



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Specifika výživy u pacientů s celiakií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ/OCHRANA
VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

Autor: Aneta Eichlerová

Vedoucí práce: Mgr. David Kimmer

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Aneta Eichlerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Davidu Kimmrovi za jeho odborné vedení, za cenné rady a připomínky a také za trpělivost a ochotu při psaní mé závěrečné práce. Také bych ráda poděkovala respondentům, kteří byli ochotni zapojit se do výzkumné části mé bakalářské práce.

SPECIFIKA VÝŽIVY U PACIENTŮ S CELIAKIÍ

Abstrakt

Celiakie je chronické, autoimunitní onemocnění tenkého střeva vyvolané intolerancí lepku (glutenu). Toto onemocnění je jedno z nejčastějších chronických onemocnění na světě, přičemž počet nemocných stále narůstá. Prevalence celiakie v České republice je dle nejnovějších zdrojů udávána 1:100 až 1:200 (1 nemocný na 100-200 zdravých jedinců), celiakií tedy trpí asi 50 000-100 000 pacientů. Jedinou možnou léčbou tohoto onemocnění je celoživotní dodržování bezlepkové diety.

Cílem této práce je zjistit specifika výživy u pacientů s celiakií. Stanoveny byly 4 výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké zdroje informací pacienti nejčastěji využívají?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je dostupnost bezlepkových potravin a stravovacích služeb, které nabízí bezlepkovou stravu?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký přístup mají pacienti s celiakií k dodržování výživových doporučení?

Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry je u pacientů s celiakií ovlivněn jejich sociální status?

Práce je tvořena teoretickou a empirickou částí. Teoretická část zahrnuje základní informace o celiakii, o historii tohoto onemocnění, diagnostice, léčbě a také o možných komplikacích, které mohou nastat při nedodržování bezlepkové diety. Práce se dále zabývá bezlepkovou dietou, u které jsem se zaměřila mimo jiné na méně známé potraviny vhodné pro bezlepkovou dietu a jejich nutriční složení.

Empirická část je uskutečněna pomocí kvalitativní metody, kdy byl pro sběr dat využit polostrukturovaný rozhovor. Respondenty tvořilo 14 pacientů s diagnostikovanou celiakií, kteří byli získáváni technikou sněhové koule. Rozhovor byl rozdělen do 5 oblastí, které se týkaly vyjma demografických údajů také symptomů onemocnění, informačních zdrojů, situace bezlepkových potravin na trhu, přístup respondentů k dodržování bezlepkové diety a výživových doporučení a ovlivnění života a sociálního statusu respondentů. Výstupem práce je informační leták o celiakii a bezlepkové dietě.

Z výsledků vyplývá, že respondenti nejčastěji jako zdroj informací využívají internetové portály, kdy za neužitečnější označili internetové diskuze. Validní zdroje informací respondenti příliš nevyhledávají. Dostupnost a nabídka bezlepkových potravin se za posledních pár let výrazně zlepšila, zlepšení nastalo také v oblasti stravovacích služeb. Bezlepkovou dietu respondenti většinou neporušují, snaží se také žít zdravým životním stylem a dodržovat výživová doporučení. Přestože byla celiakie velkým zásahem do života respondentů, k výraznému ovlivnění jejich sociálního statusu nedošlo.

Klíčová slova:

anatomie, celiakie, lepek, bezlepková dieta, bezlepkové potraviny

SPECIFICS OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE

Abstract

Celiac disease is a chronic autoimmune disorder affecting the small intestine caused by gluten intolerance. This disease is one of the most common chronic diseases in the world and the number of diseased still grows. Prevalence of the celiac disease is stated to be between 1 in 100 and 1 in 200 in the Czech republic according to most actual sources (1 affected in 100 to 200 healthy persons), that means there is 50 000 to 100 000 patients suffering from celiac disease. The only know effective treatment is a strict lifelong gluten-free diet.

The goal of this work is to find out nutrition specifics of patients affected by celiac disease. Four research questions were set down:

1. Which sources of information do patients use most often?
2. How good is availability of gluten-free foodstuff and food services offering gluten-free meals?
3. What is patients' attitude to observing the diet recommendations?
4. To which extent is social status of patients suffering from celiac disease affected?

The work is divided into theoretical and empirical part. Theoretical part includes general information about celiac disease, about its history, diagnosing, treatment and complications which can occur when gluten-free diet isn't kept. The work is dealing with gluten-free diet where I concentrated on less know foodstuff for gluten free diet and their nutrition facts besides other things.

Empirical part was realized by qualitative method where semi-structured interview was used for collection of data. Respondents were 14 patients with diagnosed celiac disease who were recruited by snowball technique. Interview was divided into 5 areas related to demographic data, symptoms, information sources, situation on gluten-free food market, patients' attitude to keeping the gluten-free diet and diet recommendations and about

influence of disease on respondents' lives and social status. Output of this work is a leaflet about celiac disease and gluten-free diet.

Results shows that respondents mostly use web pages as a source of information where they pointed out forums as the most useful. Valid sources of information aren't much searched for. Availability and supply of gluten-free foodstuff has considerably improved in the last few years. Similar improvement occurred in the area of food services as well. Respondents usually abide by the gluten-free diet and they try to keep healthy lifestyle and follow the diet recommendations. Despite the fact that celiac disease had big impact on respondents' lives their social status wasn't much affected.

Key words:

anatomy, celiac disease, gluten, gluten-free diet, gluten-free foods

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Gastrointestinální trakt	11
1.2 Celiakie	13
1.2.1 Historie celiakie	13
1.2.2 Definice celiakie	14
1.2.3 Prevalence	17
1.2.4 Lepek (gluten)	17
1.2.5 Klinický obraz	18
1.2.6 Diagnostika a screening celiakie	20
1.2.7 Léčba celiakie	22
1.2.8 Komplikace celiakie a přidružené nemoci	22
1.2.9 Prevence	23
1.3 Bezlepková dieta	24
1.3.1 Podstata bezlepkové diety	24
1.3.2 Nevhodné potraviny pro bezlepkovou dietu	26
1.3.3 Vhodné potraviny pro bezlepkovou dietu	27
1.3.4 Rizikové potraviny	27
1.3.5 Přidatné látky a celiakie	28
1.3.6 Vitaminy a minerální látky	29
1.4 Bezlepkové potraviny	29
1.4.1 Označování bezlepkových potravin	29
1.4.2 Bezlepkové potraviny a jejich nutriční stav	30
1.4.3 Limity lepku v potravinách	34
1.5 Legislativa	35
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
3 METODIKA	37
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	37
4 VÝSLEDKY	39
5 DISKUZE	68

6 ZÁVĚR	77
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ	85
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	87

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: „Specifika výživy u pacientů s celiakií“. Celiakie je dle mého názoru v současné době velmi aktuální téma a také velmi častým onemocněním, jímž trpí stále více osob. Ve svém okolí mám několik přátel a také členy rodiny, kteří tímto onemocněním trpí. Toto téma jsem tedy volila také proto, abych rozšířila své znalosti a získala o celiakii nové informace.

Celiakie je chronické, autoimunitní onemocnění tenkého střeva vyvolané intolerancí lepku (glutenu). Toto onemocnění je způsobeno poruchou imunity, kdy jsou imunitním systémem produkovány autoprotilátky poškozující vlastní buňky našeho těla – enterocyty. Následkem této imunitní reakce dochází k poškození střevní sliznice a následné atrofii či k úplnému vymizení slizničních klků. V návaznosti na poškození střevní sliznice dochází u pacientů ke zhoršenému vstřebávání živin do krve a tělo tak trpí nedostatkem vitaminů a minerálních látek. Prevalence celiakie v České republice je dle nejnovějších zdrojů udávána 1:100 až 1:200 (1 nemocný na 100-200 zdravých jedinců), což znamená, že celiakií u nás trpí asi 50 000-100 000 pacientů, přičemž sledováno jich je pouze nízké procento. Jedinou možnou léčbou tohoto onemocnění je celoživotní dodržování bezlepkové diety, jejíž podstatou je vyloučení veškerých potravin obsahujících lepek. Lepek se vyskytuje v pšenici (včetně špaldy, semoliny a kamutu), žitu a ječmeni. Otázka ovsa ve vztahu k bezlepkové dietě zůstává i nadále otevřenou záležitostí a předmětem mnoha diskuzí a výzkumů, jeho konzumace ovšem není odborníky doporučována. Naopak vhodnými potravinami pro bezlepkovou dietu jsou brambory, rýže, kukuřice, luštěniny, cizrna, proso, pohanka, quinoa, čirok či amarant. Přirozeně bezlepkové potraviny jsou také teff, slzovka obecná, lupina, chia semínka či fonio. Tyto potraviny ovšem nejsou v České republice zatím příliš známé, přesto jsou díky svému nutričnímu složení a obsahu vitaminů a minerálních látek velkým přínosem pro bezlepkovou dietu.

Bakalářská práce zahrnuje základní informace o celiakii a bezlepkové dietě, kdy jsem se zaměřila mimo jiné na méně známé potraviny vhodných pro bezlepkovou dietu a jejich nutriční složení.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Gastrointestinální trakt

V této kapitole jsou obsaženy základní informace o gastrointestinálním traktu. Je zde nejprve popsán po obecné stránce, následně jsou popsány také jeho jednotlivé části.

Gastrointestinální systém (dále jen GIT, stavba trávicí soustavy viz příloha obrázků č. 1) zastává v našem těle dvě základní funkce, a to příjem a zpracování potravy (Merkunová, 2008). Jinými slovy zajišťuje mechanické a chemické trávení přijaté potravy (Mourek, 2012). Proces zpracování potravy probíhá ve třech fázích, které na sebe navzájem navazují. Tento děj začíná nejprve trávením potravy, pokračuje resorpcí živin a je ukončen odstraněním nestrávených či nestravitelných zbytků potravy a odpadních látek z našeho těla (Machová, 2016). Vyjma těchto dvou základních funkcí plní GIT několik dalších funkcí, zahrnujících kupříkladu ochrannou funkci (tedy ochranu před škodlivými vlivy) nebo také zásobní funkci, kdy dochází k ukládání některých látek do zásoby (např. tuky, sacharidy, železo či vitamin B) (Mourek, 2012). GIT je tvořen vlastními orgány trávicí trubice, kam řadíme dutinu ústní (cavum oris), hltan (pharynx), jícen (oesophagus), žaludek (gaster, ventriculus) a v neposlední řadě také tenké (intestinum tenue) a tlusté střevo (colon, intestinum crassum). Druhou část GIT tvoří přídatné orgány, kam patří slinné žlázy (příušní, podčelistní a podjazyková žláza), játra (hepar), žlučník (vesica fellea) a slinivka břišní (pankreas) (Machová, 2016; Merkunová, 2008).

Dutina ústní je ze stran ohraničena tvářemi a její přední část je tvořena rty. Kostěným podkladem dutiny ústní je dolní a horní čelist, která je dále tvořena tvrdým a měkkým patrem. V dutině ústní se také nacházejí zuby a jazyk, její nedílnou součástí jsou i chuťové pohárky a slinné žlázy. Základní funkcí ústní dutiny je příjem potravy. Potrava je v ústech mechanicky rozmělněna, promísena se slinami a probíhá zde její první chemické zpracování (vlivem enzymů dochází ke štěpení škrobů) (Merkunová, 2008; Mourek, 2012; Machová, 2016).

Hltan je trubicovitý útvar, jenž má nálevkovitý tvar. Skládá se ze tří částí, konkrétně z nosohltanu, ústní části hltanu (tyto dvě části jsou součástí dýchacího ústrojí) a z hrtanové části hltanu, na niž navazuje jícen. V této části hltanu dochází ke křížení dýchacích a polykacích cest. Při polykání dochází k uzavření příklopky hrtanové, která

zamezuje vniknutí sousta do plic. Z hltanu následně putuje sousto do jícnu (Machová, 2016; Dylevský, 2011).

Jícen je svalová trubice, spojující hltan se žaludkem. Délka jícnu dosahuje asi 25-28 centimetrů. Jeho funkce spočívá v posouvání sousta do žaludku, k němuž dochází vlivem kontrakcí svalů jícnu (Dylevský, 2011; Machová, 2016).

Žaludek je vakovitý útvar nacházející se v dutině břišní pod bránicí. V žaludku dochází k zadržování a shromažďování přijaté potravy, která je následně promíchána s žaludečními šťávami a dále rozmělnována. Tímto procesem vznikne chymus, jenž je postupně posouván do duodena (Dylevský, 2011; Machová, 2016; Merkunová, 2008).

Tenké střevo tvoří nejdůležitější část GIT. V tenkém střevě totiž dochází k dokončování trávení, vstřebávání živin a odvádění odpadních látek a nestravitelných či nestrávených zbytků do tlustého střeva. Trávení v tomto útvaru začíná v duodenu, kam byla posunuta trávenina z žaludku. V této části dochází k trávení a štěpení živin díky enzymům slinivky břišní (tyto enzymy napomáhají štěpení cukrů, tuků a bílkovin) a žluči (nezbytná pro trávení tuků). V dalších částech tenkého střeva poté dochází ke vstřebávání látek přes klky do krevního oběhu a následnému posunutí nestravitelných či nestrávených zbytků do tlustého střeva (Velemínský, 2011; Machová, 2016).

Tenké střevo je trubicovitý útvar dlouhý 3-5 metrů, který se skládá ze tří částí – dvanáctníku (duodenum), lačnicku (jejunum) a kyčelníku (ileum). Sliznice tenkého střeva je pokryta klky (villi intestinales, stěna tenkého střeva s klky je znázorněna v obrázku č. 2) zvětšujících její povrch. Jedná se o vysoké výběžky pokrytých vrstvou střevních buněk – enterocyty. Klky jsou významným útvarem sliznice tenkého střeva. Právě zde dochází ke vstřebávání významných látek (vitaminy, aminokyseliny, rozštěpené cukry a tuky) do krve a následně do jater (Dylevský, 2011; Dylevský, 2009).

Tlusté střevo tvoří konečný oddíl trávicí soustavy. Tlusté střevo je rozděleno do několika částí. První část tlustého střeva tvoří slepé střevo společně s červovitým výběžkem (appendix), dále následuje vzestupný tračník, příčný tračník, sestupný tračník a esovitá klička. Poslední částí tlustého střeva je konečník, který je zakončen řitním otvorem. Z tenkého střeva se do tlustého střeva dostávají nestravitelné či nestrávené zbytky potravy. V tlustém střevě dochází ke vstřebávání solí, vody a k zahuštění obsahu

střeva. Zbytky potravy zde procházejí také kvašením a hnitím, což vede ke vzniku stolice a poté k vyprázdnění obsahu tlustého střeva (Dylevský, 2011; Machová, 2016).

1.2 Celiakie

1.2.1 Historie celiakie

Přestože se může zdát, že je celiakie onemocnění moderního světa, kořeny tohoto onemocnění sahají hluboko do historie.

„Historie lidstva a evoluce celiakie jsou vzájemně propojeny vývojem pšenice a lepku; jak se vyvíjely, jak se nadále vyvíjejí a jak ovlivňují lidstvo dnes po celém světě v podobě poruch a potíží způsobených lepkem.“ (Fasano, 2015, s. 29)

Do doby před asi 10 000 lety, kdy se zrodila průmyslová revoluce, se lidé živilí pouze sběrem plodů (ovoce, ořechy) a lovem. V období průmyslové revoluce začali lidé chovat zvířata a také pěstovat plodiny, mezi které patřila také pšenice. Právě ta se stala jednou z nejcennějších plodin (Fasano, 2015). Obilí se stalo běžnou součástí stravy, což mělo za následek určité změny v organismu. Trávicí trakt se musel přizpůsobit nové bílkovině obsažené v obilí, na kterou nebyl zvyklý. Jak je známo, každý člověk je jiný a také organismus každého člověka reaguje na změny rozdílně. Po zavedení lepku (glutenu) do stravy se trávicí trakt některých jedinců nedokázal dobře vypořádat s přítomnými bílkovinami a začaly se u nich objevovat žaludeční obtíže (Ali, 2015). Díky vlivu lepku na organismus člověka došlo k pozměnění dvou genů, které souvisejí s funkcí tenkého střeva (více v následující kapitole). Tyto geny, které nesly informaci o pro tělo škodlivé látce, byly dále předávány potomkům (Červenková, 2006).

I když celiakie vzbudila zájem veřejnosti až v průběhu posledních let, zmínky o ní můžeme nalézt již v antických dobách či v dobách starého Egypta. První zmínky s popisem obrazu dítěte s nafouklým břichem je možné nalézt již v lékařské literatuře starého Řecka a starého Egypta (Kohout, 2006).

Celiakie byla poprvé popsána v druhé polovině 2. století n. l. antickým lékařem Galénem (známý také jako Areteus z Kappadokie). Onemocnění popsal ve svém spise „Náchylnost k celiakii“, kde popisuje pacienta s neprospíváním, průjmy a chronickými bolestmi břicha. V jeho spisech byl také poprvé použit výraz „koilakos“, jehož význam

v překladu znamená trpící střevními obtížemi. Z tohoto řeckého slova vznikl název coeliac (celiakie) (Možná, 2006; Ali 2015).

První popis celiakie v moderní době je spojen především se jménem Samuel Gee, který v roce 1888 popsal typické obtíže tohoto onemocnění. Gee byl přesvědčen, že se celiakie úzce pojí s jídelníčkem, a že je možné pacienty s celiakií léčit dietou. Pacientům doporučoval co nejvíce omezit ve svém jídelníčku mouku a výrobky z ní. V průběhu dvacátých let 19. století byly zaváděny různé diety, o kterých se myslelo, že by pacientům mohly pomoci od potíží. Mezi tyto diety patřily například ovocná, uhlovodanová nebo banánová dieta. Banánová dieta, kterou propagoval Sidney Haas, byla v té době považována za účinnou, především proto, že díky ní byly z jídelníčku vyřazeny výrobky z obilí. Až v roce 1950 identifikoval holandský pediatr K. W. Dicke skutečný spouštěč obtíží, obilnou bílkovinu „gluten“. Důkazem, že je Dickeho tvrzení pravdivé dopomohlo zjištění, že za 2. světové války, kdy byl nedostatek obilí a chleba, došlo ke zlepšení stavu dětí trpících celiakií. Po skončení války a znovuzavedení obilné mouky do stravy, došlo u těchto dětí k opětovnému zhoršení zdravotního stavu. Zjištění doktora Dickeho je bezlepková dieta základem léčby celiakie (Ali, 2015; Bass, 2013).

1.2.2 Definice celiakie

Charakteristika onemocnění

Toto onemocnění patří mezi jedno z nejčastějších chronických onemocnění na světě (Frühauf, 2009). Celiakie je dvakrát častější, než například výskyt jiných chronických onemocnění trávicí soustavy (jako je například Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida a cystická fibróza) dohromady (Fasano, 2015).

Definice tohoto onemocnění se v různých odborných literaturách mírně liší, autoři totiž využívají různé doplňující informace o celiakii. Uvedu příklad dvou autorů.

V knize, na které se Kohout (2010) podílel, lze nalézt definici celiakie ve znění: *„Celiakie (glutenová enteropatie, celiakální nebo netropická sprue) je onemocnění, při kterém dochází na podkladě autoimunitní reakce k poškození sliznice tenkého střeva. Tato reakce je podmíněna genetickou dispozicí a spouštěna přítomností lepku, resp. jeho štěpů (toxické peptidy) ve střevním lumen. Tato autoimunitní reakce vede ke vzniku protilátek proti enterocytům a následně tak dochází k poškození sliznice tenkého střeva*

různého rozsahu – od minimálních změn (zvýšený počet lymfocytů v submukóze tenkého střeva) po těžkou atrofii tenkého střeva s malabsorpčním syndromem. Malabsorpce vede u pacientů s neléčenou celiakií k hypovitaminóze, především vitamínů v tuku rozpustných, zhoršení absorpce vápníku, dále především tuků a následně vzniku proteinoenergetické malnutrice.“ (Kohout et al., 2010, s. 87)

Frič (2008) definuje celiakii následovně: „*Celiakální sprue (CS; synonyma: celiakie, glutenová enteropatie) je autoimunitní hereditární onemocnění způsobené trvalou nesnášenlivostí lepku (glutenu), tj. hlavní bílkovinné složky v povrchní části pšenice, žita a ječmene. Jde o geneticky podmíněnou ztrátu orální tolerance na jeho některé štěpné produkty (peptidy), které vyvolávají u geneticky disponovaných jedinců trvalou tvorbu protilátek k těmto peptidům, a posléze i k některým vlastním bílkovinám lidského organismu (autoprotilátek).*“ (Frič, 2008, s. 5)

Obecně se hovoří o celiakii (celiakální sprue – dále pouze CS, nesnášenlivost lepku) jako o chronickém, autoimunitním onemocnění tenkého střeva vyvolaném intolerancí (nesnášenlivostí) lepku (glutenu) (Ali, 2015; Fasano, 2015). Pojmem autoimunitní onemocnění se rozumí takové onemocnění, které vzniklo na podkladě poruchy imunitního systému. Celiakie je způsobena poruchou protilátkové imunity, kdy lymfocyty produkují protilátky proti vlastním buňkám (takzvané autoprotilátky). Při celiakii dochází k vytváření protilátek proti obilné bílkovině, glutenu. Tyto protilátky reagují se strukturami tenkého střeva, čímž dochází k poškození střevní sliznice a následné atrofii či úplnému vymizení klků (Shoenfeld, 2007). Celiakální sprue je geneticky podmíněná, což tedy znamená, že pokud má člověk k tomuto onemocnění genetickou dispozici (má ve své genetické výbavě lidské leukocytární antigeny HLA-DQ2 či HLA-DQ8), je pravděpodobné, že se u něj celiakie dříve či později objeví (Kovářů, 2013; Sarno, 2015). Dle názorů odborníků se tyto antigeny (HLA-DQ2 a HLA-DQ8) vyskytují u 30 % až 40 % populace (Allen, 2015). Vyjma genetické predispozice se na rozvoji celiakie pravděpodobně mohou podílet také jiné faktory, mezi které řadíme například prodělání virové infekce, poškození tkání, těhotenství či různé stresové situace (Mocan, 2016).

Výzkumy ukazují, že celiakii trpí častěji ženy než muži (u žen je dvakrát až třikrát častější výskyt celiakie než u mužů) (Ali, 2015). Jak již bylo řečeno, celiakie je dědičné onemocnění, a právě díky dědičným faktorům jsou příbuzní pacienta více ohroženi

možným rozvojem onemocnění. Jako příklad lze uvést výskyt celiakie u příbuzných prvního stupně, který je udáván v 8-18 %, u jednovaječných dvojčat je výskyt celiakie mnohem vyšší, dosahuje až 70-75 % (Frič, 2011).

