jsou velmi špatné, pacienti nedodržují doporučené porce jednotlivých skupin potravin a dochází tak k nedostatečnému příjmu jednotlivých živin. Výživa je u respondentů nedostatečná a nevyvážená. Správný počet porcí nebyl respondenty konzumován ani u jedné ze základních skupin potravin. Naopak konzumace sladkých a slaných pochutin a slazených nápojů vysoce převyšovala doporučené denní dávky.

Když jsem porovnávala stravovací návyky u respondentů před léčbou a po nástupu do léčby, zjistila jsem, že stravovací návyky byly špatné už před nástupem do léčby, a že se po nástupu do léčby nezlepšily, naopak došlo ještě ke zhoršení. Myslím si, že toto je alarmující výsledek především pro psychiatrické nemocnice, protože to ukazuje na to, že nutriční terapii není v psychiatrických nemocnicích věnována dostatečná péče a pacienti nejsou motivováni k tomu, aby se stravovali vyváženě a dostatečně.

Co se týče stravovacích návyků v závislosti na socio-demografických údajích, zjistila jsem, že ženy vykazují lepší stravovací návyky než muži. Co se týče věku, jako nejvýraznější mi přijde zjištění, že se vzrůstajícím věkem klesá počet porcí, dochází tedy

ke zhoršení stravovacích návyků. Faktor nejvyššího dosaženého vzdělání poukázal na to, že nízké vzdělání, kdy je ukončena pouze základní škola, je pro správné stravování rizikový faktor, ale nevidíme výraznější vzorce ve stravovacích návycích u ostatních respondentů, kteří mají dokončenou střední školu, střední školu s maturitou nebo vysokou školu. Zjistila jsme však, že před nástupem do léčby se nejlépe stravovali absolventi VŠ. Poslední socio-demografický faktor byla výše měsíčního příjmu. Zde jsem žádný výrazný vzorec závislosti stravovacích návyků na výši příjmu neobjevila.

Poslední součástí mého výzkumu bylo zmapovat výsledky dotazníku YFAS, který zkoumá závislost na jídle. Zde jsem získala zajímavá data, například že závislostí na jídle podle tohoto dotazníku trpí 8 % respondentů, a že závislostí na jídle je ohroženo 28 % respondentů, kteří vykazují 3 a více kritérií závislosti na jídle, což je celkem 36 % respondentů závislých na jídle nebo závislostí ohrožených. Co se týče jednotlivých kritérií závislosti na jídle, celých 41 respondentů, tedy 2/3, vykazovalo kritérium neúspěšné pokusy přestat, zbylých 6 kritérií pak vykazovala vždy zhruba 1/3 respondentů, což jsou podle mého názoru vysoká čísla.

Myslím si, že jsem splnila cíl mé diplomové práce, tedy že se mi podařilo zmapovat stravovací zvyklosti pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích. Výsledky mého výzkumu jasně dokazují, že v oblasti stravovacích návyků u pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu jsou nedostatky, a je zde tedy velký potenciál pro zlepšení poskytovaných služeb v této oblasti. Myslím si, že se správně nastavenou nutriční terapií v psychiatrických nemocnicích by se dalo u léčby pacientů dosahovat lepších výsledků, protože nutriční terapie je důležitou oblastí každé léčby. Myslím si také, že výsledky mého výzkumu mohou být použity jako podklad pro další zkoumání v této oblasti, například pro porovnání stravovacích zvyklostí u pacientů v jiných psychiatrických nemocnicích, nebo pro porovnání pacientů léčících se ze závislosti na jiné návykové látce, než je alkohol.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABOUT HEALTH (2014). Nutritional Effects of Alcohol. Retrieved 21, January 2016 from <http://alcoholism.about.com/cs/heal/a/aa990908.htm>

AMERICAN HERITAGE (2011). Dictionary of the English Language, Fifth Edition. Houghton Mifflin Harcourt Publishing Company. Retrieved September 10, 2015, from <http://www.thefreedictionary.com/alcohol>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

ACHERMANN, S. (2008). Vitamin C. Retrieved December 30, 2015, from <http://www.eesom.com/go/6G78K8I2ZBKTNPCC5TXOIU21FHTN246A>

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*.