Patologické změny tenkého střeva u celiakie

Celiakie je onemocnění postihující tenké střevo (ukázkou nepoškozené sliznice tenkého střeva s viditelnými klky znázorňuje obrázek č. 3). Postiženy jsou především dvě části tenkého střeva a to jejunum a duodenum (Frič, 2013). Tenké střevo plní v našem organismu několik základních funkcí, mezi které patří trávení a vstřebávání živin. V případě, že není tenké střevo schopno využít živiny potřebné pro náš organismus, dochází ke stavu zvanému jako malasimilace. Malasimilace se rozděluje na dvě podskupiny, kterými jsou maldigesce a malabsorpce. Při maldigesci dochází k poruchám trávení, jenž jsou spojeny s poruchami motility střev a také s nedostatkem trávicích šťáv (Kopáčová, 2016; Nohejlová, 2013). V případě celiakie nás ovšem zajímá druhá podskupina, tedy malabsorpce, při níž dochází k poruchám vstřebávání (Kopáčová, 2016). Malabsorpce je důsledkem zánětlivých změn na sliznici tenkého střeva (sliznice poškozena zánětem je vyobrazena na obrázku č. 4), kdy vlivem autoimunitní reakce imunitního systému dochází k poškozování slizničních klků nebo až k jejich atrofii (sliznice střeva s atrofií klků je viditelná na obrázku č. 5). Díky tomuto poškození tenkého střeva dochází ke zhoršenému vstřebávání potřebných látek do krve a jejich následnému nedostatku v těle (Lukáš, 2007; Bass, 2013).

K rozvoji celiakie a poškození tenkého střeva dochází u pacientů, kteří mají ve své genetické výbavě geny HLA-DQ2 a HLA-DQ8. Tyto geny lokalizované na šestém chromosomu mají souvislost s funkcí tenkého střeva. V případě požití stravy s glutenem dochází k reakci imunitního systému, při níž se v submukose tenkého střeva začnou tvořit protilátky, které vlivem autoimunitní reakce poškozují vlastní buňky našeho těla - enterocyty (Kovářů, 2013; Červenková, 2006; Gabrovská, 2015). Vyjma tvorby protilátek dochází také k produkci cytokininů způsobujících zánět střevní sliznice. Buňky imunitního systému následně poškozují klky na sliznici tenkého střeva, které postupem času vymizí (Červenková, 2006). V souvislosti s vyhlazením slizničních klků dochází ke zmenšení střevní plochy, což má za následek, jak již zde bylo řečeno, zhoršené vstřebávání živin (malabsorpce) (Bass, 2013).

1.2.3 Prevalence

O celiakii bylo dlouhá léta smýšleno, jako o vzácném onemocnění, jehož prevalence se udávala 1:1000 až 1:3000 (tedy 1 nemocný na 1000-3000 zdravých jedinců). Dnes je již známo, že je celiakie mnohem častější, než se dříve myslelo, a dokonce bylo prokázáno, že se jedná o jedno z nejčastějších celoživotních, chronických onemocnění (Nevoral, 2013). Uvádí se, že celiakie postihuje až 1 % populace, přičemž prevalence onemocnění je pro různé geografické oblasti rozdílná (Kohout a Pavlíčková, 2010). V současné době dochází v mnoha rozvojových zemích ke zvýšenému výskytu tohoto onemocnění. Dle dostupných zdrojů je to dáno přizpůsobováním se západní stravě, změnami v produkci a přípravě obilí či vyššímu povědomí o této nemoci (Ippolito, 2012). V Evropě, USA (odhady udávají až 3 miliony nemocných s celiakií) a severní Africe je prevalence celiakie vyšší než například v Číně či Japonsku. To je pravděpodobně dáno nižším výskytem genů HLA-DQ2 - HLA-DQ8, a také stravovacími návyky některých asijských zemí, které konzumují více rýže než obilí (Kohout a Pavlíčková, 2010; Marquardt, 2008; Nevoral, 2013; Frič, 2011). V České republice se prevalence celiakie udává 1:200 až 1:250 (1 nemocný na 200-250 zdravých jedinců), což znamená, že v naší zemi je přibližně 40 000-50 000 osob trpících celiakií. Z celkového počtu je diagnostikováno a sledováno pouze asi 10-15 % (přibližně 3 000-4 000 nemocných) (Kohout a Pavlíčková, 2010; Frič, 2011).

Jedna z literatur naznačuje, že se počet pacientů s celiakií v České republice stále zvyšuje. Prevalence je zde uváděna 1:100 až 1:200, což značí, že touto poruchou trpí asi 50 000-100 000 osob, sledováno je ovšem pouze asi 6 000-9 000 osob (Gabrovská et al., 2015). Jak je možné pozorovat na jednotlivých prevalencích, počet pacientů s CS stále stoupá.

1.2.4 Lepek (gluten)

Jedná se o zásobní bílkovinu obsaženou v obilných zrnech (Ali, 2015; Možná, 2006). Obilné zrno je tvořeno 4 základními typy bílkovin (proteinů), mezi které patří albuminy, globuliny, prolaminy (gliadiny) a gluteliny (Gabrovská, 2015). Gluten je tvořen prolaminy, které jsou rozpustné v alkoholu a gluteliny, které jsou rozpustné ve vodě. Prolaminy různých druhů obilovin jsou pojmenovány odlišně. V pšenici se jedná o gliadin, v žitu je to sekalin a v ječmeni je obsažená bílkovina hordein. V případě ovsa se jedná o bílkovinu zvanou avenin (Bass, 2013).

Některé prolaminy (především gliadin) jsou schopny díky své toxicitě vyvolat imunitní reakci, díky které se aktivuje zánětlivá reakce v tenkém střevě. Tato zánětlivá reakce ničí klky a ztenčuje se povrch střeva. Následkem toho jsou ničeny enzymy, které jsou potřebné ke správnému trávení, a dochází ke zhoršení vstřebávání živin. U pacientů s celiakií působí gliadin toxicky tím, že podněcuje lymfocyty k reakci na enterocyty, které jsou poškozené následkem této reakce (Ali, 2015).

Lepek lze definovat mnoha způsoby. Jedna z těchto definic lepku zní: „*Lepek (gluten) je směs prolaminových a glutelinových bílkovin, které se nacházejí společně se škrobem v endospermu obilovin a to konkrétně pšenice, žita, ječmene, ovesa nebo jejich zkřížených odrůd. Prolaminové a glutelinové frakce bílkovin se nacházejí i v ostatních obilovinách či pseudoobilovinách, ale označení „lepek“ platí jen pšeničné, ječné, žitné a ovesné frakce těchto bílkovin.*“ (Gabrovská, 2015, s. 50)

1.2.5 Klinický obraz

Příznaky celiakie

Každý člověk je jiný, a také klinické projevy celiakie se u každého člověka liší (Ali, 2015). Klinické projevy celiakie jsou velmi rozmanité a mají také různou intenzitu (Nevoral, 2013). To, jakým způsobem a v jaké formě se u pacienta projeví, záleží z velké části na jeho věku. U dospělých pacientů ve většině případů převládají mimostřevní příznaky a nespecifické gastrointestinální obtíže, ze kterých můžeme jmenovat například anémii, osteoporózu, únavu či depresi. Tyto nespecifické symptomy si málokdo spojí s tímto onemocněním a také z tohoto důvodu může být celiakie u dospělých diagnostikována až po několika letech. U dětí se většinou jedná o klasické střevní symptomy, například celkové neprospívání, bolestmi břicha, nafouknuté břicho či nepřibývání na váze (Ali, 2015; Kohout a Pavlíčková, 2010).

Podle odhadů se příznaky celiakie objevují pouze u jednoho ze tří až sedmi dospělých pacientů. Ostatní pacienti, kteří mají mimostřevní příznaky či nemají žádné projevy onemocnění, zůstávají nediodagnostikováni (Nevoral, 2013).

Příznaky celiakie se dělí na gastrointestinální (abdominální) a mimostřevní (extraabdominální). Do gastrointestinálních příznaků se řadí bolesti břicha, zvýšená plynatost a nadýmání, nevolnost, průjem či zácpa. Mimostřevní příznaky tvoří rozsáhlou skupinu a zahrnují například podvýživu, únavu, úbytek na váze, celkovou

slabost, anémii (chudokrevnost), osteoporózu či osteomalácií, plešatost, neplodnost, bolesti hlavy, deprese, zhoršenou obranyschopnost organismu a nedostatek vitaminů a minerálních látek v těle (Ali, 2015; Kohout a Pavlíčková, 2010).

Nedostatek vitaminů a minerálních látek v těle je zapříčiněn poškozením sliznice tenkého střeva, která tak nedokáže plně plnit svoji funkci, čímž dochází ke zhoršenému vstřebávání živin do krve. Jmenované mimostřevní příznaky souvisejí právě s nedostatkem některých vitaminů a minerálních látek. Jako příklad lze uvést anémii, která je projevem nedostatku železa a kyseliny listové. Pro kosti je pro změnu důležitý vitamin D a vápník, při jehož nedostatku vzniká osteoporóza (Bass, 2013; Kohout a Pavlíčková, 2010). Jako poslední příklad můžeme uvést únavu, která je zapříčiněna nedostatkem železa (Santon, 2013).

Formy celiakie

Formy celiakie jsou znázorněny v tabulce, kterou lze nalézt v příloze této práce pod názvem obrázek č. 6.

Klasická forma celiakie

Při klasické formě se u pacienta vyskytují typické příznaky pro CS. U dětí se jedná o příznaky zahrnující celkové neprospívání, opožděný růst, průjmy či například podvýživu a nafouknuté břicho. U dospělých se typickými příznaky rozumí průjmy, hubnutí a bolesti břicha. U plně rozvinutého onemocnění dochází k poruše vstřebávání živin (tuku, vitaminů a minerálních látek) a rozvoji anémie a osteoporózy (Kohout a Pavlíčková, 2010). Touto formou trpí pouze asi desetina pacientů (Bass, 2013).

Atypická forma celiakie

U této formy celiakie se vyskytují především mimostřevní příznaky, mezi které řadíme například anémii, ztrátu hmotnosti, epilepsii, depresi či únavový syndrom (Kohout a Pavlíčková, 2010). Tato forma často postihuje kůži, mozek a játra, které jsou dobře zásobeny tkáňovou transglutaminázou (Nevoral, 2013). Při této formě je obtížné určit správnou diagnózu, a to především z důvodu nespecifických příznaků pro CS, které ani v nejmenším nenaznačují, že by se mohlo jednat o onemocnění postihující tenké střevo (Bass, 2013).

Silentní forma celiakie (tichá, bezpříznaková)

Jak již naznačuje název, jedná se o formu celiakie, kterou nedoprovází žádné příznaky a pacient netrpí žádnými obtížemi, díky kterým by se onemocnění dalo snadno určit a rozpoznat od jiných onemocnění. To je také důvod, proč často uniká pozornosti lékařů i pacientů. Sliznice tenkého střeva je ovšem poškozena, a pokud nedojde ke včasné diagnóze, mohou se u pacientů disponovaných tichou formou celiakie rozvinout závažné komplikace (například střevní lymfom či jiné zhoubné nádory, různá infekční onemocnění či selhání střeva) (Ali, 2015; Bass, 2013; Kohout a Pavlíčková, 2010; Gabrovská et al., 2015). Osoby s touto formou onemocnění jsou obvykle objeveny díky screeningu celiakie u rizikových skupin (například výskyt celiakie u příslušníka rodiny) (Novoral, 2013).

Latentní forma celiakie

Tato forma se vyskytuje u osob, u kterých již v minulosti byla diagnostikována celiakie, a kteří nyní konzumují potraviny obsahující lepek, aniž by se u nich projevil obtíž. Pacientovi jsou v krvi prokázány specifické protilátky, které jsou typické pro CS, ovšem biopsie tenkého střeva neprokazuje žádné patologické poškození střevní sliznice. I přes tuto skutečnost se pacientovi i nadále doporučuje dodržovat bezlepkovou dietu (Ali, 2015; Kohout a Pavlíčková, 2010; Nevorál, 2013).

Potenciální forma celiakie

Jedná se o zvýšené riziko manifestace celiakie, kdy není pacientům prokázána přítomnost specifických protilátek a také biopsie tenkého střeva nic neprokáže. Přesto je u osob s potenciální formou celiakie zvýšené riziko přechodu na jinou formu CS a manifestaci onemocnění (Kohout a Pavlíčková, 2010).

1.2.6 Diagnostika a screening celiakie

Diagnostika

U CS je důležité diagnostikovat ji co nejdříve, aby nedošlo k negativním dopadům na zdraví (Novoral, 2013). Frič (2013) v jednom z odborných článků konstatoval, že je celiakie i nadále diagnostikována nedostatečně a často také pozdě. Hlavní příčinu pozdní diagnostiky vidí v odlišnosti klinických projevů u různých věkových skupin, kdy se typické střevní příznaky (průjem, křeče, nafouklé břicho, celkové neprospívání apod.)

vyskytují především u malých dětí a s přibývajícím věkem tyto střevní příznaky ustupují do pozadí a převládají příznaky mimostřevní (anémie, deprese, impotence, glutenová ataxie, Duhringova dermatitida apod.). V této souvislosti dochází ke ztížení určení správné diagnózy a pacient tak může být po dlouhou dobu v péči několika lékařů s různou odborností, nežli je zjištěna správná diagnóza.

Kohout (2010) ve své knize uvádí diagnostický postup, jak by se mělo postupovat při podezření na onemocnění celiakií (diagnostika je znázorněna na obrázcích č. 7 a 8). Tento postup zahrnuje nejdříve zjištění anamnézy a fyzikální vyšetření. Dále následuje odběr biologického materiálu pro laboratorní vyšetření, kdy je podstatný především odběr krve. Z odebraného krevního séra je možné zjistit celkové IgA (imunoglobulin třídy A) a také titry protilátek proti tkáňové transglutamináze, dále je možné stanovit také protilátky proti gliadinu či endomysiu. U chorob asociovaných s celiakií je diagnostika zahájena vyšetřením genů HLA-DQ2 a HLA-DQ8, dále je zde možnost také vyšetření protilátek (Frühauf et.al., 2016). Poté je nutné provést také biopsii tenkého střeva a histologické vyšetření. V případě, že pacient nepodstoupí toto vyšetření, není možné stanovit diagnózu. Před vyšetřením je nutné, aby pacient konzumoval stravu s obsahem lepku, jelikož by mohlo vlivem bezlepkové diety (dále jen BLD) dojít ke zkreslení výsledků vyšetření. Díky tomuto vyšetření je možné stanovit diagnózu, a také míru poškození sliznice tenkého střeva. Pokud se jedná o celiakii, bude na vzorku odebrané tkáně viditelná atrofie až vymizení klků či zánětlivá infiltrace tenkého střeva (Kohout a Pavlíčková, 2010; Frič, 2008, Sládková, 2017). Správnost diagnózy je možné pozorovat po nasazení BLD, kdy dojde k vymizení příznaků onemocnění a také k celkovému zlepšení zdravotního stavu pacienta. Zároveň také díky léčbě dojde k obnově sliznice tenkého střeva, která nastává obvykle do 2-3 měsíců po nasazení bezlepkové diety (Kohout a Pavlíčková, 2010).

Dle nejnovějších kritérií pro diagnostiku celiakie není nutné u dětí provádět biopsii tenkého střeva, ovšem pouze za předpokladu, že jsou u dítěte přítomny klinické příznaky onemocnění a výstupní hodnoty vyšetřené krve jsou desetinásobně vyšší, než udávají stanové normy (Sládková, 2017).

Screening

Screeningem se rozumí aktivní vyhledávání chorob v časném stádiu u předem definované skupiny osob (rizikové skupiny) (Kohout a Pavlíčková, 2010). V roce 2011

byl k provádění cíleného screeningu CS vydán ministerstvem zdravotnictví metodický pokyn, jenž doporučuje u cílových skupin dvoustupňové vyšetření – stanovení celkového IgA a protilátek proti tkáňové transglutamináze, a dále provedení biopsie (Latta, 2012). Dle metodického pokynu se cílovými skupinami rozumí rizikové osoby a choroby, konkrétně například příbuzní 1. a 2. stupně, Duhringova dermatitida, anémie, Downův syndrom či deprese a poruchy chování. Dále se jedná o podezřelé symptomy například nízký obsah železa v séru, zvýšení jaterních enzymů v séru či opožděný psychosomatický vývoj. Nezanedbatelnou skupinou cíleného screeningu jsou také přidružené autoimunitní onemocnění jako diabetes mellitus I. typu (dále DM), autoimunitní thyreoiditida, lupus, autoimunitní hepatitida či Sjögrenův syndrom. Hlavním cílem tohoto screeningového programu je včasná diagnostika onemocnění a prevence komplikací onemocnění a mimo jiné také slouží k přesnějšímu určení prevalence celiakie v České republice (Věstník MZ ČR, 2011).

1.2.7 Léčba celiakie

CS je chronické autoimunitní onemocnění, které není možné vyléčit. Hlavní úlohu při léčbě celiakie hraje kauzální léčba, která je zaměřena na spouštěč této choroby – lepek. Základním léčebným opatřením je tedy striktní a celoživotní dodržování bezlepkové diety, kdy je nutné vyloučit ze stravy všechny potraviny obsahující lepek. Při dodržování bezlepkové diety obvykle dochází k vymizení příznaků onemocnění a také k obnově sliznice tenkého střeva. Zavedení BLD také slouží jako prevence možného vzniku komplikací, mezi které patří například nádorová onemocnění (Gabrovská, 2015).

1.2.8 Komplikace celiakie a přidružené nemoci

Na vzniku komplikací se může nepříznivě podílet pozdní diagnostika celiakie (důležitý je tedy věk pacienta, ve kterém mu bylo onemocnění diagnostikováno), dále nedodržování BLD a také přidružené autoimunitní choroby (Frič, 2013). Při pozdní diagnostice mohou komplikace vzniknout vlivem malabsorpce živin či z důvodu zhoršené funkce imunitního systému, jenž z důvodu poškození střevní sliznice nemůže plně vykonávat svoji funkci, což má za následek častější výskyt infekčních či nádorových onemocnění (Gabrovská, 2015). Ke komplikacím CS řadíme refrakterní sprue (jedná se o celiakii, která nereaguje na léčbu BLD), ulcerativní jejunoileitidu (velice vzácné onemocnění tenkého střeva kde dochází k tvorbě vředů), selhání střev, neuropsychiatrické komplikace či metabolickou osteopatii (Gabrovská, 2015; Kohout

a Rušavý, 2010). Nejzávažnější komplikací CS jsou nádorová onemocnění, a to především karcinom jícnu, karcinom žaludku a lymfom tenkého střeva (Kohout a Pavlíčková, 2010). Pacienti, kteří nepodstupují léčbu bezlepkovou dietou, mají oproti běžné populaci vyšší riziko vzniku nádorového onemocnění. U pacientů s CS se výskyt maligního nádoru odhaduje na 13 %. Nádory vznikají pravděpodobně vlivem snížené funkce imunitního systému a také z důvodu větší propustnosti střev (Nevoral, 2013; Kohout a Pavlíčková, 2010).

Celiakie se také často sdružuje s dalšími chorobami. To znamená, že pacient, kterému byla diagnostikována celiakie, může současně trpět i dalším onemocněním (Kohout a Pavlíčková, 2010). V takovýchto případech probíhá CS poměrně často asymptomaticky nebo jsou její příznaky maskovány druhým onemocněním (Frič, 2008). K diagnostice celiakie obvykle dochází až po klinické manifestaci sdružených chorob (Stránský, 2014).

Nejčastěji se CS sdružuje s dalšími autoimunitními chorobami, jejichž výskyt je u pacientů s celiakií 10-30x častější než je tomu u zbylé populace. Mezi nejčastější přidružené choroby patří autoimunitní thyreoiditida, která se vyskytuje u 10-20 % pacientů s celiakií. Dále se k nim řadí také autoimunitní hepatitida, kterou trpí 12-13 % celiaků či DM I. typu, jenž se vyskytuje u 3-12 % pacientů s celiakií. Podle dostupných zdrojů je incidence DM I. typu při celiakii 50 krát vyšší než je tomu u běžné populace. Dále mohu jmenovat například autoimunitní nefropatii, systémový lupus, Sjögrenův syndrom, Chronovu chorobu, ulcerózní kolitidu či Dawnův syndrom (Nevoral, 2013; Gabrovská, 2015; Frič, 2013; Prokopová, 2008).

U CS se může vyskytovat celá řada různých zdravotních obtíží zahrnující kupříkladu laktózovou intoleranci (tedy nesnášenlivost mléčného cukru), histaminová intolerance, fruktózová malabsorpce, potravinová alergie či dráždivý tračník (Bass, 2013; Gabrovská, 2015).

1.2.9 Prevence

V zásadě není možné předejít vzniku onemocnění, nýbrž pouze oddálit nástup nemoci. Existují ovšem doporučení, které mají spojitost s prevencí či oddálením počátku onemocnění. Jedná se o kojení, dále věk, kdy je do jídelníčku dítěte zaveden lepek

a v neposlední řadě je také důležité množství lepku ve stravě dítěte (Červenková, 2006; Nevoral, 2013).

Podle dosavadních studií bylo prokázáno, že u kojených dětí byla incidence onemocnění nižší než u nekojených dětí, což dokazuje, že mateřské mléko má projektivní účinek před tímto onemocněním. Doposud ovšem není zcela jasné, zda je tento účinek trvalý či jen odkládá manifestaci onemocnění. Vyjma zmíněného kojení je důležité také zavedení lepku do stravy. Optimálním obdobím zavedení lepku je okolo 4. - 7. měsíce života dítěte, a to pouze v malém množství, které by se mělo postupně zvyšovat. Také se doporučuje při zavedení příkrmů i nadále kojit (Nevoral, 2013; Frühauf, 2013). Určité studie také prokazují jistou souvislost mezi celiakii a rotavirovými infekcemi. Předpokládá se tedy, že by vakcinace proti rotavirovým infekcím mohla teoreticky přispět k prevenci CS (Nevoral, 2013).

Kohout (2010) ve své knize rozděluje prevenci celiakie na primární prevenci a sekundární prevenci. U primární prevence uvádí potenciální snížení incidence CS v populaci díky kojení a vhodné zavedení lepku do stravy dítěte (viz odstavec výše). Sekundární prevence podle Kohouta spočívá v zabránění zhoršení zdravotního stavu, tedy v dodržování striktní bezlepkové diety, mimo to zahrnuje také screeningové programy.

1.3 Bezlepková dieta

1.3.1 Podstata bezlepkové diety

Podstata bezlepkové diety spočívá ve vyloučení všech potravin, výrobků a nápojů obsahujících gluten. Je tedy nutné vyloučit ze svého jídelníčku pšenici – včetně špaldy, semoliny a kamutu, dále žito, ječmen, oves a výrobky z nich (Nevoral, 2013; Fasano, 2015). Bezlepková dieta je již po desetiletí jedinou možnou kauzální léčbou celiakie (Frič, 2008). Celiakie ovšem není jediným onemocněním, pro které je bezlepková dieta vhodným léčebným opatřením. Tato dieta najde uplatnění také u jiných poruch spojených s lepkem. Příkladem může být alergie na lepek, Dühringova dermatitida, glutenová ataxie či neceliakální glutenová senzitivita (Samasca, 2014; Foschia, 2016). Vyjma léčebných účelů našla BLD v posledních letech uplatnění také jako hubnoucí metoda celebrit či jako způsob zdravého životního stylu (Silvestr, 2016).

V případě CS dochází při dodržování BLD k vymizení symptomů onemocnění, dále k obnovení sliznice tenkého střeva a také k celkovému zlepšení zdravotního stavu pacienta a k prevenci vzniku komplikací (Gabrovská, 2015). Ovšem na druhé straně při nedodržování bezlepkové diety a opětovnému vystavování organismu kontaktu s glutenem může opět dojít k manifestaci klinických příznaků nebo až ke vzniku závažných komplikací (Samasca, 2014).

Je velmi důležité, aby měl pacient dostatek informací o BLD, a také aby byl dostatečně poučen od svého lékaře či výživového poradce. Lepek je totiž možné objevit i v pokrmech, v nichž bychom jeho přítomnost nepředpokládali, a je potřebné, aby si pacienti byli vědomi skrytých zdrojů lepku, jenž je možné objevit kupříkladu v uzeninách, omáčkách či v masových konzervách (Boulton, 2011; Foschia, 2016). Základ bezlepkové diety tvoří přirozeně bezlepkové potraviny, mezi něž řadíme kupříkladu rýži, amarant, brambory či fazole (Kohout, 2007).

Bezlepková dieta by měla být pestrá a vyvážená. Na počátcích onemocnění je vhodné pro sestavení jídelníčku využít pomoci nutriční terapeutky či výživového poradce. Vlivem poškození sliznice tenkého střeva se také v počátcích onemocnění doporučuje konzumovat doplňky stravy pro doplnění vitaminů a minerálních látek (především vápníku a železa). Vlákna, dříve získávaná z pečiva, je nyní nahrazena konzumací dostatečného množství ovoce a zeleniny. Zpočátku je vhodné omezit přísun mléka a mléčných výrobků (při laktóze intoleranci jejich úplné vysazení) a také tuků a smažených pokrmů (Příbylová, 2012; Nevoral, 2013; Svačina, 2008; Kohout, 2007).

Dle Prokopové (2008) je nutné kontrolovat etikety potravin a jejich složení. Vhodné je také nakupovat mouky, jež jsou primárně zpracované jako bezlepkové, tedy mouky označené jako bezlepkové. Přestože se může jednat o mouku vyrobenou z přirozeně bezlepkové suroviny, mohlo v procesu výroby této mouky dojít ke kontaminaci lepem a to například při mletí mouky či při přepravě. Při zkoumání složení výrobku je důležité zaměřit se mimo jiné také na přídatné látky.

Bezlepková dieta zasahuje významnou měrou život pacienta, jenž musí podstatně změnit svůj životní styl včetně jídelníčku (Silvestr, 2016). Vyjma způsobu života zasahuje BLD pacienta také po ekonomické stránce z důvodu její finanční náročnosti (Prokopová, 2008). Dostupnost bezlepkových potravin se za poslední roky výrazně zlepšila, přičemž došlo také k rozšíření sortimentu nejrůznějších bezlepkových surovin

(Samasca, 2014). Rozsáhlý sortiment bezlepkových výrobků zahrnuje chléb a jiné pečivo, těstoviny, mouky a směsi na pečení, sušenky, bezlepkové pivo a mnoho dalších (Příbylová, 2012). Kromě rozšíření nabídky bezlepkových potravin došlo také ke zlepšení možností veřejného stravování při BLD. Bezlepkové pokrmy jsou již připravovány také v některých školních jídelnách, závodním stravování nebo také v některých restauracích (Příbylová, 2012).

1.3.2 Nevhodné potraviny pro bezlepkovou dietu

Jak již zde bylo několikrát uvedeno, u BLD je nutné vyloučit ze stravy potraviny s obsahem glutenu. Mezi zakázané potraviny se tak řadí veškeré pokrmy obsahující mouku obilovin obsahujících gluten, tedy pšenice (včetně špaldy, semoliny a kamutu), ječmenu, žita, ovesa a také žitovce (jedná se o křížence žita a pšenice). Jako hlavní zdroje glutenu lze jmenovat pečivo, těstoviny, knedlíky, snídaně cereálie, nejrůznější cukrářské výrobky jako dorty či sušenky, mouka, kroupy, lámanka, ovesné vločky, kuskus, slad a droždí. Zakázané jsou také polévky s kroupami či krupicí a zahuštěné jíškou, omáčky zahuštěné moukou, strouhanka a obalované pokrmy (Nevoral, 2013; Fasano, 2015; Příbylová, 2012; Kovářů, 2013). Jak již zde bylo zmíněno v předchozí kapitole, lepek lze nalézt také v potravinách, ve kterých bychom jeho přítomnost nepředpokládali. Jedná se o takzvaný skrytý lepek, který mohou obsahovat například jogurty s obsahem škrobu, modifikované škroby, kečupy, majonézy, dresinky, v bujón, uzeniny (salámy, mleté maso, klobásy, jitrnice, párky, paštiky a pomazánky), masové konzervy či sójové omáčky (Nevoral, 2013; Gabrovská, 2015). Dále lze jmenovat kupříkladu kypřicí prášek do pečiva, kořenící směsi, zmrzlinu, cukrovinky (nugát, plněné čokolády, karamenky, pudinky, krémy), přídatné látky v lécích, náhražky kávy tedy obilné kávy (Caro, Vitakáva, Melta) či instantní kávy, polotovary, hotové mražené pokrmy nebo instantní polévky a mnoho dalších (Frič, 2008; Kovářů, 2013). Z alkoholických nápojů se k nevhodným pro bezlepkovou dietu řadí především pivo, lihoviny vyráběné z obilí a také destiláty, jenž jsou dobarvovány či doslazovány jinak dochucovány (především karamel) například desertní vína (Kohout, 2007; Kohout a Pavlíčková, 2010).

Marquardt (2008) ve své knize uvádí možnost výskytu lepku také v potravinových doplncích, v cereálních tyčinkách, v potravinách typu light, v čajových směsích, v modelovacích hmotách, či dokonce ve rtěnkách a zubní pastě.

Obecně platí zásada, že by měl pacient konzumovat pouze ty potraviny, které jsou označeny symbolem pro BLD (tedy přeškrtnutým klasem – viz dále) či označením „vhodné pro bezlepkovou dietu“ (Frič, 2008).

1.3.3 Vhodné potraviny pro bezlepkovou dietu

Pro BLD jsou vhodné takzvané přirozeně bezlepkové potraviny, mezi které řadíme brambory, rýži, kukuřici, proso (jáhly), luštěniny, konkrétně čočku, hrách, fazole, cizrnu a sóju, dále teff, tapioku, čirok či pseudoobiloviny, jako pohanka, amarant, quinoa, a výrobky z těchto potravin (Nevoral, 2013; Příbylová, 2012). Povolnými potravinami jsou také ořechy (jako mandle, pistácie, vlašské ořechy, paraořechy či kešu) a semena (slunečnicová semínka, dýňová semínka, len, mák, sezam či konopná semínka), dále ovoce a zelenina, rostlinné i živočišné tuky, masa (především ryby, králík a drůbež, vepřové a hovězí), uzeniny (kvalitní šunky), mléko a mléčné výrobky, vejce, jednopruhá koření, med, karob či masové a zeleninové vývary. Z nápojů jsou vhodné přírodní ovocné a zeleninové šťávy, mošty, voda, bylinkové čaje, minerální vody, zrnková káva a také náhražky kávy vyrobené z čekanky (Frič, 2008; Bajerová, 2016). Co se týká alkoholických nápojů, je pro bezlepkovou dietu vhodné víno, které se řadí mezi přirozeně bezlepkové produkty, dále jsou vhodná také perlivá vína, šampaňské a čisté lihoviny jako slivovice, whisky, rum či brandy (Kohout a Pavlíčková, 2010; Prokopová, 2008). V současné době je nabídka bezlepkových produktů rozsáhlá. Vyjma přirozeně bezlepkových potravin jsou k dostání také bezlepkové směsi na pečení, bezlepkové těstoviny, chléb a pečivo, mouky, sušenky, pizza, instantní kaše, bezlepkové pivo (Celia) či bezlepkové piškoty (Gabrovská, 2015; Příbylová, 2012).

Při přípravě pokrmů lze k zahušťování využít kukuřičný škrob (maizena) či bezlepkovou mouku a jako pojidlo je možné použít psylium, guarovou mouku či škrob ze semínek svatojánského chleba. Důležité je, aby při přípravě pokrmů nedošlo ke kontaminaci lepkem, vhodné je tedy pokrmy připravovat v odděleném prostoru a s čistým náčiním (Gabrovská, 2015).

1.3.4 Rizikové potraviny

Rizikovou potravinou s možným obsahem lepku se rozumí takové potraviny, u nichž není možné zjistit jejich přesné složení, a které by mohly být kontaminovány lepkem včetně přirozeně bezlepkových potravin, jež nejsou označeny jako bezlepkové.

Může se tedy jednat stejně jako v případě skrytého lepku o instantní pokrmy, tatarské omáčky, kečupy, sýry, polevy, náplně do cukrovinek a cukrářských výrobků či o pokrmy podávané v restauračních zařízeních. Rizikové mohou být také cornflaky, popcorn, ochucené burizony, zeleninové protlaky či sterilovaná zelenina (Frühauf, 2009).

Sporná je otázka ovsa v BLD, kdy se názory odborníků různí, všeobecně se ovšem oves řadí k potravinám nevhodných pro celiaky (Gabrovská, 2015). Oves patří mezi nejrozšířenější obiloviny, obsahuje prolaminu - aveninu, jenž jsou pro pacienty s celiakií méně toxické (Frič, 2008; Gabrovská, 2015). Většina pacientů trpící celiakií dle výzkumů oves snáší dobře a nedochází u nich k negativním účinkům na zdraví (Barroso, Nařízení komise č. 828/2014). Problémem je ovšem kontaminace ovsa jinými obilovinami obsahujícími lepek při sklizni či uskladnění a v procesu výroby (Frič, 2008). Dle nařízení komise (EU) č. 828/2014, o požadavcích na poskytování informací o nepřítomnosti či sníženém obsahu lepku v potravinách spotřebitelům, je stále otázka ovsa předmětem výzkumů, přesto je jeho konzumace možná. Oves, jenž je označen jako bezlepkový či s nízkým obsahem lepku, musí splňovat přísné podmínky. Dle tohoto nařízení zní definice požadavků pro potraviny obsahující oves následovně: „*Oves obsažený v potravinách označovaných jako „bez lepku“ nebo „s velmi nízkým obsahem lepku“ musí být speciálně vyroben, připraven a/nebo zpracován tak, aby bylo zamezeno kontaminaci pšenicí, žitem, ječmenem nebo jejich kříženci, přičemž obsah lepku v ovsu nesmí být vyšší než 20 mg/kg.*“ (Nařízení komise (EU) č. 828/2014, příloha s. 8)

Podrobnější rozdělení a příklady vhodných, nevhodných a rizikových potravin pro BLD znázorňuje obrázek č. 9.

1.3.5 Přídavné látky a celiakie

Přídavné látky (také potravinová aditiva) jsou látky přidávané do potravin za účelem obarvení, zvýraznění chuti, konzervace či stabilizaci potravin, označující se písmenem E a číselným kódem (Kohout a Pavlíčková, 2010; Frühauf, 2009). Lepek sám o sobě není aditivem, ovšem existuje možnost, že některá aditiva mohou obsahovat stopy lepku (Kohout a Pavlíčková, 2010). Mezi aditiva, jež mohou být kontaminována lepkem, řadíme především karamel (E 150), maltitol (E 965, jedná se o sladidlo vyskytující se především ve výrobcích typu light), modifikované škroby (E 1400-1451, v případě, že není specifikován jeho původ) (Kohout, 2007). Škrob se mimo jiné používá také jako

pomocná látka u řady léčivých přípravků, přičemž je výrobce povinen uvádět obsah pšeničného škrobu ve složení přípravku. Riziko možné kontaminace výrobku lepkem je na obale značeno větou „může obsahovat stopy lepku“ (Příbylová, 2012).

Dle názoru Kohouta (2010) nejsou přídavné látky významným zdrojem lepku a není tedy nutné se jimi výrazněji zabývat. Důležité jsou dle jeho názoru kontroly obsahu lepku v potravinách, jenž by mohly být kontaminovány lepkem.

1.3.6 Vitaminy a minerální látky

Vlivem poškození tenkého střeva dochází ke zhoršenému vstřebávání živin z potravy a jejich následnému nedostatku v organismu. Z tohoto důvodu je v počátečních stádiích léčby CS doporučována suplementace vitaminů a minerálních látek ve formě potravinových doplňků či léků. Pacienti s celiakií mají často nedostatek železa, vápníku, zinku, hořčíku, dále vitaminu D, vitaminu A, vitaminu C, vitaminu E a vitaminů řady B (především B6 a B12) včetně kyseliny listové. Nedostatek těchto důležitých živin může být vyjma nedostatečné funkce tenkého střeva způsoben také nevyváženým složením stravy, z tohoto důvodu je nezbytné zajistit tělu dostatečný příjem nejdůležitějších živit, ať již stravou či doplňky stravy (či kombinací obojího). Při výběru doplňků stravy je důležité dbát na jejich složení, některé z nich mohou obsahovat lepek (Reguła, 2014; Ali, 2015; Bass, 2013).

1.4 Bezlepkové potraviny

1.4.1 Označování bezlepkových potravin

Označování bezlepkových potravin se provádí dle nařízení komise (EU) č. 828/2014, o požadavcích na poskytování informací o nepřítomnosti či sníženém obsahu lepku v potravinách spotřebitelům. Dle tohoto nařízení mohou být potraviny označené výrazem „bez lepku“ nebo „velmi nízký obsah lepku“, jejichž definice zní následovně: „*Tvrzení „bez lepku“ lze použít pouze tehdy, neobsahuje-li potravina ve stavu, v němž je prodávána konečnému spotřebiteli, více než 20 mg/kg lepku.*“ a „*Tvrzení „velmi nízký obsah lepku“ lze použít pouze tehdy, pokud u potravin, jež sestávají z jedné nebo více složek vyrobených z pšenice, žita, ječmene, ovsu nebo jejich kříženců, které byly speciálně zpracovány tak, aby v nich byl snížen obsah lepku, nebo tyto složky obsahují, činí obsah lepku v potravine ve stavu, v němž je prodávána konečnému spotřebiteli, nejvýše 100 mg/kg.*“ (Nařízení komise (EU) č. 828/2014, příloha s. 8)

Bezlepkové potraviny mohou být označovány také symbolem přeškrtnutého klasu (viz obrázek č. 10), označením „vhodné pro celiaky“ či „vhodné pro bezlepkovou dietu“ nebo anglickým názvem „gluten-free“, které ovšem slouží pouze jako dodatková označení (závisí na vůli výrobce) k označení „bez lepku“ a „velmi nízký obsah lepku“.

1.4.2 Bezlepkové potraviny a jejich nutriční stav

Tato kapitola pojednává o přirozeně bezlepkových potravinách, jejich původu, základních informacích a především o nutričním složení těchto potravin. Vybrala jsem několik potravin, k nimž jsem do přílohy této práce vložila jejich nutriční stav. Informace o nutričním stavu bezlepkových potravin byly čerpány z etiket bezlepkových produktů či z databáze složení potravin České republiky. Zaměřila jsem se především na potraviny, které nejsou české veřejnosti příliš známé, tedy čirok, quinoa, teff, amarant, lupina, slzovka, fonio a také chia semínka.

Teff (milička habešská)

Zemí původu této obiloviny je Afrika, konkrétně Etiopie. Nejvíce se milička pěstuje v Etiopii, dále také v Americe či Austrálii. V České republice rostou pouze jako druh plevelu, jenž je možné spatřit například kolem cest a železničních tratí. Díky velikosti svých semen se milička řadí mezi nejmenší obiloviny na světě. Semena miličky mohou být rozličně zbarvená, barva jejích semen jde od bílé přes červenou až po černou barvu. Tyto semena jsou zpracována na mouku, jež je dále využívána pro přípravu kaší a chlebů. Pro přípravu bezlepkových chlebů se využívá kombinace mouky z miličky a prosa. Milička je také v Etiopii využívána pro přípravu nápojů, jako příklad lze jmenovat pivo Tela. Výborně se také hodí jako příloha k masu, do salátů či jako zavářka do polévek. V České republice je tato obilovina často kombinována s jinými bezlepkovými plodinami, jako jsou jáhly, quinoa či amarant. Milička má vysokou nutriční hodnotu (viz obrázek č. 11) a je také dobře stravitelná díky jejímu bílkovinnému složení. Obsahuje také vysoký podíl vlákniny. Dále je bohatá na vápník, železo draslík, fosfor a zinek a mimo jiné je také zdrojem některých vitaminů skupiny B a také vitamínu C. Chemické složení miličky je podobné prosu či pšenici (viz obrázek č. 12). Vyjma jejího uplatnění jako potraviny vhodné pro BLD je díky svému nízkému glykemickému indexu vhodná také pro diabetiky (Hrušková, 2013, Gabrovská, 2015).

Lupina

Dříve byla tato plodina nazývána vlčí bob a její původ je uváděn v jižní Americe, nyní je rozšířena především v Austrálii. V České republice není její pěstování příliš rozšířené. Pro potravinářské účely jsou pěstovány 4 druhy lupin, konkrétně se jedná o lupinu bílou, lupinu žlutou a lupinu úzkolistou a lupinu andskou (Houba, 2009).

Lupina je luštěnina s vysokým obsahem bílkovin, jenž se svojí výživovou hodnotou podobá sóji. Ze semen této plodiny se vyrábí mouka, jež je přidávána k obilným moukám, čímž se docílí zvýšení nutriční hodnoty pečiva (nutriční složení lupinové mouky je vyobrazeno v obrázku č. 13). Vyjma využití lupiny jako přísady do pečiva se používá jako přísada do sušenek, dále je také využívána jako příloha, přidává se také do kávy, těstovin či vegetariánských výrobků (Houba, 2009; Bajerová, 2016, Gabrovská, 2015). Jednou ze schopností lupiny je zvyšování vaznosti, je tedy využívána jako přísada nahrazující vejce, mléko a máslo. Tato potravina má také vhodné nutriční složení, udává se, že obsahuje 35 % sacharidů, 7 % tuků, 39 % bílkovin a až 15 % vlákniny. Její semena mají vysoký obsah kyseliny linolové, kyseliny linolinové a kyseliny listové. Obsahuje také ve větší míře vitamin B1 (v menší míře jsou zastoupeny také další vitaminy skupiny B), dále je zde zastoupen především hořčík, železo, draslík a vápník (Gabrovská, 2015).

O lupině se v poslední době uvažuje jako o potravině vhodné pro prevenci kardiovaskulárních chorob a jiných onemocnění (Houba, 2009).

Fonio (rosička)

Fonio je málo známý druh obiloviny pocházející z Afriky. Jedná se o rychle rostoucí plodinu, kterou je možné sklízet několikrát do roka, vyznačující se také drobnými semeny. Obsahuje až 75 % sacharidů, 9 % bílkovin, 3,3 % vlákniny, 1,8 % tuků a 3 % minerálních látek a je tedy svým nutričním složením (viz obrázek č. 14) přínosnou potravinou pro člověka. Mimo to je také zdrojem fosforu, draslíku a hořčíku, dále vitamínu skupiny B a vitamínu E. Využívá se především pro přípravu kaší a pečiva (Bajerová, 2016).

Chia semínka

Chia semínka jsou malá semínka hnědé a bílé barvy pocházející ze šalvěže hispánské. Tyto semínka jsou bez chuti a je tedy možné je přidávat do různých pokrmů. Výhodou je jejich snadná skladovatelnost a dlouhá doba trvanlivosti. Jedná se o plnohodnotnou potravinu, jež má optimální nutriční složení a je také dobře stravitelná. Denní doporučená dávka chia semínek nesmí překročit 15 g. Chia semínka mají v potravinářském odvětví široké využití. Lze je kupříkladu využít jako pojivovou a zahušťovací ingredienci, přidávat je do koktejlů, kaší či dezertů, uplatnění naleznou také v pekárenském průmyslu. Chia semínka obsahují vysoký obsah omega-3 mastných kyselin, antioxidantů a vlákniny. Dále jsou zdrojem mnoha vitaminů, vápníku, železa, zinku, hořčíku a fosforu. Jsou mimo jiné také dobrým zdrojem energie (Talandová, 2013).

Chia semínka mají díky svému nutričnímu složení (viz obrázek č. 15) mnoho pozitivních účinků na zdraví pokožky, vlasů a nehtů, působí také pozitivně na kardiovaskulární systém, snižují hladinu cukru v krvi, dále jsou vhodné jako prevence obezity, zácpy, depresí, hypertenze či zánětů, také mají protivirové účinky a v neposlední řadě působí jako antioxidanty. Vyjma vhodného využití pro BLD jsou chia semínka vhodná také pro diabetiky (Talandová, 2013).

Quinoa (merlík čínský)

Quinoa je pseudoobilovina pocházející z jižní Ameriky, kdy již před 5000 lety patřila k základním plodinám Inků, kteří ji nazývali „matka zrno“ nebo také „matka všech zrn“. Pro potravinářské účely se využívají její listy a semena (dále také klíčky), která mají rozličné barvy (červená, černá, hnědá, bílá). Díky svému výjimečnému nutričnímu složení (viz obrázek č. 16) bývá quinoa označována také jako superpotravinu, jež je vzhledem ke svému obsahu důležitých živin doporučována pro bezlepkovou dietu a je také vhodná pro vegetariány a vegany jako alternativa živočišných bílkovin. Výhodou je také její nízký glykemický index, snadná stravitelnost a neutrální chuť, díky čemuž je možné quinou připravovat jak nasladko tak i naslano. Quinoa má vysoký obsah bílkovin, dále obsahuje veškeré esenciální aminokyseliny, nenasycené mastné kyseliny (především kyselinu linolovou), má vysoký podíl vlákniny a je dobrým antioxidantem. Dále obsahuje také řadu vitaminů a minerálních látek jako vitaminy řady B (především B1, B2, B6 a kyselinu listovou), vitamin E, železo, vápník, mangan, zinek, hořčík

a draslík. Quinoa má také pozitivní vliv na zdraví člověka, kdy kupříkladu snižuje hladinu cholesterolu a cukru v krvi čímž působí preventivně proti kardiovaskulárním chorobám, dále zvyšuje pohyblivost střev či může působit jako prevence rakoviny prsu díky obsahu vlákniny (Geisler, 2014; Gabrovská, 2015; Bajarová, 2016).