BLATTNÁ, J., et al. (2005). Výživa na začátku 21. století aneb o výživě aktuálně a se zárukou. Praha: výživa servis s.r.o. pro Společnost pro výživu – Nadace NutriVIT.

COCORES, J. A., & GOLD, M. S. (2009). The salted food addiction hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Medical Hypotheses*.

CORWIN, R., & GRIGSON, P. (2009). Symposium overview: Food addiction: fact or fiction. *Journal of Nutrition*.

CSÉMY, L., & SOVIANOVÁ, H. (2015). Užívání tabáku a alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav.

ČELEDOVÁ, L., & ČEVELA, R. (2010) *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.

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

DOSTÁLOVÁ J., & DLOUHÝ P., & TLÁSKAL P. (2012). *Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. Retrieved January 5, 2016 from <http://www.vyzivaspol.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky/>

DVOŘÁČEK, J. (2003). *Střednědobá ústavní léčba*. In Kalina, K. et al.: *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

DVOŘÁČEK, J. (2008). *Zvládání akutní intoxikace a odvykacích stavů*. In Kalina, K. et al.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

DUGDALE, D. C. (2010). *Diet and substance abuse recovery – Overview*. Retrieved 26, June 2015 from <http://www.umm.edu/ency/article/002149.htm>

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

EHRMANN, J., & SCHNEIDERKA, P. (2006). *Alkohol a játra*. Praha: Grada.

EHRMANN, J., & HŮLEK, P. et al. (2010). *Hepatologie*. Praha: Grada.

FIALA, J. (2008) *Jednoduchý nutriční software pro rychlé hodnocení a výsledky jeho distribuce zájemcům*. Hygiena.

FRAŇKOVÁ S., & DVOŘÁČKOVÁ JANŮ, V. (2003). *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum.

FN HK (2011). *LNN Nechanice*. Retrieved January 4, 2016 from <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/lnn>

FORTUNA, J. L. (2010). Sweet preference, sugar addiction and the familial history of alcohol dependence: shared neural pathways and genes. *Psychoactive Drugs*.

FRY, M. (2010). *Essential biochemistry for medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.

GEARHARDT, A. N., & CORBIN, W. R., & BROWNELL, K. D. (2009). Yale food addiction scale. Yale Rudd center for policy and obesity. Retrieved 15, December 2015 from <http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/addiction/FoodAddictionScale09.pdf>.

GREENBERG, A. & CHEUNG, K. A. (2005). *Primer On Kidney Diseases*. Saunders: Philadelphia.

GROFOVÁ, Z. (2007). *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada.

GROFOVÁ KALA, Z. (2011) *Dieta pro vyšší věk*. Praha: Forsapi, s.r.o.

GYLES, C. J. et al. (2012) *Health economics and nutrition: a review of Publisher evidence*. Nutritin reviews.

HANSON, J. D. (2013). Historical evolution of alcohol consumption in society. In Boyle Petr & Boffetta Paolo, et al., *Alcohol: Science, Policy and Public Health*. Oxford: Oxford University Press.

HLÚBIK, P. & OPLTOVÁ, L. (2004) *Vitaminy*. Praha: Grada Publishing.

HOFFER, A., & SAUL, W. A. (2009). *The vitamin cure for alcoholism*. USA: Basic health publications.

HORÁK, J. et al. (2010). *Hemochromatoza*. Praha: Grada.

HYNIE, S. (1995). *Speciální farmakologie Díl 3*. Praha: Univerzita Karlova.

IFLAND, J. R., & PREUSS, H. G., & MARCUS, M. T., et al. (2009). Refined food addiction: a classic substance use disorder. *Medical Hypotheses*.

JENČ, F. (1998). *Alkohol jako lék*. Praha: Volvo Globator.

JOHNSON, E. L. (2008). Magnesium. *The Merck Manual Home Health Handbook*. Retrieved 15, January 2016 from http://www.merckmanuals.com/home/hormonal_and_metabolic_disorders/electrolyte_balance/magnesium.html?qt=low%20magnesium&alt=sh

JOHNSON, E. L. (2013). Potassium. *The Merck Manual Home Health Handbook*. Retrieved 17, December 2015 from http://www.merckmanuals.com/home/hormonal_and_metabolic_disorders/electrolyte_balance/potassium.html?qt=low%20potassium&alt=sh

KADLEC, P. (2002). *Technologie potravin II*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická.

KALINA, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

KALINA K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

KAMPOV-POLEVOY, A. B., & TSOI, M. V., & ZVARTAU, E. E., & NEZNANOV, N. G., & KHALITOV, E. (2001). Sweet liking and family history of alcoholism in hospitalized alcoholic and non-alcoholic patients. *Alcohol and Alcoholism*.

KLEINWÄCHTEROVÁ, H., & BRÁZDOVÁ, Z. (2001). *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjištění*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků.

KOHOUT, P. et al. (2010). Potraviny – součást zdravého životního stylu. Olomouc: Solen, s. r. o.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.

KUNOVÁ, V. (2005). Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích. Praha: Grada.

KUSHI, M. (1997). Makrobiotická cesta. Věrovany: Votobia.

LIEBER, S. CH. (2004). Relationships Between Nutrition, Alcohol Use, and Liver Disease. NIH. Retrieved 21, January 2016 from <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-3/220-231.htm>.

LUCAS, F. E. (1995). Distillation. In J. H. Jaffe (ED.) Encyclopedia of Drug and Alcohol. USA: Simon & Schuster Macmillan.

LÜLLMANN, H. (2002). Farmakologie a toxikologie. Praha: Grada Publishing

MATOUŠ, B. (2010). Základy lékařské chemie a biochemie. Praha: Galén.

MCCLATCHEY, D. K. (2002). Clinical laboratory medicine.

MILLEROVÁ, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.

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

MKN 10 (2014) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19) Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved 25, June 2015 from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

MORLEY, E. J. (2012). Undernutrition. The Merck Manual Home Health Handbook. Retrieved 23, January 2016 from http://www.merckmanuals.com/home/disorders_of_nutrition/undernutrition/undernutrition.html?qt=morley&alt=sh.

MRAVČÍK, V., et al. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.

NAVRÁTILOVÁ, M., & ČEŠKOVÁ, E. & SOBOTKA, L. (2000). Klinická výživa v psychiatrii. Praha: Maxdorf.

NELSON, D., & JARMAN, D., & GREENFIELD, T. (2013). Alcohol-Attributable Cancer Deaths and Years of Potential Life Lost in the United States. American Journal of Public Health.

NEŠPOR, K. (2003) Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

NEŠPOR, K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

NEWSHOLME, E. A. (2009). Functional biochemistry in health and disease. Chichester, UK: Hoboken, N. J: Wiley-Blackwell.

ORLÍKOVÁ, B. (2007). Od experimentu k užívání. In: Drogy: otázky a odpovědi. Praha: Portál.

OECD (2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. Paris: OECD Publishing.

PL HB (2016). Oddělení 1 A pro střednědobou komplexní léčbu. Retrieved January 4, 2016 from <http://www.plhb.cz/content/oddeleni-1a-pro-strednedobou-komplexni-lecibu>

PECINOVSKÁ, O. (1996). Vývoj závislosti. In Heller, H., Pecinová, O. et al.: Závislost známá neznámá. Praha: Grada Publishing.

POPOV, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina et al.: Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.

POPOV, P. (2003b). Závislost na alkoholu. Psychiatrie pro praxi.

POTRAVINÁŘSKÁ KOMORA ČR (2013). GDA – doporučené denní množství stravy. Retrieved February 6, 2016 from <http://www.aktivitiprozdravi.cz/muj-zivotni-styl/vyziva-zdrava-strava/gda>

POTRAVINÁŘSKÁ KOMORA ČR (2012). Potravinová pyramida. Retrieved February 6, 2016 from <http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida.html>

REHM, J., & MATHERS, C., & POPOVA, S., et al. (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. The Lancet.

SHIELD, D., & TAYLOR, B., & KEHOE, T., PATRA, J. (2012) Mortality and potential years of life lost attributable to alcohol consumption in Canada in 2005. BMC Public Health.

SCHRÖDER, H., & MORALES-MOLINA J. A., & BERMEJO, S. (2007). Relationship of abdominal obesity with alcohol consumption at population scale. European Journal of Nutrition.

SKINNER, R. E. (2002). Brain Lipids and Disorders in Biological Psychiatry. Netherland: Elsevier science.