Amarant (laskavec)

Amarant (znamená nevadnoucí, nidky neochabuje) je jednoletá rostlina řadící se mezi pseudoobiloviny, jejíž země původu je Střední amerika, konkrétně Mexiko. Tato rostlina byla pěstována již před dávnými časy Aztéky a Inky, kteří si byli vědomi jeho nutričního potenciálu. Jeho pěstování je nenáročné, dobře snáší nedostatek vody, daří se mu v neúrodných půdách a je také odolný vůči škůdcům. Kromě jeho nutriční vlastnosti, kterými jsou kupříkladu vysoký obsah esenciální aminokyseliny lysinu a vlákniny, se amarant vyznačuje také velmi dobrou stravitelností. Ke konzumaci se využívají klíčky, listy i semena. Listy amarantu jsou bohaté na bílkoviny, vitaminy a minerální látky především železo, fosfor a vápník (obsahují více železa než špenát). Semena amarantu mají bílou barvu a obsahují řadu vitaminů a minerálních látek, kyselinu olejovou, kyselinu linolovou a skvalen, jehož antioxidační účinky podporují regeneraci organismu. Amarant se používá jako přídavek do pečiva, těstovin či sušenek a v současné době je využíván také jako potravinový doplněk (olej, čaj, extrakty, vlákninové koncentráty). Vzhledem ke své nezvyklé vůni a chuti je do výrobků přidáván pouze v omezeném množství (do směsí se přidává maximálně 20-30 % amarantové mouky). Dle studií má amarant pozitivní vliv na zdraví, příkladem může být prevence kardiovaskulárních chorob a snižování hladiny cholesterolu v krvi. Kromě potravinářského využití najde amarant uplatnění také v estetické sféře, kdy je využíván jako okrasná rostlina (Zadák, 2011; Bajarová, 2016; Gabrovská, 2015). Nutriční složení amarantových výrobků je uvedeno v příloze této práce pod obrázky č. 17, 18 a 19.

Slzovka obecná (Coix lacryma-jobi)

Slzovka (nebo také Jobovy slzy) je obilovina pocházející z Asie, kde byla pěstována již před 3000-4000 lety a je také řazena k nejdéle pěstovaným plodinám na světě. Jedná se o tropickou plodinu, jejíž výška dosahuje 1-2 metrů. K potravinářským účelům se především využívají semena slzovky, které se vzhledově podobají kroupám. Slzovka má vysoký obsah bílkovin a aminokyselin, vitaminů skupiny B, vitamínu C, dále draslíku, železa, hořčíku, zinku a vápníku (nutriční složení slzovky znázorňuje obrázek

č. 20). Díky své nasládlé chuti je možné konzumovat semena samotná ať již syrové nebo opražené. Dále najdou využití také při přípravě pokrmů, kdy jsou přidávány například do polévek, je z nich vyráběna mouka či olej (z jader). V Japonsku jsou semena slzovky využívány také pro přípravu čajů či kafe, dále jsou tyto semena využívána k výrobě octu či alkoholických nápojů (pivo, víno). Slzovka je také často využívána v tradiční medicíně, kde je jí připisováno mnoho pozitivních účinků na zdraví, například snižování hladiny cholesterolu v krvi a pozitivní působení na gastrointestinální trakt (Lim, 2013).

Čirok

Čirok (přezdíván jako pšenice celiaků) je obilovina pocházející z Afriky a řadí se mezi 5 nejpěstovanějších plodin na světě. Nejvíce se pěstuje v USA, Mexiku, Indii či Nigérii. Jedná se o teplomilnou rostlinu a z tohoto důvodu je v České republice pěstován především na jižní Moravě. Obsahuje vysoký podíl bílkovin ovšem s nízkým obsahem esenciální aminokyseliny lysinu, má vysoký obsah vlákniny, vitaminů řady B (především B6) a minerálních látek (hořčík, draslík a železo). O čiroku se říká, že je to výborný antioxidant, a také že má protizánětlivé účinky (Gabrovská, 2015; Bajarová, 2016). Složení čirokových výrobků znázorňují obrázky č. 21, 22 a 23 v příloze této práce.

1.4.3 Limity lepku v potravinách

Jak již bylo řečeno v jedné z předchozích kapitol, dle nařízení komise (EU) č. 828/2014 nesmí limit lepku v potravině označené jako „bez lepku“ překročit 20 mg/kg a u potraviny označené jako „velmi nízký obsah lepku“ nesmí překročit limit 100 mg/kg.

Za maximální přípustné množství lepku za den, které by pacientovi s CS nemělo způsobit zdravotní obtíže, je považováno 20-50 mg (pro představu je u normální stravy denní příjem lepku okolo 12-15 g), přičemž hranice 50 mg lepku za den by neměla být nikdy překročena (Stránský, 2014; Příbylová, 2012). Ovšem vzhledem k individualitě jedince může i příjem 10 mg lepku za den vyvolat změny na sliznici tenkého střeva či zdravotní obtíže, kterými mohou být například bolesti hlavy, nadýmání, bolesti břicha nebo průjemy. Obecně se tedy doporučuje, aby byla konzumace lepku co nejvíce omezena (Příbylová, 2012).

1.5 Legislativa

Nejzákladnějším legislativním podkladem v této problematice je nařízení komise (ES) č. 828/2014, o požadavcích na poskytování informací o nepřítomnosti či sníženém obsahu lepku v potravinách spotřebitelům, a který vešel v platnost 20. července 2016. Jeho cílem je poskytování informací o přítomnosti či nepřítomnosti lepku v potravinách. Stanovují se jím mimo jiné specifické požadavky na potraviny určené zvláštní výživu osob s intolerancí lepku. V této souvislosti je nutné bezpečkové potraviny označovat slovy „bez lepku“ či „velmi nízký obsah lepku“. Nařízení také poskytování informací o sníženém obsahu či nepřítomnosti lepku u počáteční a pokračovací kojenecké výživy, z důvodu zákazu používání složek obsahujících lepek při jejich výrobě. Tímto nařízením bylo zrušeno nařízení komise (ES) č. 41/2009, o složení a označování potravin vhodných pro osoby s nesnášenlivostí lepku. Nařízení komise (ES) č. 828/2014 ovšem povoluje vycházet ze zrušeného Nařízení komise (ES) č. 41/2009.

Dalším legislativním podkladem v této oblasti je nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011, o poskytování informací o potravinách spotřebitelům, jež stanovuje obecné zásady, povinnosti a požadavky na potraviny a jejich označování. Toto nařízení ukládá povinnost informovat spotřebitele o složení a přítomnosti alergenů, a to jak u balených tak u nebalených potravin. Konkrétní alergeny vztahující se k tomuto nařízení jsou vyobrazeny v seznamu alergenů (viz obrázek č. 24). Ve vztahu k celiakii a bezpečkové dietě je podstatný především lepek, dále také lupina, sója, vejce či sezam a ořechy, jenž jsou za normálních okolností vhodnými potravinami pro BLD.

S CS a BLD souvisí také vyhláška č. 17/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů, jenž umožňuje poskytovat dietní stravování ve školních stravovacích službách, přičemž výběr potravin a sestavení dietního jídelníčku musí provádět osoba k tomu způsobilá, tedy nutriční terapeut.

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit specifika výživy u pacientů s celiakií.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaké zdroje informací pacienti nejčastěji využívají?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je dostupnost bezlepkových potravin a stravovacích služeb, které nabízí bezlepkovou stravu?

Výzkumná otázka č. 3: Jaký přístup mají pacienti s celiakií k dodržování výživových doporučení?

Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry je u pacientů s celiakií ovlivněn jejich sociální status?

3 METODIKA

Výzkumné šetření bylo realizováno metodou kvalitativního výzkumu. Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, kterého se účastnili pacienti s celiakií různého věku, přičemž respondenti museli být starší 18 let.

V rámci výzkumné části bakalářské práce bylo uskutečněno celkem 14 rozhovorů. Respondenti byli dotázáni, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru na diktafon. Tyto nahrávky byly využity pouze pro přepis rozhovorů do textové podoby. Mimo to byli respondenti také ujištěni, že bude zachována jejich anonymita a získaná data budou použita pouze pro účely této práce a nebudou jinde uveřejňována. Vzhledem k situaci nebudou v bakalářské práci uvedena jména respondentů.

Rozhovor byl rozdělen do 5 tematických okruhů. Pro každý okruh byly předem připraveny otázky, které byly následně pokládány respondentům. První část rozhovoru byla zaměřena na základní údaje o respondentovi. Mimo základních demografických údajů zde byl zjišťován také věk, kdy byla respondentovi celiakie diagnostikována či jaké měl symptomy onemocnění. Druhé téma bylo zaměřeno na informační zdroje, které respondent nejčastěji využívá, a které pro něj byly nejpřínosnější. Tento okruh se týkal také zájmu respondenta o nové informace a zdokonalování svých znalostí o celiakii a bezlepkové dietě. Ve třetí části byl zjišťován názor respondentů na situaci bezlepkových potravin na českém trhu. Čtvrtá část byla věnována přístupu respondentů k dodržování bezlepkové diety a složení stravy. Poslední část byla zaměřena na život s tímto onemocněním, a jak byl jejich život ovlivněn. Otázky, které byly u rozhovorů použité, lze nalézt v příloze této práce.

Rozhovory byly zpracovávány dle Švaříčka a Šedové (2014), kdy byla využita technika otevřeného kódování. Získaná data byla analyzována pomocí metody „papír a tužka“. Při zpracovávání dat jsou vytvářeny specifické kódy, které jsou následně řazeny do podkategorií, vzniklé podkategorie poté přiřazujeme do kategorií. Toto členění je dále převedeno do přehlednějšího schématu, které je pro ještě lepší přehlednost barevně rozlišeno.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 14 respondentů s celiakií. Tento soubor byl tvořen 10 ženami a 4 muži ve věku od 18 let. Převážná většina respondentů se pohybovala ve věkovém

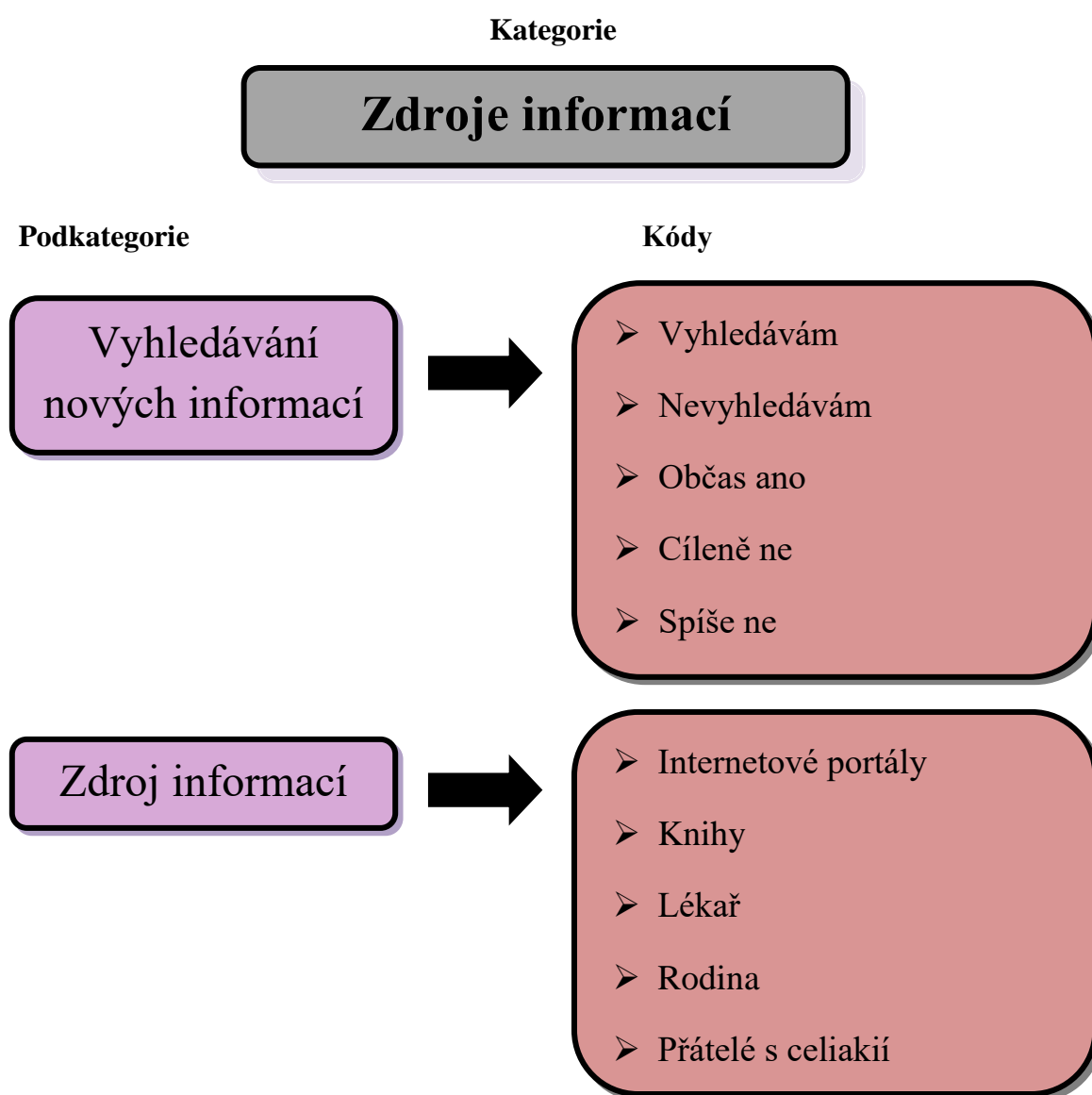
rozmezí od 18 do 25 let, přičemž nejstaršímu respondentovi bylo 75 let. Průměrný věk respondentů byl 36 let. Respondenti byli získáváni záměrným výběrem v okolí města Žďáru nad Sázavou a Českých Budějovic. Vzhledem k technice, která byla pro sběr dat a výběr respondentů využita a také z důvodu různorodosti výzkumného souboru, byli někteří respondenti získáni také z jiných krajů, konkrétně tedy ze Středočeského kraje, Plzeňského kraje, Libereckého kraje a Jihomoravského kraje. Tito respondenti jsou buď studenty Jihočeské univerzity či se jedná o přátele některého z respondentů. Respondenti byli získáváni za pomoci techniky „sněhové koule“, jejíž princip spočívá v získávání nových respondentů dle doporučení poskytnutého předešlými respondenty. Výzkum byl realizován v období od 17. května do 20. června 2017.

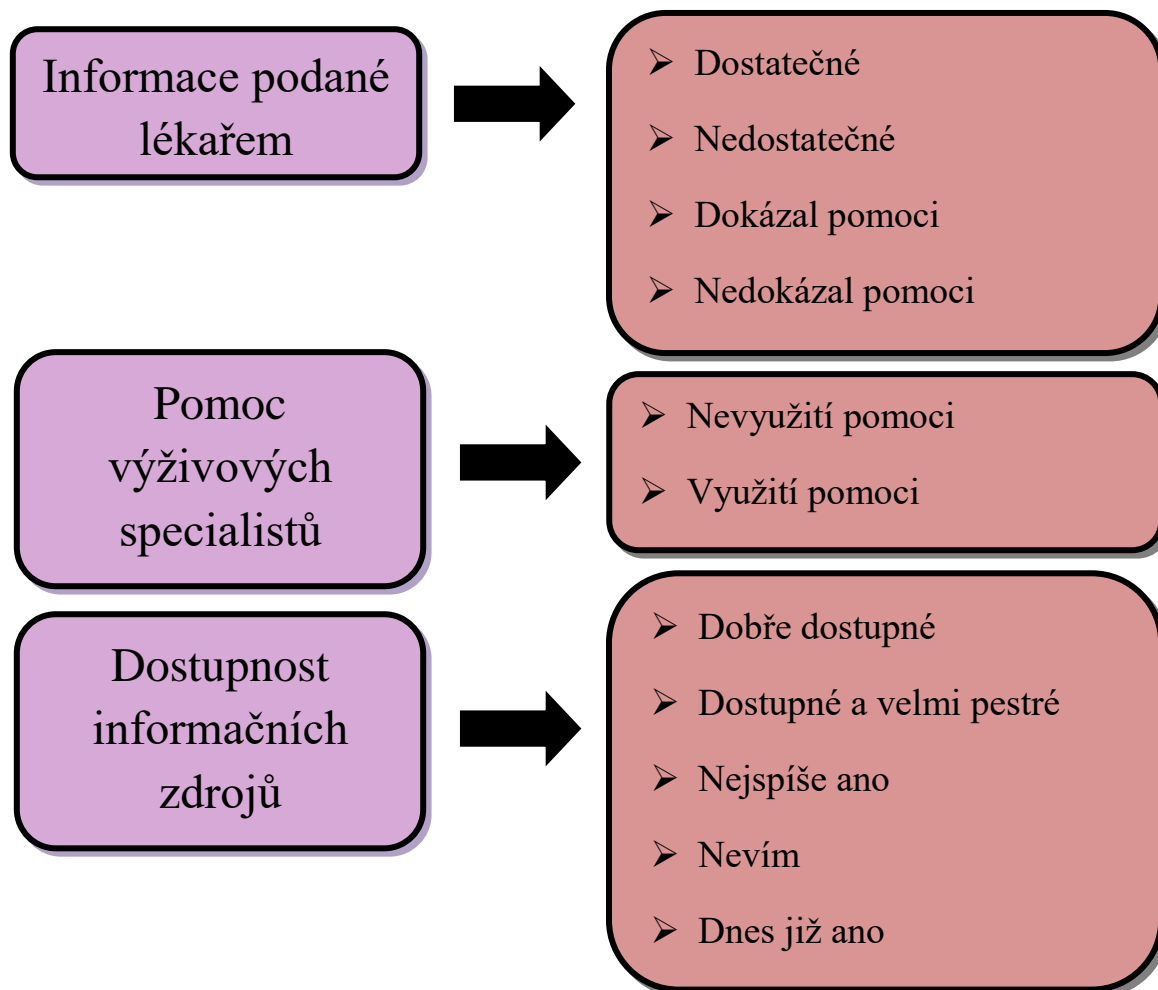
4 VÝSLEDKY

V této kapitole jsou znázorněny výsledky mého výzkumu. Získaná data byla zpracována a následně rozdělena do 4 kategorií – zdroje informací, situace bezpečných potravin, přístup k dodržování bezpečné diety a život s celiakií. Pro každou kategorii byly vytvořeny určité podkategorie, k nimž byly přiděleny kódy, které představují odpovědi respondentů. Poté byly jednotlivé kategorie a podkategorie podrobněji rozepsány.

ZDROJE INFORMACÍ

Schéma č. 1: Zdroje informací





Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie „Zdroje informací“ se týká informačních zdrojů, které pacienti nejčastěji využívají či které pro ně byly nejpřínosnější a zda jim byly lékařem poskytnuty veškeré potřebné informace o jejich onemocnění. Zahrnuta byla také iniciativa pacientů k získávání nových informací a obohacování jejich znalostí o nové poznatky. Pro tuto kategorii bylo vytvořeno 5 podkategorií – vyhledávání nových informací, zdroj informací, informace podané lékařem, pomoc výživových specialistů a dostupnost informačních zdrojů.

Vyhledávání nových informací

Tato podkategorie se zabývá přístupem respondentů k vyhledávání nových informací o jejich onemocnění a k doplňování svých znalostí o nových poznacích. Je zde zahrnut také zájem respondentů o odborné články a publikace předních odborníků na problematiku celiakie a bezlepkové diety. Pro tuto podkategorii byly vybrány kódy – vyhledávám, nevyhledávám, občas ano, cíleně ne a spíše ne.

Nejčastější odpovědí respondentů na otázku, zda vyhledávají nové informace o svém onemocnění, bylo, že nové informace o této problematice vůbec nehledají či je hledají pouze příležitostně. Jako respondent č. 9, který na tuto otázku odpověděl: „*Spíš ne, jen když se náhodou něco objeví, tak si nějaké informace zjistím. Informace si dohledávám pouze výjimečně. Když má syn nové informace, tak si o tom popovídáme nebo co zaslechnu v televizi na stanici Paprika či v pořadu Kluci v akci. Víc se o to nezajímám.*“, podobně odpověděla také respondentka č. 10: „*Ne. Dodržuji bezpečkovou dietu a jsem bez obtíží, tak se tomu moc nevěnuji. Takže nové informace vůbec nehledám.*“ Naopak velmi často si informace dohledává pouze malá část respondentů, jak uvedl například respondent č. 13: „*Ano, poměrně často, stále je to pro mě celkem nové. Na internetových stránkách je toho spousta.*“

Na otázku, zda občas studují odborné články a publikace odborníků na tuto problematiku, odpověděli ano pouze 3 respondenti. Jako příklad mohu uvést odpověď respondentky č. 4, která odpověděla takto: „*Ano, četla jsem mnoho článků o pečivu, ale i o problematice bezpečkové diety.*“ Převážná většina respondentů tedy odborné publikace nestuduje vůbec či pouze výjimečně, jako příklad mohu uvést odpověď respondentky č. 6: „*Výjimečně, spíše si čtu různé diskuze na internetových portálech, kde píší lidé se stejným onemocněním, jako mám já.*“ a respondenta č. 8, jehož odpověď zněla takto: „*Věcmi, co mě omezují, se zatěžuji co nejméně. Takže ne, nezabývám se tím.*“

Zdroj informací

Tato podkategorie byla zaměřena na zdroje informací, které respondenti nejčastěji využívají pro získání či doplnění informací. Záměrem bylo zjistit, jaký zdroj je pro respondenty nejlepší, nejužitečnější a nejsrozumitelnější a jak validní zdroje při získávání informací využívají. Mezi kódy vybrané pro toto téma patří - internetové portály, knihy, lékař, rodina a přátelé s celiakií.

Respondenti nejčastěji hovořili o internetových portálech, kdy velmi často zmiňovali především nejrůznější internetové diskuze, jako například respondentka č. 1: „*Nejvíce pro mě byly přínosné vždy různé diskuze na internetu, kde jsou lidé, kteří trpí stejnou nemocí jako já. Pravdou je, že zdravý člověk nechápe, jaké to je trpět tímto onemocněním, proto pro mě jsou nejlepší tyto diskuze.*“ Podobně zněla také odpověď respondentky č. 12, která za nejužitečnější a nejsrozumitelnější zdroj označila internet:

„Mám ráda především portály, kde piší své příspěvky a zkušenosti lidé, kteří mají stejné onemocnění jako já.“ Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejužitečným zdrojem informací o jejich onemocnění jsou právě internetové diskuze, kde sdílí své zkušenosti a příběhy lidé trpící celiakií.