SPANGLER, R., & WITTOWSKI, K. M., & GODDART, N. L., & AVENA, N. M., & HOEBEL, B. G., & LEIBOWITZ, S. F. (2004). Opiate-like effects of sugar on gene expression in reward areas of the rat brain. Molecular Brain Research.

SVAČINA, Š. et al. (2008). Klinická dietologie. Praha: Grada.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (2009). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize). WHO: Ženeva.

ŠAMÁNEK, M. (2012). Tolerance k alkoholu. Medical tribune: Retrieved October 15, 2015 from <http://tribune.cz/clanek/27088-tolerance-k-alkoholu>

VOBOŘIL, J. (2015). OECD: fakta o konzumaci alkoholu mezi dětmi a mladistvými In: Vláda České republiky. Praha: Vláda ČR. Retrieved November 20, 2015 from <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/oecd-fakta-o-konzumaci-alkoholu-mezi-detmi-a-mladistvymi--133283/>

WIESE, J. G., & SHLIPAK, M. G., & BROWNER, W. S. (2000). The Alcohol Hangover. Annals of Internal Medicine. Retrieved 25, October 2015 from <http://annals.org/data/Journals/AIM/19957/0000605-200006060-00008.pdf>

YEOMANS, M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity? Physiology & behavior.

ZADÁK, Z. (2008). Výživa v intenzivní péči. Praha: Grada.

PŘÍLOHY

5.3 Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Kopecká a jsem studentka navazujícího magisterského oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Chtěla bych vás požádat účast na mém výzkumu k Diplomové práci, která nese název Nutriční návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích.

Na dalších stranách naleznete 4 dotazníky, které bych od vás potřebovala vyplnit. Věnujte prosím pozornost tomu, na jaké období se jednotlivý dotazník ptá, u jednotlivých dotazníků je to různé.

Vše je anonymní a vaše účast na výzkumu je dobrovolná, z účasti na výzkumu můžete také kdykoliv odstoupit. Výsledky budou použity pouze ke statistickému zpracování. Prosím o pravdivé a pečlivé vyplnění všech částí a všech otázek, pouze tak budu moci získaná data využít. Níže vás ještě prosím o uvedení data nástupu na léčbu a datum vyplnění dotazníků.

Předem velmi děkuji za pozornost a váš čas a přeji úspěšnou léčbu.

Bc. et Bc. Kristýna Kopecká

Datum nástupu na léčbu do režimového oddělení (ne na detox):

Datum vyplnění dotazníků:

Instrukce:

1. Pečlivě/pozorně si přečtěte 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

Instrukce

1. Tento dotazník se ptá na to, v jaké frekvenci konzumujete vybrané potraviny. U každého druhu vyberte **JEDNO** políčko.
2. Uvádějte, jak jste se stravoval/a v období posledních **12 měsíců**.
3. Čas pro vyplnění dotazníku je neomezený. Pracujte prosím pečlivě a vyplňte **odpověď u všech** uvedených potravin.

		Nikdy	Téměř nikdy	1-3x měsíčně	1x týdně	2-3x týdně	1x denně	2-3x denně	4x a více denně
Obiloviny (1 porce= 1 krajíc chleba, 1ks pečiva, 125g těstovin či kopeček rýže, ...)	Bílé pečivo								
	Tmavé pečivo								
	Sladké pečivo								
	Rýže, těstoviny								
	Kaše (obilné)								
Zelenina (1 porce = 2 rajčata, 1/2 talíře brambor, ...)	Brambory								
	Zeleninová polévka								
	Ostatní vařená zelenina								
	Syrová zelenina								
Ovoce (1 porce = ovoce o velikosti pěsti, 250ml šťávy)	Syrové ovoce								
	Syrové ovocné šťávy								
	Ovocné přesnídávky								
	Ostatní ovoce (kompotované, ...)								
Luštěniny (0/5 - 3/4 hrnku vařených)									
Ryby									
Maso (bez uzenin)									
Uzeniny									
Vejsce									
Mléčné produkty (1 porce = sklenice mléka, 50g sýru, 150g jogurtu...)	Tvarohy								
	Jogurty								
	Sýry								
	Mléko kravské								
	Mléko mateřské								
Jinak zpracované mléko (sušené, syrovátka, ...)									
Sladkosti (čokolády, bonbony, sušenky, ...)									
Slané pochutiny (brambůrky, tyčinky, popcorn, ...)									
Slazené nápoje a slazené minerální vody (0,5l)									

Instrukce

1. Tento dotazník se ptá na to, v jaké frekvenci konzumujete vybrané potraviny. U každého druhu vyberte **JEDNO** políčko.

2. Uvádějte, jak se stravujete **NYNÍ, po dobu vašeho pobytu v psychiatrické nemocnici**.

3. Čas pro vyplnění dotazníku je neomezený. Pracujte prosím pečlivě a vyplňte **odpověď u všech** uvedených potravin.

		Nikdy	Téměř nikdy	1-3x měsíčně	1x týdně	2-3x týdně	1x denně	2-3x denně	4x a více denně
Obiloviny (1 porce= 1 krajíc chleba, 1ks pečiva, 125g těstovin či kopeček rýže, ...)	Bílé pečivo								
	Tmavé pečivo								
	Sladké pečivo								
	Rýže, těstoviny								
	Kaše (obilné)								
Zelenina (1 porce = 2 rajčata, 1/2 talíře brambor, ...)	Brambory								
	Zeleninová polévka								
	Ostatní vařená zelenina								
	Syrová zelenina								
Ovoce (1 porce = ovoce o velikosti pěsti, 250ml šťávy)	Syrové ovoce								
	Syrové ovocné šťávy								
	Ovocné přesnídávky								
	Ostatní ovoce (kompotované, ...)								
Luštěniny (0/5 - 3/4 hrnku vařených)									
Ryby									
Maso (bez uzenin)									
Uzeniny									
Vejsce									
Mléčné produkty (1 porce = sklenice mléka, 50g sýru, 150g jogurtu...)	Tvarohy								
	Jogurty								
	Sýry								
	Mléko kravské								
	Mléko mateřské								
Jinak zpracované mléko (sušené, syrovátka, ...)									
Sladkosti (čokolády, bonbony, sušenky, ...)									
Slané pochutiny (brambůrky, tyčinky, popcorn, ...)									
Slazené nápoje a slazené minerální vody (0,5l)									

Tento dotazník zkoumá Vaše stravovací návyky v průběhu léčby . 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/jidel 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 b) SŠ bez maturity c) 20 000,- - 30 000,- d) 30 000,- - 40 000,- e) nad 40 000,-	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,-
		Nikdy	1x za měsíc
		2-4x za měsíc	2-3x za týden
			4x týdně nebo denně
Nyní, po dobu mého pobytu v psychiatrické nemocnici			
1. Zjistil/a jsem, že když začnu jíst určité potraviny , sním toho mnohem více, než jsem plánoval/a.			
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 průběhu léčby , že jsem prací, čas strávený s rodinou a přáteli často nahrazoval/a konzumací určitých potravin .			
9. Měl/a jsem v průběhu léčby období, kdy jsem většinu času trávila 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 průběhu léčby 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 psychické příznaky), v době kdy jsem tyto potraviny nejedl. (Prosím nezahrnujte abstinenční příznaky způsobené snížením množství kofeinu z kávy, čaje, energetických nápojů apod.)			

Nyní, po dobu mého pobytu v psychiatrické nemocnici									
	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 psychickým 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									
Nyní, po dobu mého pobytu v psychiatrické nemocnici									
17. Konzumace určitých potravin mi způsobuje psychické problémy (jsem znechucen sám sebou, pocity viny, deprese a úzkosti).				Ne	Ano				
18. Mám pocit, že mi konzumace určitých potravin způsobuje fyzické potíže, které se zhoršují.									
19. Přesto, že mám psychické nebo fyzické potíže, stále konzumuji velké množství určitých potravin.									
20. Během průběhu léčby jsem zjistil/a, že potřebuji sníst více jídla, abych se cítil/a dobře (snižil/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.									
25. Kolikrát v průběhu léčby jste se snažil/a omezit či zcela přestat konzumovat určité potraviny?	Jednou	Dvakrát	Třikrát	Čtyřikrát	5 a vícekrát				
26. Zakroužkujte všechny následující potraviny, se kterými jste měl/a v průběhu léčby potíže.									
zmrzlina	čokoláda	jablka	koblihy	brokolice	dorty	sušenky	bílý chléb	slanina	hamburger
těstoviny	jahody	rýže	brambůrky	crackery	preclíky	hranolky	mrkev	steak	banán
cheeseburger	pizza	limonáda	bombóny	hlávkový salát	žádný z uvedených				
27. Vypíšte všechny potraviny, se kterými jste někdy měl/a potíže a nebyly zmíněny v předchozí otázce									