Respondenti také často uváděli, že nejčastěji čerpají informace od přátel, kteří trpí celiakií či od člena rodiny, který tímto onemocněním také trpí. Jako příklad zde mohu uvést odpověď respondentky č. 3, která zněla následovně: *„Nejužitečným zdrojem byli moji přátelé, také celiaci a lidé z mého okolí, kteří se s bezlepkovou dietou setkali.“* Respondent č. 9 na otázku z jakých zdrojů nejčastěji čerpá informace, odpověděl: *„Všechny informace získávám od syna. Vzhledem k tomu, že vnučka celiakií trpí už 20 let, vše znají a mají dost informací a zkušeností.“*

Zajímavá odpověď zazněla od respondentky č. 10, která se vyjádřila takto: *„Knihy z knihovny a časopisy. Také jsem navštívila Institut celostní medicíny v Praze.“*, dále dodala: *„Nejvíce mě naučili v centru celostní medicíny. To pro mě bylo nejpřínosnější.“* Respondentka č. 10 jako jediná uvedla, že mimo návštěvu Institutu celostní medicíny v Praze navštívila také Františkovi lázně, kde ji učili jak připravovat bezlepková jídla.

Validní zdroje informací většina pacientů příliš nevyužívá, například odborné články, publikace či výzkumy jako zdroj informací uvedli pouze pár respondentů, jako například respondent č. 13, jenž na otázku jaký zdroj informací nejčastěji využívá a jaký zdroj informací je pro něj nejužitečnější odpověděl: *„Internet, odborné knihy, články v časopisech, ovšem nejvíce preferuji internetové zdroje.“*, *„Jednoznačně se to říci nedá, na toto téma je spousta článků, diskuzí, výzkumů.“* Mimo odborné články a publikace také respondenti uváděli, že nejvíce informací získali od lékaře, jako například respondentka č. 6, která uvedla: *„Nejvíce mi pomohly informace od lékaře, ostatní zdroje, ze kterých jsem čerpala, sloužili spíše pro doplnění informací.“*

Informace podané lékařem

Další oblast je zaměřena na lékaře a informace, které byly respondentům podané. Pro tuto oblast byly zvoleny kódy – dostatečné, nedostatečné, dokázal pomoci a nedokázal pomoci.

Respondenti byli dotázáni, zda jim lékař poskytl dostatečné informace o jejich onemocnění a zda jim poradil s bezlepkovou dietou. Ze získaných odpovědí je patrné,

že převážná většina respondentů má se svým lékařem kladné zkušenosti, kdy jim lékař poskytl veškeré potřebné informace o jejich onemocnění a dokázal jim také poradit s bezlepkovou dietou. Například respondentka č. 12 na otázku, zda jí lékař poskytl dostatečné informace, odpověděl takto: „*Ano, poskytl. Snažil se mi vše vysvětlit tak abych to pochopila. Poměrně dost se rozpovídal právě o možných komplikacích, když dietu nebudu dodržovat.*“ Stejnou zkušenost sdílí také respondentka č. 6: „*Ano, lékař mi vysvětlil vše, co se mé nemoci týkalo, a snažil se mi vše objasnit. Poradil mi, kde mohu získat nějaké informace a poskytl mi také informační letáčky, kde bylo vše vysvětleno.*“ Respondenti hodnotili lékaře kladně také ohledně rad o bezlepkové dietě. Příkladem může být odpověď respondentky č. 1, která na otázku, zda jí lékař poradil s bezlepkovou dietou, odpověděla takto: „*Určitě. Poradil mi nějaké základní potraviny, které mohu a řekl mi také, co nemohu a kde je možné lepek nalézt.*“ Tento názor sdílí také respondent č. 13, jehož odpověď zněla následovně: „*Ano poradil. Poradil mi i s ukázkou jídelníčku, abych se ze začátku měl čeho chytit.*“

Jiný názor ovšem zastává respondentka č. 3, která nemá takto kladné zkušenosti se svým lékařem. Respondentka č. 3 na otázku, zda jí lékař poskytl dostatečné informace, odpověděla takto: „*Ne, můj lékař mi mnoho informací neposkytl. Za lékaře mluvila brožurka o celiakii, kterou mi lékař předal.*“, a na otázku, zda jí poradil s bezlepkovou dietou, byla její odpověď také záporná: „*Ne, řekl mi, že to bude těžké a že nebudu moci jíst normální pečivo, což jsem věděla i bez něj.*“ Tuto zkušenost sdílí také respondentka č. 5: „*Nemyslím si, pokud si vzpomínám dobře. Trochu nám objasnili, co to je za onemocnění. Dostala jsem pár letáčků a rad na vyhledání potravin, které nemohu. Každopádně mi vysvětlil, kde je problém, proč to vzniklo a proč tedy mám držet bezlepkovou dietu.*“, „*Dostali jsme pouze radu, že si máme vyhledat, co mohu a nemohu a tento seznam si vytisknout, než do toho úplně zaběhnu.*“

Pomoc výživových specialistů

V této oblasti byl zkoumán zájem respondentů o pomoc nutričního terapeuta či výživového poradce s bezlepkovou dietou. Pro tuto podkategorii byly zvoleny kódy – nevyužití pomoci a využití pomoci.

Respondentům byla položena otázka, zda někdy využili pomoci nutričního terapeuta či výživového poradce ohledně informací o bezlepkové dietě. Ze získaných dat bylo zjištěno, že ve většině případů této možnosti nebylo nevyužito. Respondenti často

uváděli, že k využití těchto služeb neměli důvod, jako například respondentka č. 11, jejíž odpověď zněla takto: „*Nebylo to potřeba vzhledem k tomu, že maminka vše věděla a znala. Měla s bezlepkovou dietou letité zkušenosti.*“, nebo že o této možnosti vůbec nevěděli, jak uvedl respondent č. 8: „*Nevyužil, vlastně jsem o této možnosti ani nevěděl.*“ Pomoci výživového poradce nevyužila například ani respondentka č. 12, která svoji odpověď zdůvodnila následovně: „*Ne, nevyužila. Na internetu je dostatečné množství informací, člověk musí sám vyzkoušet, co mu dělá z hlediska zažívání dobře a co ne. Nepotřebuji si k tomu platit ještě výživového poradce, bezlepková dieta je už tak docela finančně náročná. Co jsem potřebovala vědět, jsem si nastudovala, nebylo to tak těžké.*“ Naopak této možnosti využila jako jediná respondentka č. 10, její odpověď zněla takto: „*Ano, v Institutu celostní medicíny, doktorka zde má svého výživového poradce, ten mi velmi poradil.*“

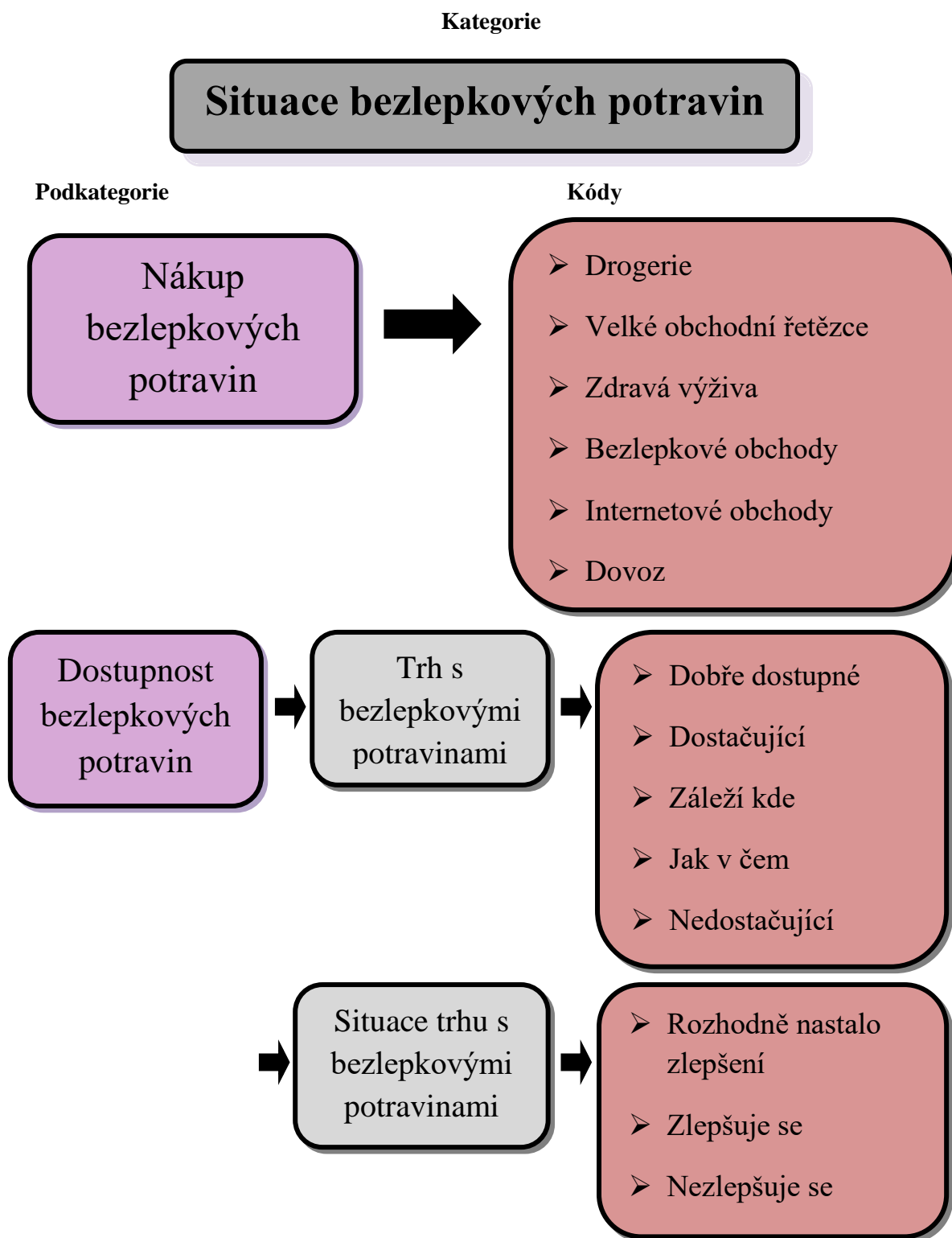
Dostupnost informačních zdrojů

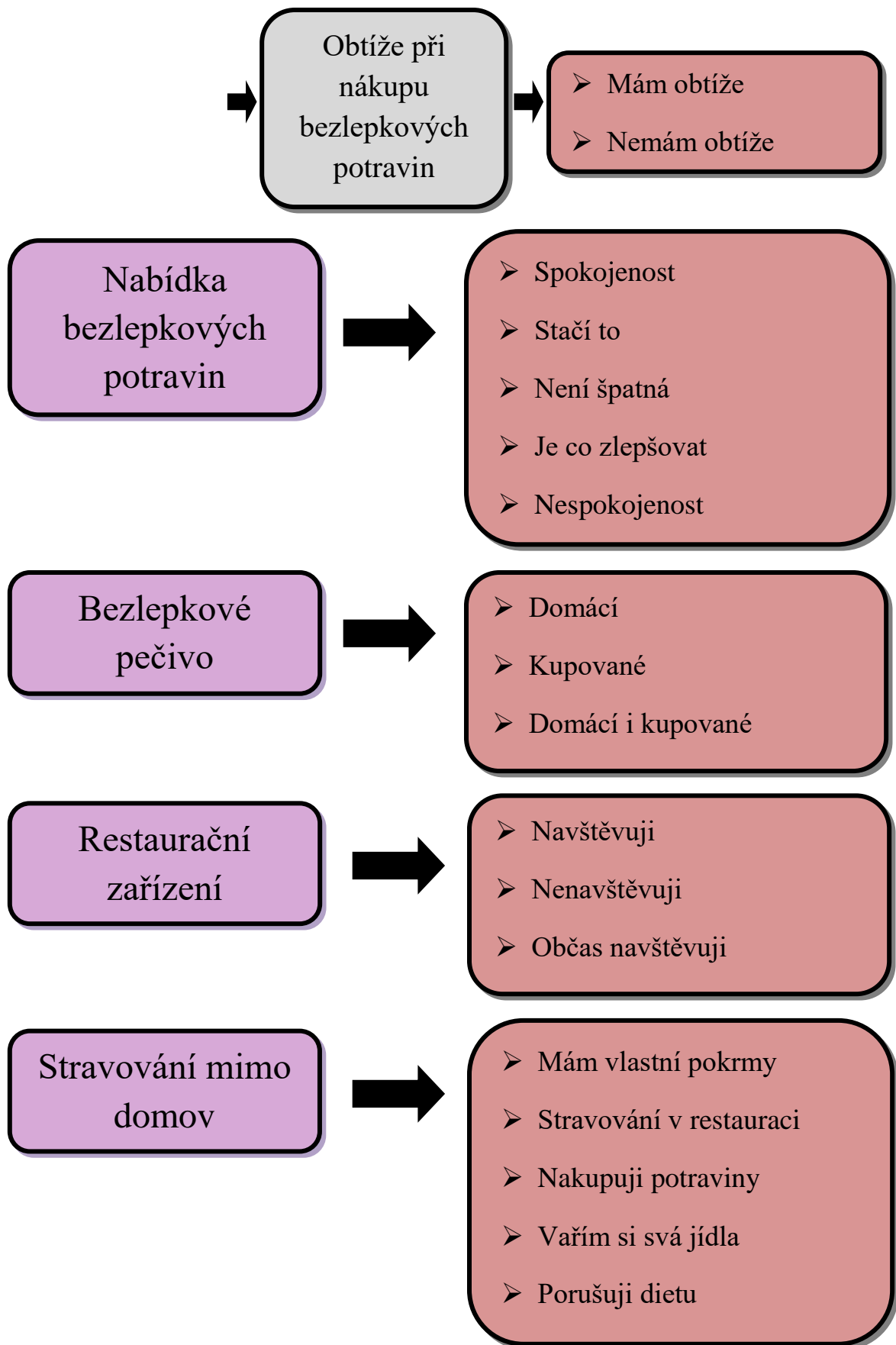
V rozhovoru byl také zjišťován názor respondentů ohledně dostupnosti informačních zdrojů pro veřejnost. Pro tuto podkategorii byly vybrány kódy - dobře dostupné, dostupné a velmi pestré, nejspíše ano, nevím a dnes již ano.

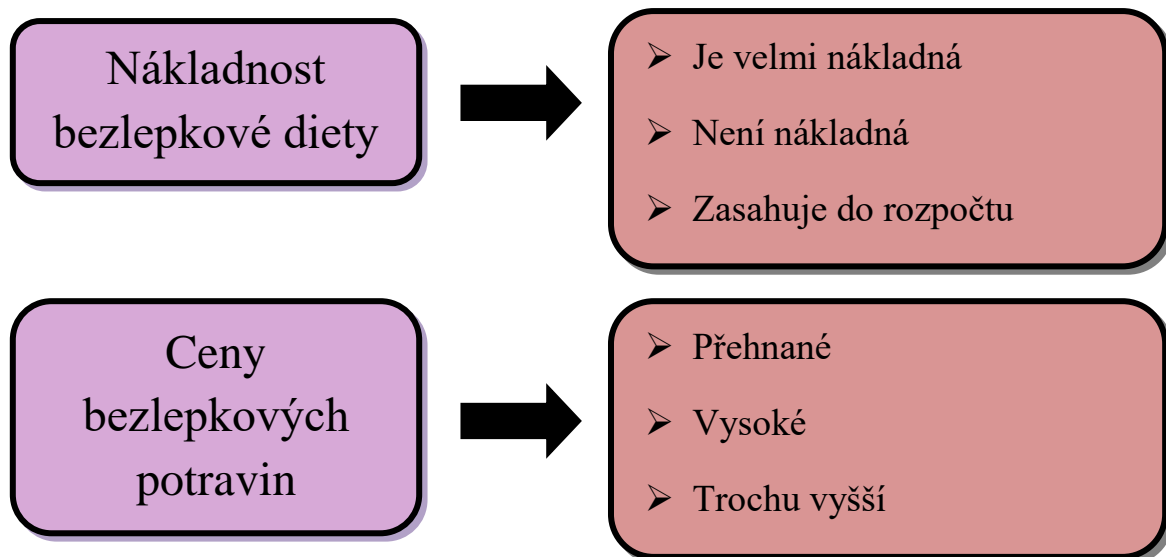
Respondentům byla zadána otázka, zda jsou informační zdroje o jejich onemocnění dostačující a dobře dostupná každému. Všichni dotazovaní odpověděli na tuto otázku kladně. Respondenti se shodli na tom, že informace jsou dobře dostupné a také velmi pestré. Jak uvádí například respondent č. 8: „*V době, když se člověk připojí na internet pomalu i z pračky, není problém dohledat jakékoliv informace. Dříve sice bylo složitější sehnat nějaké informace, ale ne nemožné.*“ Podobně na tuto otázku odpověděla také respondentka č. 1: „*Myslím, že v dnešní době už ano. Když jsem s celiakií začínala, bylo to horší. Informací o celiakii tolik nebylo a i bezlepkové potraviny byly hůře dostupné.*“ Velmi zajímavý názor na věc podala respondentka č. 11, jejíž odpověď stojí za povšimnutí a zamyšlení se: „*V této době si myslím, že se odehrával velký pokrok a to během krátké chvíle. Přejde mi, že během posledních dvou let popularita bezlepkové diety stoupla hlavně díky hvězdám v oblasti showbyznysu, kteří ji drží dobrovolně (viz. tenista Novak Djokovič, či známé herečky).*“

SITUACE BEZLEPKOVÝCH POTRAVIN

Schéma č. 2: Situace bezpečných potravín







Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie „Situace bezlepkových potravin“ pojednává o názorech respondentů na situaci bezlepkových potravin na českém trhu. Zkoumány byly názory respondentů na dostupnost a nabídku bezlepkových potravin a také na ceny těchto potravin. Zjišťovány zde byly také možnosti stravování mimo domov a návštěvy restauračních zařízení. Pro tuto kategorii bylo vytvořeno 8 podkategorií – nákup bezlepkových potravin, dostupnost bezlepkových potravin, nabídka bezlepkových potravin, bezlepkové pečivo, restaurační zařízení, stravování mimo domov, nákladnost bezlepkové diety a ceny bezlepkových potravin. Pro podkategorii „dostupnost bezlepkových potravin“ byly vytvořeny ještě další 3 podkategorie, a to – trh s bezlepkovými potravinami, situace trhu s bezlepkovými potravinami a obtíže při nákupu bezlepkových potravin.

Nákup bezlepkových potravin

Tato podkategorie je zaměřena na nejčastěji využívané obchodní řetězce, ve kterých respondenti nejčastěji nakupují bezlepkové potraviny. Zvoleny zde byly kódy – drogerie, velké obchodní řetězce, zdravá výživa, bezlepkové obchody, internetové obchody a dovoz.

Ze získaných dat bylo zjištěno, že respondenti nejčastěji nakupují bezlepkové potraviny ve velkých obchodních řetězcích a ochodech se zdravou výživou, jak uvedla například respondentka č. 12: „*Ve zdravé výživě a velkých obchodních řetězcích, například v Albertu nebo v Bille. Nyní má svůj bezlepkový koutek také Lidl, tam také občas zajdu.*“ Podobně odpověděla také respondentka č. 4: „*Zdravá výživa, ale v dnešní době*

je lze sehnat i ve větších ochodech, jako Kaufland nebo Tesco.“ Respondenti také často uváděli, že potraviny nakupují přes internetové portály, jak uvedla například respondentka č. 6: *„Ve zdravé výživě nebo také často nakupuji přes internet, někdy jsou zde potraviny levnější nebo mají větší výběr než v obchůdku, také je to pohodlnější.“*

Někteří respondenti také uvedli, že bezlepkové potraviny nakupují mimo jiné také v drogeriích, konkrétně v Rossmannu nebo v drogerii DM, jako respondentka č. 1: *„Nejčastěji nakupuji v supermarketech nebo v DM drogerii.“*

Mezi odpověďmi respondentů se také objevily bezlepkové obchody, které pro nákup bezlepkových potravin využívá například respondent č. 2. Respondentka č. 2 na otázku, kde nejčastěji nakupuje bezlepkové potraviny, odpověděla takto: *„Obvykle v různých bezlepkových prodejnách, ale vzhledem k tomu, že je dnes již možné nakoupit bezlepkové potraviny také ve velkých obchodních řetězcích, tak zde také občas nakupuji. Nejraději ovšem nakupuji v obchodě NutriGo.“* V bezlepkových prodejnách často nakupuje také respondentka č. 14, jejíž odpověď zněla takto: *„Supermarkety, zdravá výživa a Svět bez lepku v Praze, tento obchod je můj oblíbený.“*

Respondent č. 9 uvedl, že mimo velké obchodní řetězce a zdravou výživu, čerpá bezlepkové potraviny také ze zahraničí, kdy mu jsou dováženy. Jeho odpověď na danou otázku zněla takto: *„Ve zdravé výživě, dovoz od syna z Německa nebo mi vnuk občas nakoupí v Globusu. Nakupuji taky ve velkých obchodních řetězcích, například těstoviny nakupuji v Kauflandu, kde je mají levnější než v obchodě se zdravou výživou. Bezlepkové piškoty jsou nejlepší v Hypernově nebo v Albertu, chuťově jsou zde nejlepší.“*

Dostupnost bezlepkových potravin

Tato podkategorie se zabývá bezlepkovými potravinami a jejich situací na českém trhu. Vzhledem k rozsáhlosti tématu byla rozdělena na další 3 podkategorie. První podkategorie se nazývá *„trh s bezlepkovými potravinami“* a je zde zkoumán názor respondentů na dostupnost bezlepkových potravin v České republice. Ve druhé podkategorii s názvem *„situace trhu s bezlepkovými potravinami“* byl zjišťován názor respondentů na to, zda podle nich došlo v posledních letech ke zlepšení situace bezlepkových potravin na českém trhu. V poslední podkapitole *„obtíže při nákupu*

bezlepkových potravin“ byla věnována pozornost bezlepkovým potravinám. Respondenti byli dotázáni, zda je pro ně obtížné sehnat nějakou bezlepkovou potravinu.

Pro podkategorii „*trh s bezlepkovými potravinami*“ byly zvoleny kódy – dobře dostupné, dostačující, záleží kde, jak v čem a nedostačující. Respondentům byla položena otázka, zda je dle jejich názoru dostupnost bezlepkových potravin na českém trhu dostačující. Ve většině případů se respondenti shodují na názoru, že jsou bezlepkové potraviny na českém trhu dobře dostupné nebo že je dostupnost bezlepkových potravin dostačující. Jako příklad lze uvést odpověď respondentky č. 4: „*Myslím si, že v současné době se dají sehnat bezlepkové potraviny dobře.*“, podobný názor zastává také respondent č. 9: „*Teď už určitě. Na naše poměry, je dostupnost bezlepkových potravin dostačující.*“ Tento názor sdílí také respondentka č. 14, která na tuto otázku odpověděla následovně: „*Ano, v dnešní době už ano. Dříve bylo složitější sehnat nějakou bezlepkovou potravinu. Dnes můžete bezlepkové věci nalézt prakticky na každém rohu. Před pár lety byste si ještě bezlepkové produkty ve velkých obchodních řetězcích nekoupila. Nemluvě o možnosti objednávání potravin přes internet.*“

Tento názor ovšem nesdílí respondent č. 13, který označil dostupnost bezlepkových potravin za nedostačující: „*Bohužel, není. Velká města sice mají poměrně obstojnou dostupnost, ovšem menší městečka nebo vesnice už na tom tak dobře nejsou.*“ Podobný názor má také respondent č. 8, který zastává názor, že velmi záleží na místě, kde žijeme, ale dostupnost je dle jeho názoru dostačující: „*Hodně záleží kde. Ve velkých městech většinou není problém, ale obchody a podniky v malých městech a vesnicích nevěnují dietám celkově moc pozornosti. Ale vzhledem k tomu, že se nabídka bezlepkových potravin rozšířila už i do velkých obchodních řetězců, můžu říct, že se to zlepšuje. Nemluvě o možnosti nakupovat přes internet. Takže ano, myslím si, že je dostupnost bezlepkových potravin v České republice poměrně dostačující, vždy je ale co zlepšovat.*“

Velmi zajímavý názor na tuto problematiku zaujímá respondentka č. 12: „*Jak v čem, ale dle mého názoru by to chtělo ještě na tom značně zapracovat. Nabídka je celkem široká, ale oproti jiným zemím jsem stále pozadu. Ve městě, kde žiji, je dostupnost výrobků v určitých oblastech potravin značně omezená, takže jsem někdy odkázána na sortiment větších měst, v mém případě Olomouc.*“ Tento názor sdílí také respondentka č. 11: „*Když se nad tím tak zamyslím a porovnáám třeba se sousedním Německem, tak jsme na*

tom určitě hůře, co se týče pestrosti sortimentu. V České republice je bohatá nabídka produktů, ale ne vždy dostačující. Možná je to taky tím, že jsem náročný zákazník.“

Pro druhou podkategorii „*situace trhu s bezlepkovými potravinami*“ byly vybrány kódy – rozhodně nastalo zlepšení, zlepšuje se a nezlepšuje se. Respondenti byli dotázáni, zda se dle jejich názoru situace bezlepkových potravin na českém trhu v posledních letech zlepšuje. Respondenti na tuto otázku odpovídali ve většině případů kladně, jako například respondent č. 7: „*Rozhodně ano, dříve bylo celkem obtížné sehnat nějakou potravinu, hlavně chutnou potravinu. Výběr byl zkrátka menší a dostupnost také nebyla zrovna nejlepší. Takže ano, myslím si, že se trh s bezlepkovými potravinami každým rokem zlepšuje.*“ Podobně odpověděla také respondentka č. 6: „*Ano, myslím, že ano. Vzhledem k tomu, že vzrostl zájem a poptávka veřejnosti o bezlepkové potraviny, když došlo k využívání bezlepkové diety jako hubnoucího trendu, vzrostla také nabídka a dostupnost bezlepkových potravin. Takže si myslím, že celiaci mají v současné době široký výběr potravin. Bohužel ta cena bezlepkových potravin je poměrně vysoká.*“ Zlepšení situace bezlepkových potravin na trhu podporuje také odpověď respondentky č. 11: „*Určitě ano! Moje maminka vyrůstala na rýži a banánech, zatímco já si mohu vybírat.*“

Jiný názor zastává respondentka č. 12, jenž zastává názor, že se situace bezlepkových potravin na trhu nezlepšuje: „*To si nemyslím. Před pár lety se to určitě zlepšovala, ale nyní mám pocit, že začalo vše stagnovat. Nic moc nového se neobjevuje, vše zůstává při starém.*“

Pro třetí podkategorii „*obtíže při nákupu bezlepkových potravin*“ byli vybrány následující kódy – mám obtíže a nemám obtíže. Ze získaných dat vyplývá, že většina respondentů nemá při shánění bezlepkových potravin žádné obtíže, jak uvedl například respondent č. 8: „*Osobně si nejsem vědom, že bych měl problém sehnat nějakou potravinu.*“ Podobně zněla také odpověď respondenta č. 13: „*Zatím jsem vše, co jsem chtěl, sehnal.*“

Velmi často také respondenti uváděli, že mají problém některé potraviny sehnat, například dobré pečivo, sladké koláčky či piškoty. Jako příklad lze uvést odpověď respondentky č. 1: „*Pro mě je obtížné sehnat dobré a čerstvé pečivo. Bezlepkové pečivo mi upřímně moc nechutná a sehnat nějaké dobré, co by mi chutnalo je pro mě celkem náročné.*“ Obtíže při nákupu bezlepkových potravin má také respondentka č. 3: „*Ano,*

v menších městech, případně vesnicích je velmi obtížné sehnat bezlepkové potraviny, hlavně mouku.“ Podobně je na tom také respondentka č. 2: „Je poměrně náročné sehnat bezlepkovou variantu zdravé celozrnné snídaně do mléka, jako jsou vločky nebo jiné lupínky. Většina obsahuje alespoň malou část lepku.“

Nabídka bezlepkových potravin

V této podkategorii byl zkoumán názor respondentů na nabídku bezlepkových potravin na českém trhu. Pro tuto podkategorii byly vybrány tyto kódy – spokojenost, stačí to, není špatná, je co zlepšovat a nespokojenost.

Ze získaných dat vyplývá, že respondenti jsou s nabídkou bezlepkových potravin na trhu relativně spokojeni. Jako příklad lze uvést odpověď respondentky č. 10: *„Ano jsem. Pořád přibývají nové věci na trhu, což je podstatné.“* S nabídkou bezlepkových potravin je nyní spokojena také respondentka č. 5: *„Nyní už ano, kdysi, když jsem začínala s bezlepkovou dietou, jsem spokojena nebyla. V mých 13 letech byla velmi mizivá dostupnost. Potravin bylo málo bezlepkových a drahých, také jsem musela koukat stále na složení. Nyní však již jsou velmi obsáhlé oblasti, sekci s bezlepkovými potravinami, salámů je též mnoho v supermarketech a potraviny jsou již často označené přeškrtnutým klasem v kolečku, což znamená, že je potravina bezlepková. Nemusí tak člověk číst složení, a ušetří tak mnoho času v obchodě.“* Respondenti také často uváděli, že jsou s nabídkou bezlepkových potravin relativně spokojeni, ovšem vždy je co zlepšovat, jak uvedl například respondent č. 7: *„Celkem ano, ale určitě je ještě co zlepšovat. Rozhodně tu není takový výběr, jako je v zahraničí, tam mají nabídku bezlepkových potravin mnohem rozsáhlejší. Celkově se mi zdá, že jsme se vším kolem bezlepkové diety o něco pozadu. Rozhodně se to ale za posledních několik let dosti zlepšilo, nyní je z čeho vybírat.“*

Jiný názor zastává respondent č. 13, který s nabídkou bezlepkových potravin není zcela spokojen: *„Spokojen, to se říci nedá. Určitě by neuškodilo sortiment rozšířit.“* S nabídkou není spokojena ani respondentka č. 4, jejíž odpověď zněla takto: *„Ne, nejsem. Bezlepkové potraviny jsou sice lépe k sehnání než v dřívějších letech, avšak stále je nenajdeme všude ve všech obchodech. Některé druhy nelze sehnat vůbec, například bezlepkové koláče, na ty jsem osobně v žádném krámu nenarazila, ale pokud ano, cena by byla asi vysoká.“*

Bezlepkové pečivo

Tato podkapitola pojednává o bezlepkovém pečivu a jeho dostupnosti a oblíbenosti. Respondenti byli dotázáni, zda si bezlepkové pečivo kupují či si ho pečou doma. Svoji volbu poté zdůvodnili. V případě kupovaného pečiva byly respondentům položeny další doplňující otázky, a to zda je pro ně obtížné bezlepkové pečivo sehnat a kde nejčastěji bezlepkové pečivo nakupují. Pro tuto podkapitolu byly zvoleny 3 kódy – domácí, kupované a domácí i kupované.

Domácí pečivo preferuje například respondent č. 13: *„Ano, domácí pečivo je levnější a také chutnější než kupované. Pečivo si vůbec nekupuji, vždy si ho pečou doma.“* S tímto názorem souhlasí také respondent č. 8, jehož odpověď byla velmi podobná: *„Ano, pečou. Péct si ho doma je pro mě lepší, navíc kupované bezlepkové pečivo chutná jak když žvýkáte mrtvému uchu. Výjimkou jsou pekárny s čerstvým pečivem, toto pečivo chutná velmi dobře, ale je také drahé. I když shánění bezlepkového pečiva až tak obtížné zase není. Třeba obchodní řetězec Billa nabízí vakuované bezlepkové pečivo, horší je to s jeho konzistencí a chutí. Takže jak říkám, pečivo si tedy raději vůbec nekupuji.“*

Naopak kupované pečivo preferuje například respondentka č. 1: *„Poslední dobou pečivo skoro vůbec nejím, ale většinou si ho kupuji v rámci úspory času.“* Respondentka č. 1 uvedla, že je pro ni shánění bezlepkového pečiva poměrně náročné: *„Pro mě je obtížné sehnat dobré a čerstvé pečivo. Bezlepkové pečivo mi upřímně moc nechutná a sehnat nějaké dobré, co by mi chutnalo je pro mě celkem náročné.“*, dále uvedla, že pečivo nakupuje v drogerii DM: *„Pečivo si kupuji v DM od značky Schär.“*

Nečastěji respondenti uváděli, že kombinují domácí bezlepkové pečivo s kupovaným bezlepkovým pečivem. Většina respondentů uvedla, že nemají potíže bezlepkové pečivo sehnat. Jako příklad lze uvést odpověď respondenta č. 9: *„Ano, pečou si, tedy spíš manželka mi peče pečivo. Ale změna je dobrá, takže si pečivo také občas koupím. Záleží, kolik je volného času. Rád zkusím nové chutě, takže si kupuji třeba cibulový chléb a jiné zajímavé varianty. Ale nemám rád ten vakuovaný chléb. Jezdím si do nedalekého městečka kupovat čerstvý chléb nebo jiné pečivo do obchodu se zdravou výživou. Sice to není nejlevnější, ale chuťově je to moc dobré.“* Někteří respondenti uvedli, že mají potíže sehnat kvalitní, dobré a čerstvé pečivo. Jako příklad lze uvést odpověď respondentky č. 3, která na otázku, zda si pečivo raději kupuje či peče, odpověděla takto: *„Ano, pečou si vlastní chléb, jelikož je alespoň první 2 dny vláčný“*

a čerstvý.“, a na otázku, zda je pro ni obtížné bezlepkové pečivo sehnat, odpověděla následovně: „*Ano, je těžké shánět kvalitní a chutné pečivo, hlavně v menších prodejnách.*“ Respondentka č. 3 dále uvedla, že pečivo nejčastěji nakupuje ve zdravé výživě či ve velkých obchodních řetězcích: „*Pokud si už pečivo kupuji, tak ve zdravé výživě či větších supermarketech.*“

Restaurační zařízení

V této podkategorii bylo zjišťováno, zda respondenti navštěvují restaurační zařízení. Záměrem bylo zjistit, jaká je situace restauračních zařízení v České republice vzhledem k bezlepkové dietě. Respondenti byli dále dotazováni, jaký je dle jejich názoru v těchto zařízeních výběr bezlepkových pokrmů. Zvoleny zde byly kódy – navštěvuji a nenavštěvuji.

Většina respondentů uvedla, že restaurační zařízení navštěvují často a rádi, jako například respondent č. 8: „*Několikrát do měsíce. Ale drtivá většina restaurací ve svém jídelníčku postrádá sekci bezlepkové. Ale ono je to také spíš o dohodě s personálem daného podniku, zda jsou ochotni udělat porci bez lepku. Ale najdou se i také podniky, kde mají nějaké bezlepkové pokrmy. Napadá mě například pizzerie v sousedním městě, kde mají v nabídce také bezlepkovou pizzu, což je fajn. Také se už dělají bezlepkové kornouty na zmrzlinu, to také cením.*“ Restaurace navštěvuje často také respondentka č. 5, jejíž názor na možnosti bezlepkového stravování v restauračních zařízeních zní takto: „*To záleží na restauraci. Již u vyzkoušených a vybraných restaurací je z čeho vybírat. U nových nevyzkoušených není zas až tak z čeho vybírat. Ale vždy naleznou aspoň jeden bezlepkový pokrm. Jedna restaurace v okolí má přímo bezlepkové pokrmy, jinak se musím koukat na alergeny nebo se ptát obsluhy.*“

Stravování mimo domov

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak respondenti řeší stravování mimo domov, například na dovolené, rodinných oslavách či při návštěvě přátel. Zvoleny zde byly kódy – mám vlastní pokrmy, stravování v restauraci, nakuji potraviny, vařím si svá jídla a porušuji dietu.

Respondenti nejčastěji řeší stravování mimo domov tak, že si donesou své vlastní pokrmy. Někteří respondenti také uvedli, že rodina a přátelé jim bezlepkové pokrmy připravují. Mezi časté odpovědi také patřilo stravování v restauracích či nákup

bezlepkových potravin na dovolené. Pro znázornění situace lze uvést například odpověď respondentky č. 14: „Navštěvuji buď restaurace, nakoupím si potraviny nebo si beru jídlo s sebou. Rodina je většinou zvyklá, že mi na oslavách a tak udělá nějaké bezlepkové jídlo. Jinak si na nějaké posezení s kamarády beru své jídlo.“ Podobné zkušenosti má také respondent č. 7, který tuto situaci řeší následovně: „Většinou si vezu mnohem více jídla než ostatní (hlavně pečivo). Potom je nutné se všude ptát a několikrát opakovat dotaz, protože podle zkušeností, ne všude vždy ví, na co jsem vlastně alergický a jestli těstoviny obsahují mouku.“ Respondentka č. 10 uvedla, že stravování mimo domov řeší přípravou vlastních pokrmů: „Do práce a na výlety si beru jídlo s sebou. Na dovolené si vybírám pobyty, kde si mohu vařit sama. Takže žádné polopenze a podobně. Jezdíme tam, kde je vlastní kuchyň. Dávám tomu přednost před návštěvou nějaké restaurace.“ Jiný názor zaujímá respondent č. 8, který uvedl, že v takovýchto situacích dietu porušuje: „Dříve domácí zásoby, ale tahat s sebou půl lednice v batohu je otrava, hlavně když se ostatní cpou vším možným, a vy třetí den žvýkáte oschlý drobný chléb s napůl zeleným řízkem. Samozřejmě, pořád je zde možnost zajít někam na jídlo, a vybrat si pokrm, který lepek neobsahuje. Já to spíš řeším tak, že se na dietu vykašlu, a jím normální jídlo.“

Nákladnost bezlepkové diety

Tato podkategorie se zabývá názorem respondentů na nákladnosti bezlepkové diety. Pro tuto podkategorii byly zvoleny kódy – je velmi nákladná, zasahuje do rozpočtu a není nákladná.

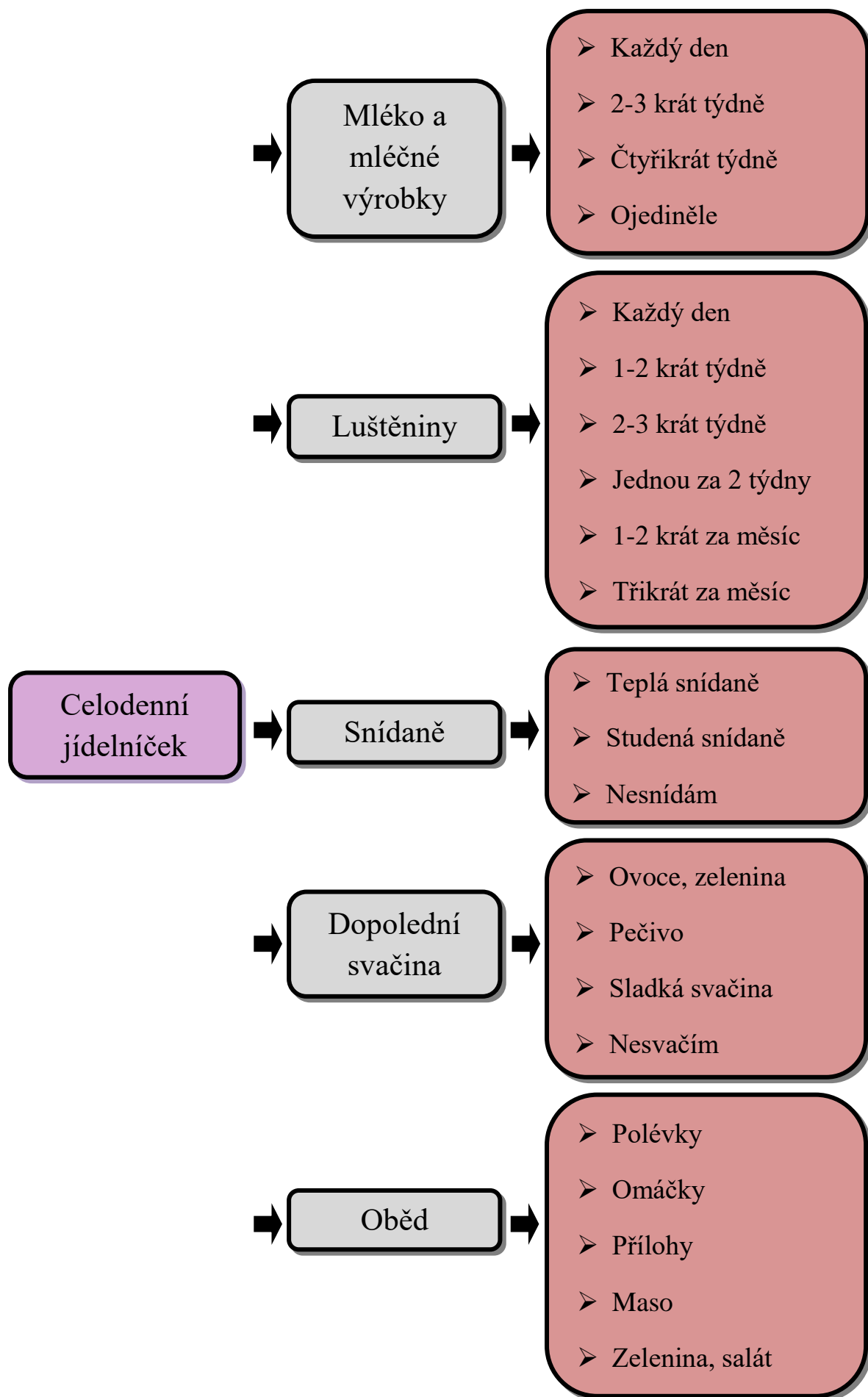
Respondentům byla položena otázka, zda je pro ně dodržování bezlepkové diety finančně náročné. Převážná většina respondentů na tuto otázku odpověděla, že je pro ně bezlepková dieta velice náročná či jim zasahuje do rozpočtu. Jako příklad lze uvést odpověď respondenta č. 8: „Při ceně 100 Kč za 1 kg mouky, ano. Ta cena bezlepkových potravin je opravdu neskutečně vysoká. Samozřejmě se to potom projeví na rozpočtu. Většina pojišťoven ani neposkytuje příspěvky, a ty co poskytují, tak pouze studentům do 18 let. A ta částka, kterou dávají je upřímně celkem směšná, sice to alespoň trochu pomůže, ale žádná hitparáda to také není.“ Podobný názor zastává také respondent č. 9: „Ano! To rozhodně. Kdo to má platit z důchodu, když nám nepřispívají ani korunu.“ Jiný názor zastává respondent č. 13, který na tuto otázku opověděl takto:

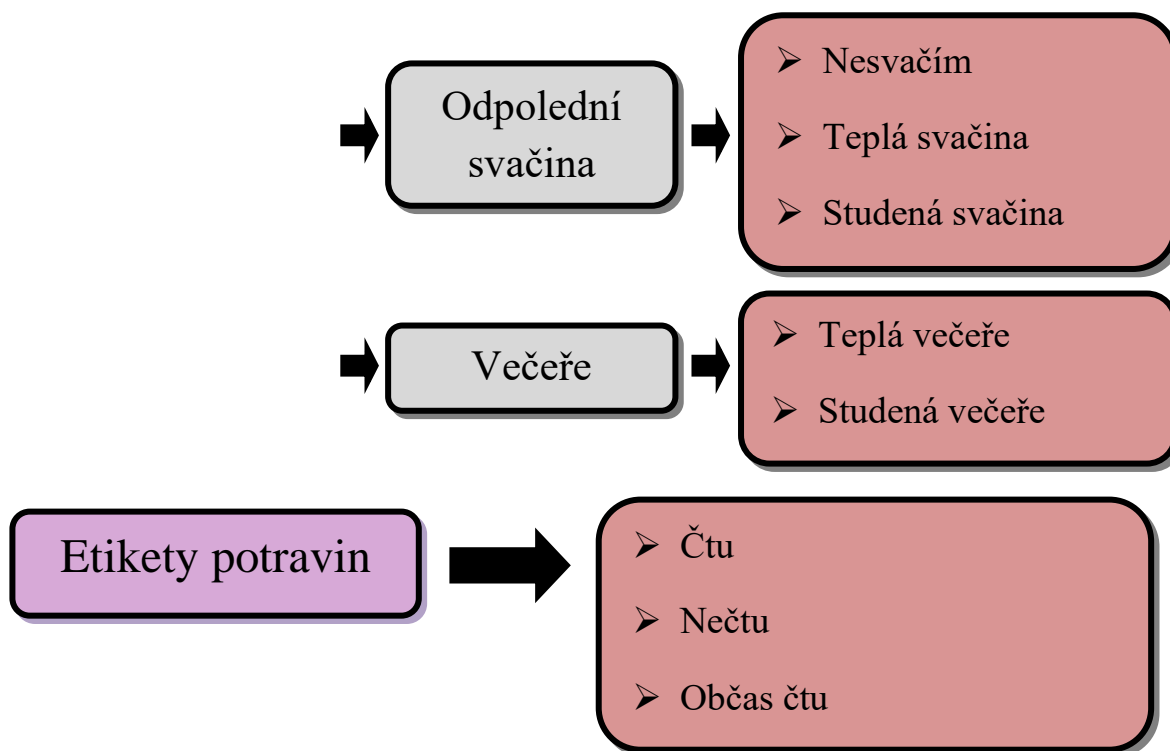
„Není, když si vezmu, jak jsem se stravoval dříve, kdy jsem jedl i nezdravá jídla a prostě to co na co jsem měl chuť, určitě jsem utratil daleko více.“

Ceny bezlepkových potravin

Podkategorie „ceny bezlepkových potravin“ jak již název napovídá, se zabývá názorem respondentů na ceny bezlepkových potravin. Zde byly zvoleny kódy – přehnané, vysoké a trochu vyšší.