5.4 Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: **Diplomová práce – Nutriční návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích**

Období realizace: prosinec 2014 – září 2015, Řešitel projektu: Bc. et Bc. Kristýna Kopecká

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je popsat nutriční návyky pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu během jejich pobytu v psychiatrické nemocnici. Prosím Vás o vyplnění 4 dotazníků – první je dotazník zjišťující škálu závislosti na alkoholu, druhý je frekvenční potravinový dotazník, který je vložen dvakrát, protože se pokaždé ptá na jiné časové období, a poslední dotazník je dotazník YFAS, zkoumající škálu závislosti na jídle. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitelky projektu:

Bc. Kristýna Kopecká

podpis

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

podpis

V _____ dne _____

5.5 Příloha č. 3 – Seznam grafů, tabulek

Seznam grafů

Graf č. 1: Rozdělení souboru dle pohlaví	45
Graf č. 2: Rozdělení souboru dle věku	46
Graf č. 3: Rozdělení souboru dle psychiatrické nemocnice	46
Graf č. 4: Rozdělení souboru dle nejvyššího dosaženého vzdělání	46
Graf č. 5: Rozdělení souboru dle výše měsíčního příjmu	47
Graf č. 6: Závislost na jídle dle dotazníku YFAS	54
Graf č. 7: Závislost na jídle podle pohlaví	55
Graf č. 8: Závislost na jídle podle pohlaví – procentuální vyjádření	55
Graf č. 9: Závislost na jídle podle věku	56
Graf č. 10: Závislost na jídle podle věku – procentuální vyjádření	56
Graf č. 11: Závislost na jídle podle vzdělání	57
Graf č. 12: Závislost na jídle podle vzdělání – procentuální vyjádření	57
Graf č. 13: Závislost na jídle podle příjmu	58
Graf č. 14: Závislost na jídle podle příjmu – procentuální vyjádření	58
Graf č. 15: Závislost na jídle podle psychiatrické nemocnice	60
Graf č. 16: Závislost na jídle podle psychiatrické nemocnice – procentuální vyjádření	60
Graf č. 17: Sedm kritérií závislosti + klinická změna	61
Graf č. 18: Sedm kritérií závislosti + klinická změna podle pohlaví	62
Graf č. 19: Ztráta kontroly podle pohlaví	63
Graf č. 20: Neúspěšné pokusy přestat podle pohlaví	63
Graf č. 21: Mnoho času stráveného konzumací podle pohlaví	64
Graf č. 22: Ztráta zájmů podle pohlaví	64
Graf č. 23: Konzumace i přes zjevné fyzické obtíže podle pohlaví	65
Graf č. 24: Zvýšená tolerance podle pohlaví	65
Graf č. 25: Abstinenční příznaky po vysazení potravin podle pohlaví	66
Graf č. 26: Klinická změna podle pohlaví	66

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Stravovací zvyklosti všech pacientů	48
Tabulka č. 2: Stravovací zvyklosti pacientů v PN Havlíčkův Brod	49
Tabulka č. 3: Stravovací zvyklosti pacientů v LNN Nechanice	49
Tabulka č. 4: Stravovací zvyklosti pacientů podle pohlaví	50
Tabulka č. 5: Stravovací zvyklosti pacientů před léčbou podle věku	51
Tabulka č. 6: Stravovací zvyklosti pacientů během léčby podle věku	51
Tabulka č. 7: Stravovací zvyklosti pacientů před léčbou podle vzdělání	52
Tabulka č. 8: Stravovací zvyklosti pacientů během léčby podle vzdělání	52
Tabulka č. 9: Stravovací zvyklosti pacientů před léčbou podle měsíčního příjmu v tisících korunách	53
Tabulka č. 10: Stravovací zvyklosti během léčby podle měsíčního příjmu v tisících korunách	53