Respondenti se ve většině případů shodli na tom, že jsou ceny bezlepkových potravin přinejmenším vysoké až dokonce přehnané. Příkladem může být například odpověď respondentky č. 2: *„Dle mého názoru jsou velice přehnané, nemám sice ponětí, jaká je výrobní cena potravin, ale myslím, že zákazníci jsou občas velice v nevýhodě, jelikož jsou znevýhodněni díky jejich nemoci, které je z 90 % dědičné a většinou si za něj nemohou sami.“*, kdy podobný názor sdílí také respondentka č. 3: *„Ceny bezlepkových potravin jsou velmi vysoké. Což je na pováženou, vzhledem k tomu, že dodržování bezlepkové diety je jediným „lékem“ na celiakii a nikdo dospělým lidem na potraviny nepřispívá.“* Svůj názor na ceny potravin vyjádřila velmi jasně také respondentka č. 1: *„Vysoké. Myslím, že je to super šance, jak zase vydělat na lidech, navíc dneska je trendy všechno co je vegan, gluten free, bio a tak dále. Tak proč ještě k tomu nepřidat tu cenu, však ty lidi to kupovat musí, když nemůžou lepek.“* Podobný názor jako respondentka č. 1 zastává také respondent č. 8: *„Podle mého názoru si na tom někdo suprově mastí kapsu. Ceny za potraviny jsou zjednodušeně vysoké.“* Respondenti rovněž zastávají názor, že přestože jsou ceny bezlepkových potravin trochu vyšší, nejsou předražené. Jako příklad zde lze uvést odpověď respondentky č. 10: *„Jak kterých potravin. Ty běžnější, jako třeba jáhly, jsou levnější. Ceny za bezlepkové potraviny jsou sice vyšší, ale ty základní potraviny nejsou až tak předražené.“*





Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie „přístup k dodržování bezlepkové diety“ se zabývá přístupem respondentů k dodržování bezlepkové diety a výživových doporučení. Dále bylo zjišťováno, jaký přístup mají pacienti ke kontrole potravin při nákupu. Pro tuto kategorii byly vytvořeny 4 podkategorie – dodržování bezlepkové diety, zastoupení potravin v jídelníčku, celodenní jídelníček a etikety potravin. Pro podkategorii „*zastoupení potravin v jídelníčku*“ a „*celodenní jídelníček*“ byly vytvořeny ještě další podkategorie.

Dodržování bezlepkové diety

V této podkategorii byla pozornost věnována přístupu respondenta k dodržování bezlepkové diety. Respondentům byla položena otázka, zda dodržují striktně bezlepkovou dietu či zda ji občas poruší. Dále byla respondentům položena doplňující otázka, kde bylo zjišťováno, zda se u nich při porušení diety objeví nějaké zdravotní komplikace. Pro tuto podkategorii byly zvoleny kódy – striktně dodržuji, nevědomky poruším, občas poruším, často porušuji a dietu vůbec nedodržuji.

Ze získaných dat je patrné, že většina respondentů má k dodržování bezlepkové diety velice dobrý přístup. Respondenti velmi často uváděli, že dietu dodržují striktně nebo ji poruší pouze nevědomky, kdy uvádějí jako hlavní faktor porušení diety nepozornost při čtení etiket či vlastní nepozornost. To je také případ respondentky č. 3, která na danou

otázku odpověděla takto: „*Ano, striktně dodržuji dietu. Snažím se nejíst potraviny ani se stopami lepku. Ale i přes to se mi asi 3x stalo, že jsem dietu omylem či nedorozuměním porušila.*“ Na otázku, zda se u ní vyskytly nějaké zdravotní komplikace při porušení diety, uvedla: „*Ano. Projevy při porušení diety jsou v mém případě křeče, migréna, zvracení, návaly horka a chladu, totální paralýza celého organismu. Vše odezní cca po půl dni, kdy v křeči ležím a čekám, až se strava z těla vyloučí.*“ Striktně dodržuje dietu také respondent č. 9, který podle svých slov nikdy dietu neporušil: „*Jsem zásadový, takže ano, dodržuji a nikdy neporušuji.*“ Jiný přístup k dodržování bezlepkové diety zaujímá respondentka č. 1, která uvedla, že v poslední době bezlepkovou dietu vůbec nedodržuje. Její odpověď na otázku zněla takto: „*Ne, v poslední době ji poměrně často porušuji, asi víc než bych měla. Když jsem doma, mamka mi vyváří a nakupuje vše bezlepkové, ale když jsem pryč nebo někde venku a tak, tak ji porušuji často. Ted' se zase snažím dát se nějak dohromady, ale zatím je to ve fázi, kdy ještě porušuji.*“ Dále uvedla, že při porušení diety nejsou zdravotní obtíže nijak výrazné: „*Dříve, když jsem byla na základní škole, mi bylo vždy celý den špatně a zvracela jsem. Postupem času ani nepocítím, že jsem dietu porušila. Je ale pravda, že jak ji poslední dobou často porušuji, jsem zase často nemocná.*“ Pravděpodobně nejhorší přístup k dodržování diety má respondent č. 8, který dle svých slov dietu nedodržuje již 2 roky. Respondent č. 8 uvedl, že při nedodržování nemá žádné zdravotní obtíže. Na otázku, zda si je vědom možných následků, zareagoval touto odpovědí: „*Všech možných následků jsem si vědom a počítám s nimi. Možná je to jen období a za pár let budu dietu držet dál, a možná už jiný nebudu. Nic méně dokud nemám žádné komplikace, tak nic měnit nehodlám. Raději budu žít do 40 naplno než do 80 napůl.*“

Zastoupení potravin v jídelníčku

Cílem této podkategorie bylo zjistit zastoupení určitých potravin v jídelníčku respondenta. Pro tuto podkategorii bylo vytvořeno dalších 5 podkategorií – bezlepkové pečivo, maso a masné výrobky, ovoce, zelenina a ořechy, mléko a mléčné výrobky a luštěniny. Pro podkategorii „bezlepkové pečivo“ byly zvoleny kódy – každý den, 1-2 krát týdně, pětkrát za měsíc a vůbec. Kódy, které byly vyprány pro podkategorii „maso a masné výrobky“ jsou - každý den, 1-2 krát týdně, 2-3 krát týdně a pětkrát týdně. Pro další podkategorii „ovoce, zelenina a ořechy“ byly vybrány následující kódy - každý den, 2-3 krát týdně a jednou týdně. Pro předposlední podkategorii „mléko a mléčné výrobky“ byly zvoleny kódy - každý den, 2-3 krát týdně, čtyřikrát týdně a ojediněle.

Poslední podkategorii „*luštěniny*“ byly přiděleny kódy - každý den, 1-2 krát týdně, 2-3 krát týdně, jednou za 2 týdny, 1-2 krát za měsíc a tříkrát za měsíc. Respondentovi byla vždy položena otázka, jak často do svého jídelníčku konkrétní potravinu zařazuje.

Bezlepkové pečivo do svého jídelníčku zařazuje většina respondentů každý den nebo minimálně jednou týdně. Nejvíce respondenti konzumují maso, které je na jídelníčku téměř každý den. Většina respondentů také udávala, že masné výrobky konzumují méně často nebo je nekonzumují vůbec. Velmi často také respondenti uvádějí konzumaci ovoce, zeleniny a ořechů, kdy zeleninu konzumují i vícekrát za den. Mléko a mléčné výrobky zaujímají v jídelníčku respondentů tak velmi oblíbenou potravinu. Mléko nebo mléčné výrobky respondenti konzumují každý den nebo alespoň čtyřikrát do týdne. V této oblasti mě zaujala odpověď respondentky č. 5, která zní: „*Jelikož mám ještě i alergii na kravské mléko, tak bych se těmito výrobkům měla vyhýbat. Avšak jeden lékař mi řekl, jen ať tím organismus zatěžuji, pokud mám tyto výrobky velmi ráda. Mléko si dávám do kafe, které si dávám cca každý druhý pracovní den. A mléčné výrobky též skoro každý den.*“ Respondenti do svého jídelníčku nejméně zařazují luštěniny. Například respondent č. 8, odpověděl takto: „*S luštěninami je to horší, ty jím tak 3x do měsíce. Ne že bych je neměl rád, ale nerad je vařím.*“

Z výsledku je patrné, že většina respondentů dbá na zdravou výživu a snaží se mít svůj jídelníček vyvážený. Někteří respondenti užívají současně také potravinové doplňky, jako například respondentka č. 5: „*Užívám také doplňky stravy a to probiotika, rybí tuk v podobě léků a vitaminy.*“, či respondentka č. 14: „*Užívám ještě doplňky stravy, konkrétně chlorellu a mladý ječmen.*“

Celodenní jídelníček

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak se respondent stravuje během dne. Tato oblast byla zaměřena na složení jídelníčku a také na to, zda se respondenti stravují pravidelně. V této podkategorii bylo vytvořeno dalších 5 podkategorií – snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. Pro první podkategorii „*snídaně*“ byly vytvořeny tyto kódy – teplá snídaně, studená snídaně a nesnídám. Ke druhé podkategorii „*dopolední svačina*“ byly přiřazeny kódy - ovoce, zelenina, pečivo, sladká svačina a nesvačím. Pro podkategorii „*oběd*“ byly zvoleny tyto kódy – polévky, omáčky, přílohy, maso a zelenina, salát. Čtvrté podkategorii „*odpolední svačina*“ byly přiřazeny kódy –

nesvačím, teplá svačina a studená svačina. Pro poslední podkategorii „večeře“ byly zvoleny tyto kódy – teplá večeře a studená večeře.

Velmi často respondenti konzumují studenou snídani, konkrétně jogurt, ovoce, cereálie a pečivo. Jako příklad zde mohu uvést odpověď respondentky č. 5: „*Tvaroh s grankem a banánem.*“ Teplou formu snídaně konzumuje pouze několik málo respondentů, jako například respondentka č. 3, která uvedla toto: „*Pohanková kaše s ovocem.*“ Jeden z respondentů uvedl, že snídani úplně vynechává.

Dopolední svačinu nejčastěji tvoří ovoce, v menší míře také zelenina v kombinaci s bezlepkovým pečivem se šunkou či sýrem. Jako dopolední svačinu si respondenti často volí také sladké varianty potravin, jako příklad lze uvést odpověď respondenta č. 8: „*Ovoce, oplatek.*“

Hlavní jídlo dne tvoří u většiny respondentů především maso a přílohy, kterými jsou nejčastěji brambory, rýže či bezlepkové těstoviny. Příkladem může být jídelníček respondentky č. 2: „*Kuřecí maso, rýžové nudle, zelenina a XS drink bohatý na vitamin B12.*“ Převážná většina respondentů také k hlavnímu chodu konzumuje zeleninu nebo zeleninové saláty. Polévky nejsou v jídelníčku respondentů příliš zastoupeny, konzumaci polévek k obědu uvedla například respondentka č. 3: „*Zeleninová polévka s luštěninami.*“

Téměř všichni respondenti si k odpolední svačině volí studené pokrmy. Jedná se především o bezlepkový chléb se šunkou či sýrem a zeleninou, ovoce či ovocný nápoj nebo o sladké pečivo či tyčinku. Jako příklad lze uvést odpolední svačinu respondentky č. 10: „*Salát s kukuřičnými těstovinami.*“ Teplou variantu pokrmu si pro odpolední svačinu volí respondent č. 9: „*Polévka, čaj.*“

Respondenti naopak preferují teplé večeře, příkladem může být jídelníček respondentka č. 5: „*Losos se salátem.*“ Respondenti si dle mého názoru často pro večeři volí poměrně těžká jídla, jakými jsou například míchaná či smažená vejce, houby či klobása, jak uvedl například respondent č. 9, který večeří smažené vejce. Studená večeře se obvykle dle výpovědí respondentů skládá z bezlepkového chleba se šunkou a sýrem, ke kterému je často konzumována také zelenina, jak je patrné z odpovědi respondentky č. 14: „*Chléb se sýrem, rajče, okurka.*“

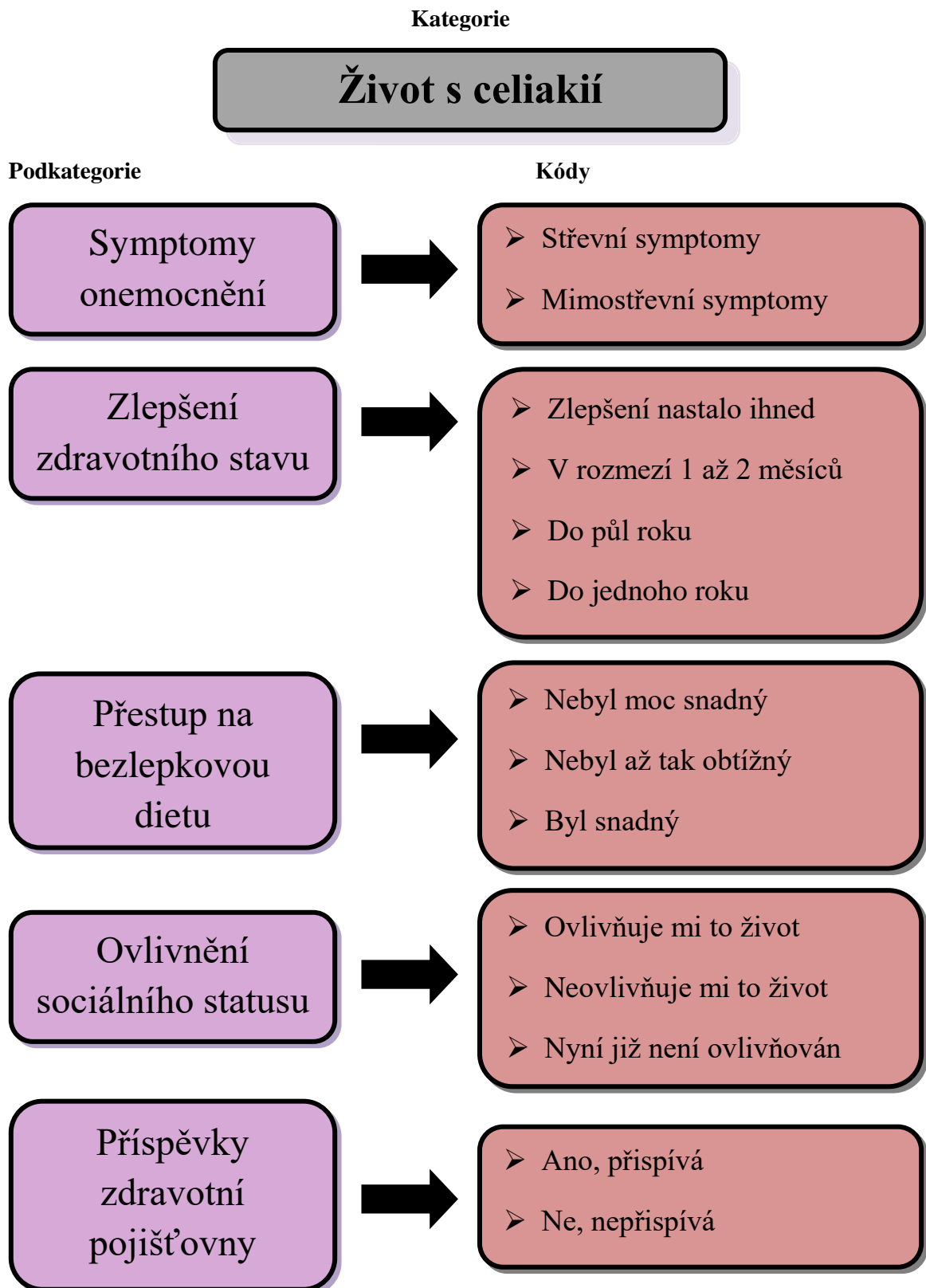
Etikety potravin

Tato podkapitola se zabývá přístupem respondentů ke kontrole potravin, tedy zda studují etikety potravin, které nakupují, a čeho si při kontrole potravin nejvíce všímají. Kódy, které byly pro tuto podkategorii vybrány, jsou – čtu, nečtu a občas čtu.

Ze získaných dat bylo zjištěno, že respondenti mají velmi dobrý přístup ke kontrole složení potravin. Většina respondentů etikety potravin vždy bedlivě studuje, pouze v ojedinělém případě studuje respondent etikety pouze občas. Uvést zde mohu například odpověď respondenta č. 7: *„Ovšem, další ze zásad a povinností každého celiaka. Já si všímám především složení a země původu potravin.“*, dále mohu uvést také odpověď respondenta č. 13, která zněla takto: *„Ano, vždy čtu etikety. Sleduji takové klasické věci jako obsah lepku, přídavné látky, nutriční hodnoty a datum spotřeby.“* Z rozhovorů bylo také zjištěno, že pár respondentů etikety potravin nečte. Přestože tito respondenti nečtou etikety potravin, vždy kontrolují alespoň logo používané pro bezpečkové potraviny, tedy přeškrtnutý klas. Tento přístup zaujímá například respondent č. 9, jehož odpověď zněla takto: *„Nečtu, zaměřuji se spíše na cenovky. Ale všímám si pouze obsahu lepku a loga pro bezpečkovou potravinu, tedy přeškrtnutý klas.“*

ŽIVOT S CELIAKIÍ

Schéma č. 4: Život s celiakií



Zdroj: vlastní výzkum

Tato kategorie se zabývá vlivem celiakie na život respondenta. Zjišťováno bylo mimo jiné ovlivnění sociálního statusu respondentů, a jaké byly jejich pocity po zjištění konečné diagnózy. Do této kategorie byly zařazeny také symptomy onemocnění, které respondenty trápily a přivedly k lékaři. Dále zde bylo zjišťováno, za jak dlouho po nasazení bezlepkové diety došlo u respondentů ke zlepšení zdravotního stavu a odeznění zdravotních obtíží. Pro tuto kategorii byly vytvořeny následující podkategorie – symptomy onemocnění, zlepšení zdravotního stavu, přestup na bezlepkovou dietu, ovlivnění sociálního statusu a příspěvky zdravotní pojišťovny.

Symptomy onemocnění

Tato podkategorie se zabývá zdravotními obtížemi, které respondenty trápily a přivedly k lékaři. Pro tuto oblast byly zvoleny 2 kódy – střevní symptomy a mimostřevní symptomy.

U respondentů se dle získaných dat vyskytovaly především střevní symptomy. Střevní obtíže byly zjištěny především u respondentů, jimž byla celiakie diagnostikována v dětském věku popřípadě v období dospívání. Těmito symptomy trpěla například respondentka č. 5, která se cestě k této diagnóze vyjádřila takto: *„Od malička, tedy od svých 5 let jsem trpěla na časté střevní problémy (průjmy). Obvodní lékařka mi pouze doporučovala dietu, tzn. pečivo, piškoty a hořký čaj. Můj stav se tedy stále zhoršoval. Ale s rodiči jsme to dále neřešili. Ve 13 letech to však bylo už velmi zlé, stále jsem hubla, neudržela v sobě jídlo, které jsem pozřela. Začaly se mi dělat světlé fleky v oblasti lokte, které se zvětšovaly a pokožka byla velmi suchá místy až červená, jelikož svědila. Tento problém mě tedy dovedl ke kožní lékařce v Brně. Ta ihned naznačila, že to není žádný ekzém a že se jedná pravděpodobně o celiakii. To už jsme s mamkou tušili, že se bezlepkové dietě nevyhnu, hlavně proto, že mé sestře zjistili celiakii již v jejich 2 letech.“* Mimostřevní symptomy jsou u respondentů zmiňovány také velmi často. Výskyt těchto symptomů byl zjištěn především u respondentů, jimž byla celiakie diagnostikována v dospělosti, jak tomu bylo například u respondentky č. 3: *„Asi od 13 let jsem trpěla anémií, a ani po opakovaných několikaměsíčních kúrách, při kterých jsem užívala 3x denně tablety pro zvýšení hladiny železa v krvi, se můj zdravotní stav nezměnil. Dorostová lékařka můj zdravotní stav neřešila. Teprve můj nový lékař pro dospělé se začal mojí anémií zabývat. Poslal mě na hematologii, a tam přišli na příčinu anémie, tedy na celiakii.“* Podobné zkušenosti má také respondentka č. 1, již byla

celiakie diagnostikována již v 8 letech: „Byla jsem neustále nemocná, asi rok v kuse. Stále mě trápily vysoké teploty, angíny, laryngitidy a tak podobně. Nikdy jsem nebyla nějak hubené dítě ani jsem neměla průjmy, byla jsem pouze pořád hrozně nemocná. Neustále jsem chodila na ORL, doktorka ze mě byla hrozně zoufalá a nevěděla co se mnou. Pak už nevěděli kam mě poslat, tak jsem podstupovala různá vyšetření, až nakonec zjistily, že se jedná o celiakii. No bylo to zábavné, myslím, že nikdo nečekal, že to způsobuje celiakie.“

Zlepšení zdravotního stavu

Podkategorie „zlepšení zdravotního stavu“ zlepšením zdravotního stavu a vymizení obtíží, které respondenty trápily, po nasazení bezlepkové diety. Zjišťována zde byla doba, během které se tyto zdravotní komplikace zlepšili. Pro tuto podkategorii byly zvoleny kódy - zlepšení nastalo ihned, v rozmezí 1 až 2 měsíců, do půl roku a do jednoho roku.

Zlepšení zdravotního stavu u většiny respondentů nastalo v rozmezí jednoho až dvou měsíců popřípadě do půl roku. Okamžité zlepšení svého zdravotního stavu po nasazení bezlepkové diety zaznamenala respondentka č. 4: „Okamžitě, co jsem začala dodržovat bezlepkovou dietu, bolesti přestaly.“ Respondentka č. 3, mezi jejíž symptomy patřila anémie, uvedla, že ke zlepšení jejího zdravotního stavu došlo až po jednom roce: „Vzhledem k tomu, že jsem neměla žádné zažívací ani jiné výrazné obtíže, nevím přesně. Řekla bych, že po roce se začala tkáň tenkého střeva vracet do normálního stavu, a teprve poté začalo probíhat i standardní vstřebávání živin, a tudíž se napravily i problémy spojené s anémií.“

Přestup na bezlepkovou dietu

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaký byl pro respondentky přestup na bezlepkovou dietu a jak tato změna ovlivnila jejich život. Zvoleny zde byly kódy - nebyl moc snadný, nebyl až tak obtížný a byl snadný.

Většina respondentů uvedla, že než si zvykli, byl pro ně přestup na bezlepkovou dietu poměrně náročný. Například respondentka č. 1 uvedla, že pro ni byl přestup na bezlepkovou dietu velmi těžký: „Tím, že jsem celkově docela přecitlivělá, tak to pro mě bylo opravdu těžké. Často jsem kvůli tomu plakala, bála jsem se, že to v životě nebudu zvládat, finančně a tak.“, dále uvedla: „Bylo náročné dodržovat bezlepkovou dietu

a nemoci jíst jako ostatní. Vždy mi přišlo, že mají ostatní něco lepšího. Hlavně ve školní jídelně, sice tam bezlepkově vařili, to klobouk dolů, ale většinou to nebylo ani trochu dobré.“ Někteří respondenti dále uvedli, že pro ně přestup na bezlepkovou dietu byl snadný především díky jejich nízkému věku v době, kdy jim byla celiakie diagnostikována, jak uvedla například respondentka č. 14, které byla celiakie diagnostikována v 1 a půl roce: *„Pro mě jako pro malé dítě snadný. Kdyby mi byla celiakie diagnostikována v dospělosti, asi by byla moje odpověď jiná.“* Respondentka č. 14 dále na otázku, zda pro ni bylo náročné dodržovat bezlepkovou dietu a nemoci jíst jako ostatní odpověděla takto: *„Někdy ano. Byla jsem celkem zvědavá, jak normální jídlo chutná, ale věděla jsem, že to prostě nemůžu, takže jsem to musela překonat.“*

Ovlivnění sociálního statusu

V této podkategorii byla pozornost věnována vlivu celiakie na život respondentů. Bylo zde zjišťováno, zda celiakie nějak výrazně ovlivňuje každodenní život respondentů, dále zda byl vlivem celiakie narušen jejich společenský život a také zda se respondenti cítí být vyloučení z kolektivu. Pro tuto podkategorii byly zvoleny následující kódy - ovlivňuje mi to život, neovlivňuje mi to život a nyní již není ovlivňován.

Ze získaných dat bylo zjištěno, že u mnohých respondentů došlo k ovlivnění jejich každodenního života, jak uvedla například respondentka č. 3: *„Ano, samozřejmě. S postupem času si člověk, ale tak zvykne, že sám většinou tu „odlišnost“ nevnímá a vzpomene si na to pouze tehdy, když ho na to nějak upozorní okolí.“* Podobné pocity má také respondent č. 7: *„Ovšem, občas si člověk přijde odstrčen, když jdou všichni na oběd, ale vy nemůžete, protože tam nepodávají nic bez lepku.“* Respondent č. 7 také uvedl, že vlivem celiakie byl narušen také jeho společenský život a cítí se být také vyloučen z kolektivu. Tento pocit mívala také respondentka č. 4, která uvedla, že se dříve cítila být vyloučena z kolektivu: *„Kdysi jsem se cítila velice jiná, protože se mi děti ve škole posmívaly, že mám jiné jídlo. Avšak s postupujícími roky se tato situace zlepšila.“* Ostatní respondenti ovšem tyto zkušenosti nesdílejí. Převážná většina respondentů uvedla, že jejich život celiakie nijak neovlivňuje a že k narušení jejich společenského života nedošlo. Respondenti také uvedli, že se nijak necítí být vyloučení z kolektivu, a že nemají důvod cítit se být vyloučení z kolektivu, jak uvedl například respondent č. 13: *„Necítím. Nemám žádnou vysoce nakažlivou nemoc, které se ostatní lidé strání, takže ani není důvod, abych se cítil být vyloučen z kolektivu.“*

Příspěvky zdravotní pojišťovny

Tato podkapitola pojednává o příspěvcích zdravotních pojišťoven celiakům a o přínosu těchto příspěvků. Zvoleny zde byly kódy – ano a ne.

S ohledem na věk respondentů bylo zjištěno, že většina respondentů příspěvky na bezlepkovou dietu od zdravotní pojišťovny nedostává, přestože by pro ně byli velkým přínosem. Dle výpovědí respondentů jsou příspěvky vypláceny pouze do 18 let či po dobu studia, tedy nejdéle do 26 let. Zdravotní pojišťovna poskytuje příspěvky pouze pár dotázaným respondentům, kteří tyto příspěvky označily za velmi nízké ovšem užitečné. Jmenovat zde mohu odpověď respondentky č. 4: *„Ano, dostávám od pojišťovny příspěvky na stravu.“* Na otázku zda jsou tyto příspěvky přínosné, odpověděla následovně: *„Je to 3000 za půl roku, což bohužel s ohledem na cenu potravin není nijak vysoká částka.“*

5 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit specifika výživy u pacientů s celiakií. Výzkumný soubor tvořilo 14 respondentů s celiakií. Tento soubor byl tvořen 10 ženami a 4 muži ve věku od 18 let. Výzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativní metody, kdy byl pro sběr dat využit polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly rozděleny na čtyři oblasti, týkající se informačních zdrojů, situace bezpečných potravin na trhu, přístupu respondentů k dodržování bezpečné diety a ovlivnění života respondenta vlivem celiakie a bezpečné diety.

V současné době je celiakie velmi častým onemocněním, jejíž prevalence je mnohem vyšší, než jaká byla udávána před 20 lety (Almagro, 2016). Z nejrůznějších výzkumů vyplývá, že u mužů je výskyt celiakie dvakrát až třikrát nižší než jak je tomu u žen (Ali, 2015). Vzhledem k dědičným predispozicím jsou příbuzní pacientů s celiakií rozvojem tohoto onemocnění více ohroženi. V souvislosti s touto skutečností dochází k častějšímu výskytu celiakie u příbuzných 1. stupně, kdy je výskyt celiakie udáván v 8-18%, u jednovaječných dvojčat je výskyt celiakie udáván vyšší, až 70% (Frič, 2011). Ovšem panují předpoklady, že by tyto data mohly být ve skutečnosti mnohem vyšší (Vránová, 2013). Výzkumné části bakalářské práce se zúčastnilo 14 osob s celiakií. Převážnou většinu respondentů vskutku tvořily ženy. Ze 14 respondentů jich 5 uvedlo, že již někomu z rodinných příslušníků byla celiakie diagnostikována. Jednalo se především o matku či sestru respondenta a u jednoho z respondentů byla celiakie diagnostikována u vnučky. Respondentka č. 11 také uvedla, že byla na celiakii vyšetřována již po porodu, kdy byl ovšem výsledek vyšetření negativní: *„Ano, mé mamince, díky tomu jsem měla tušení, že bych celiakii mohla mít také. Ale když jsem se narodila, celiakie mi zjištěna nebyla.“*

V této oblasti byly zkoumány klinické projevy celiakie. Každý člověk je jiný, a také klinické projevy celiakie se u každého člověka liší (Ali, 2015). Symptomy onemocnění závisejí v určité míře na věku pacienta (Frič, 2013). U dětí se většinou vyskytují klasické střevní symptomy, kdežto u dospělých převládají především mimostřevní symptomy a nespecifické gastrointestinální obtíže. Při nespecifických symptomech je cesta ke správné diagnóze složitější a zdlouhavější (Ali, 2015; Kohout a Pavlíčková, 2010). Správná a včasná diagnóza celiakie je přitom velmi důležitá. Pokud zůstane celiakie po dlouhou dobu nediodagnostikována, může u pacienta dojít k negativním

dopadům na zdraví (Nevoral, 2013). Symptomy onemocnění se u respondentů velmi lišily. Střevní symptomy skutečně převládaly především u respondentů, jimž byla celiakie diagnostikována v útlém věku. Výjimku v tomto ohledu tvoří respondent č. 9, jemuž byla celiakie diagnostikována v 70 letech, kdy se mezi jeho symptomy řadily časté průjmy a následný úbytek na váze, jak je možné pozorovat z jeho odpovědi: „*Dříve jsem žádné obtíže neměl, poté jsem měl chřipku, kdy jsem trpěl na horečky, zimnici a třesavku. K lékaři jsem ani jít nechtěl, donutila mě rodina, když mi začali časté průjmy a následně jsem začal ubírat na váze.*“ Mimostřevní symptomy převládaly především u dospělých respondentů a starších dětí, které byly často také doprovázeny střevními obtížemi. Někteří respondenti také uvedli, že v souvislosti s jejich nespecifickými symptomy došlo k určení správné diagnózy až po pár letech od první návštěvy lékaře, jak uvedla například respondentka č. 3: „*Asi od 13 let jsem trpěla anémií, a ani po opakovaných několikaměsíčních kúrách, při kterých jsem užívala 3x denně tablety pro zvýšení hladiny železa v krvi, se můj zdravotní stav nezměnil. Dorostová lékařka můj zdravotní stav neřešila. Teprve můj nový lékař pro dospělé se začal mojí anémií zabývat. Poslal mě na hematologii, a tam přišli na příčinu anémie, tedy na celiakii.*“ Přestože že v posledních letech stouplо povědomí o této nemoci jak v laické tak i odborné společnosti, stále je celiakie diagnostikována nedostatečně, jak konstatoval Frič (2013) v jednom z odborných článků. Lékaři v takovýchto případech na toto onemocnění málo myslí, což je dáno především různorodými a nespecifickými symptomy, které lékaři komplikují správnou diagnózu.

Další zkoumanou oblastí je účinnost bezlepkové diety, tedy konkrétně doby, za kterou při dodržování bezlepkové diety dojde ke zlepšení zdravotního stavu a vymizení symptomů onemocnění. Bezlepková dieta je jedinou možnou léčbou CS, kdy při jejím dodržování obvykle dochází k vymizení příznaků onemocnění, k obnově sliznice tenkého střeva a k celkovému zlepšení zdravotního stavu (Gabrovská, 2015; Příbylová, 2012). Doba odezvy organismu na bezlepkovou dietu je velmi různorodá a u každého pacienta se liší (Příbylová, 2008). Většina pacientů pocítí příznivé účinky bezlepkové diety se zlepšením zdravotního stavu a vymizením symptomů onemocnění v průběhu několika dní či týdnů (Frič, 2011; Prokopová, 2008; Příbylová, 2012). K obnově střevní sliznice ovšem dochází o něco déle, udává se přibližně 6 měsíců až 2 roky (Příbylová, 2012).

Bezlepková dieta slouží také jako prevence vzniku komplikací, mezi které patří například refrakterní sprue), ulcerativní jejunoileitida, metabolická osteopatie nebo nádorová onemocnění (Gabrovská, 2015; Kohout a Rušavý, 2010). Další zkoumaná oblast se tedy zabývala přístupem respondentů k dodržování bezlepkové diety. Pokud pacient bezlepkovou dietu nedodrží a opětovně vystavuje svůj organismus kontaktu s lepem, mohou se u něj opět manifestovat klinické příznaky nebo může dojít až ke vzniku závažných komplikací (Samasca, 2014). Převážná většina respondentů má k dodržování bezlepkové diety velmi kladný přístup a dietu dodrží velmi striktně či ji poruší nevědomky, především díky své vlastní nedbalosti a nepozornosti. Bezlepkovou dietu velmi často porušuje pouze několik málo respondentů. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že bezlepkovou dietu nedodrží již celé 2 roky. Na otázku zda si je vědom následků odpověděl, že ano. Respondent č. 8 svoji volbu nedodržit bezlepkovou dietu zdůvodnil takto: „*Dieta poslední dva roky nedrží vůbec, přestalo mě bavit neustále všechno připravovat doma (hlavně co se pečiva týče) za ceny převyšující „normál“ o stovky procent. A když jsem zjistil, že konzumace lepku mi nic nedělá ba naopak, nebylo co řešit.*“, dále dodal: „*Všech možných následků jsem si vědom a počítám s nimi. Možná je to jen období a za pár let budu dietu držet dál, a možná už jiný nebudu. Nic méně dokud nemám žádné komplikace, tak nic měnit nehodlám. Raději budu žít do 40 naplno než do 80 napůl.*“ Tento přístup respondenta č. 8 považuji za velice nedbalý a nerozvážený. Přestože si je vědom následků měl by se nad svým přístupem zamyslet a zvážit své rozhodnutí než bude příliš pozdě. Jedna z respondentek také uvedla, že její přítel drží bezlepkovou dietu s ní, i když nemusí, s čím já osobně nesouhlasím. Během studia literatury při psaní mé bakalářské práce jsem narazila na názory odborníků (například Fasano, 2015), že dodržování bezlepkové diety aniž by dotyčná osoba trpěla celiakií, se nedoporučuje. Vzhledem k faktu, že zdravému člověku lepek nijak neškodí, není důvod ho úplně vynechat. Dle mého názoru ovšem ničemu snížení konzumace lepku neškodí, naopak svému organismu tak zajisté trošku ulevíme.

Dle Prokopové (2008) je nutné kontrolovat etikety potravin a jejich složení. Lepek je možné nalézt i v potravinách, ve kterých bychom jeho přítomnost nepředvíдали. Je tedy nezbytné, aby si pacienti byli vědomi skrytých zdrojů lepku. Lepek je možné nalézt například v uzeninách, omáčkách či v masových konzervách (Boulton, 2011; Foschia, 2016). Při zkoumání složení výrobku je důležité zaměřit se mimo jiné také na přídavné

látky (Prokopová, 2008). Bezlepkové potraviny lze poznat dle loga přeškrtnutého klasu či označením „bez lepku“. V případě, že na potravině tato označení nejsou, je nezbytné důkladně kontrovat etikety a složení potraviny (Kovářů, 2013). Ke kontrole složení potravin se respondenti stavějí velmi kladně. Většina respondentů uvedla, že etikety potravin vždy pečlivě studuje, což osobně pokládám za správný přístup. Při studování etiket si všimají především obsahu lepku a jiných alergenů, přídatných látek, nutričních hodnot a data spotřeby, jako respondentka č. 3, která odpověděla takto: *„Ano, kvůli složení bedlivě čtu etikety. Nejvíce si všímám mouky a použitých škrobů a zvýrazněných alergenů.“*

Další zkoumanou oblastí bylo využití pomoci výživového specialisty na počátku onemocnění. Bezlepková dieta by měla být pestrá a vyvážená. V začátcích je vhodné pro sestavení jídelníčku využít pomoci nutriční terapeutky či výživového poradce. (Příbylová, 2012; Nevoral, 2013; Svačina, 2008; Kohout, 2007; Prokopová, 2008). Je velmi důležité, aby měl pacient dostatek informací o BLD, a také aby byl dostatečně poučen od svého lékaře či výživového poradce (Boulton, 2011; Foschia, 2016). Dle mého názoru je návštěva výživového poradce velmi užitečná, vzhledem ke složitosti bezlepkové diety. Výživový poradce dle mého názoru může dotyčnému pacientovi velmi pomoci a trochu zmírnit psychické napětí, které pacient po diagnostice prožívá. Převážná většina respondentů této pomoci nevyužila. Mezi důvody, proč nevyužili pomoci výživového poradce či nutričního terapeuta, patřila především nevědomost o této možnosti. Vzhledem k této skutečnosti se domnívám, že lékaři nepodávají dostatečné informace a možnosti, jak si mohou pacienti ulehčit přestup na bezlepkovou dietu. Respondenti také uváděli, že pomoc těchto specialistů nebyla třeba, vzhledem ke znalostem, jež získali od rodičů nebo příbuzného s celiakií, což je pochopitelné. Jedna z respondentek také uvedla, že je pro ni bezlepková dieta již tak dost finančně náročná, že nemá potřebu platit si ještě výživového poradce: *„Ne, nevyužila. Na internetu je dostatečné množství informací, člověk musí sám vyzkoušet, co mu dělá z hlediska zažívání dobře a co ne. Nepotřebuji si k tomu platit ještě výživového poradce, bezlepková dieta je už tak docela finančně náročná. Co jsem potřebovala vědět, jsem si nastudovala, nebylo to tak těžké.“* Přestože s tímto názorem příliš nesouhlasím, vzhledem k ceně služeb výživového specialisty, důvod počínání respondentky č. 12 chápu. Výživového poradce navštívila pouze jediná respondentka, která uvedla, že jí velmi pomohl a poradil. Tento krok respondentky č. 10 považuji za správný.

Další oblast zkoumání je zaměřena na nabídku a dostupnost bezpečkových potravin na českém trhu. Za poslední roky došlo k výraznému zlepšení dostupnosti bezpečkových potravin na trhu (Samasca, 2014). Dnes je již možné sehnat bezpečkové potraviny mimo obchody se zdravou výživou také ve velkých obchodních řetězcích. Bezpečkové koutky lze nalézt v Kauflandu, Bille, Albertu, Lidlu, Tesco a Globusu, bezpečkové potraviny nabízejí také drogerie, konkrétně Rossmann či drogerie DM. V dnešní době vyspělých technologií a nejmodernější techniky není žádný problém objednat si bezpečkové potraviny z internetových obchodů. Většina jmenovaných zlepšení je pozorovatelná především ve velkých městech, v lokalitách menších měst či vesnic může být i nadále shánění některých potravin poměrně obtížné (Příbylová, 2012). Dle respondentů se dostupnost bezpečkových potravin na českém za posledních několik let výrazně zlepšila, dříve bylo dle jejich slov obtížné nějakou potravinu sehnat. Většina respondentů zastává názor, že jsou bezpečkové potraviny na českém trhu dobře dostupné. Nespokojenost vyjádřilo pouze pár respondentů, kdy je důvodem nespokojenosti horší dostupnost bezpečkových potravin v menších městech. Situace bezpečkových potravin na trhu se ovšem dle respondentů stále zlepšuje. Pozitivní ohlasy sklízí nejenom bezpečkové koutky ve velkých obchodních řetězcích, ale také restaurační zařízení, která se touto problematikou také začínají zajímat. Bezpečkový pokrm jsou pro své strážníky ochotni připravit i školní jídelny či závodní stravování, dokonce i některé restaurace již ve svém jídelním lístku nabízejí bezpečkové menu (Příbylová, 2012).

V posledních letech došlo také k rozšíření sortimentu nejrůznějších bezpečkových surovin (Samasca, 2014). V současnosti je možné říci, že je nabídka bezpečkových potravin na českém trhu poměrně rozsáhlá. Sortiment zahrnuje mimo jiné bezpečkové pečivo, těstoviny, mouku, masné výrobky či dokonce bezpečkové pivo a mnoho dalších potravin (Příbylová, 2012). Dle mého názoru je nabídka bezpečkových potravin v České republice poměrně široká, v čemž mě také při rozhovorech utvrdila většina respondentů. S nabídkou bezpečkových potravin je převážná část respondentů spokojena. Někteří respondenti uvedli, že s nabídkou bezpečkových potravin na trhu spokojeni nejsou a stále je dle jejich názoru prostor ke zlepšení. Respondenti zastávají názor, že Česká republika s nabídkou bezpečkových potravin zaostává oproti jiným zemím, jako je Německo či Francie.

Bezlepková dieta zasahuje významnou měrou život pacienta, jenž musí podstatně změnit svůj životní styl včetně jídelníčku (Silvestr, 2016). Pro pacienta je to velká psychická zátěž, kdy se musí vyrovnat se zásadní změnou života a zvládnout všechna úskalí bezlepkové diety (Almagro, 2016). Zatížena je také rodina, která je zasažena jak psychicky, tak také po ekonomické stránce (Frühauf, 2009). Pro většinu respondentů byl přestup na bezlepkovou dietu velmi obtížný. Nejtěžší bylo zvyknout si na změnu životního stylu a zjistit v jakých potravinách je vlastně lepek obsažen. Většina respondentů měla oporu a psychickou podporu v rodině či u přátel, kteří jim velmi pomohli se s touto situací vyrovnat. Přestože se respondenti necítí být vyloučení z kolektivu, někteří z nich uvedli, že se občas cítí být odstrčeni, jak uvedl respondent č. 7: *„Ovšem, občas si člověk přijde odstrčen, když jdou všichni na oběd, ale vy nemůžete, protože tam nepodávají nic bez lepku.“*. Pocit odstrčení je patrný také z výzkumu Almagra (2016), kdy mají respondenti, kteří se tohoto výzkumu účastnili, obtíže začlenit se do kolektivu. Tyto výsledky se od mých výsledků výzkumu liší, vzhledem k faktu, že respondenti nemají problém s navazováním vztahů a začleněním se do kolektivu.

Bezlepková dieta zasahuje pacienty také po ekonomické stránce. Tato dieta je finančně velmi náročná a zasahuje tak značnou mírou do rozpočtu pacientů (Prokopová, 2008; Frič, 2011). Dle Prokopové (2008) pacient měsíčně za bezlepkové potraviny připlácí asi 3000 Kč. Bezlepkové potraviny jsou 4-10krát dražší než běžné potraviny, které obsahují lepek (Příbylová, 2012; Frič, 2011). Většina respondentů finanční nákladnost bezlepkové diety potvrdila. Dle respondentů je BLD velmi finančně nákladná a zasahuje značnou měrou do rozpočtu. Respondenti v rozhovorech velmi často porovnávali rozdílnost v cenách bezlepkových a běžných potravin, kdy jako příklad uváděli cenu bezlepkové mouky či bezlepkového pečiva, jako například respondentka č. 5: *„Určitě ano. Jelikož přítel bezlepkovou dietu nedrží, jde vidět, kolik zaplatí za své jídlo on, a kolik za své já. Například chutný bezlepkový chleba, který je velikostí velký jako půl klasického chleba stojí 99 Kč.“* Naopak bezlepkovou dietu za finančně nákladnou nepokládá respondent č. 13, který přestože zastává názor, že jsou ceny bezlepkových potravin relativně vysoké, nemyslí si, že by dodržování bezlepkové diety bylo příliš finančně náročné. Respondent č. 13 svoji odpověď zdůvodnil následovně: *„Není, když si vezmu, jak jsem se stravoval dříve, kdy jsem jedl i nezdravá jídla a prostě to co na co jsem měl chuť, určitě jsem utratil daleko více“* Ohledně cen bezlepkových

potravin panovala mezi respondenty obvykle shoda. Dle názoru většiny respondentů jsou ceny bezpečkových potravin vysoké či dokonce přehnaně vysoké. Ostatní respondenti, přestože souhlasí s vyšší cenou bezpečkových potravin, nesouhlasí s názorem, že by tyto potraviny byly předražené, bezpečkové potraviny se dle jejich názoru dají nakoupit i za slušné ceny. S názory respondentů nemohu jinak než souhlasit. Sama občas nakupuji bezpečkové potraviny jako quinou či jáhly, a když sleduji ceny některých bezpečkových potravin a porovnávám je s klasickými potravinami s obsahem lepku, velmi se podivuji na značném rozdílu.

Další zkoumanou oblastí jsou příspěvky zdravotních pojišťoven na bezpečkovou dietu. Možné příspěvky na bezpečkovou dietu je možné získat pouze od určitých zdravotních pojišťoven. Tyto bonusové programy se ovšem každým rokem mění. České zdravotní pojišťovny přispívají pouze minimální příspěvkem na bezpečkové potraviny. Výše těchto příspěvků se u jednotlivých zdravotních pojišťoven liší (Příbylová, 2012). Frič (2011) uvedl, že se dle jeho názoru pojišťovny o tuto situaci nezajímají. Dle bonusových programů zveřejněných na stránkách jednotlivých zdravotních pojišťoven se tyto příspěvky pohybují od 500 do 6000 Kč za rok v závislosti na příslušnosti zdravotní pojišťovny. Čerpání těchto příspěvků je ovšem možné pouze do 18 let, popřípadě po dobu studia tedy až do 26 let v závislosti na zdravotní pojišťovně. Nejvyšší příspěvky poskytuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která svým klientům na bezpečkovou dietu přispívá za rok 6000 Kč. (informace jsou získány z webových stránek VOZP). Většina respondentů vzhledem k věku příspěvky na bezpečkovou dietu nedostává, což rozhodně není vzhledem k ceně bezpečkových potravin správné. Respondenti, kteří čerpají příspěvky, uvedli, že přestože jsou tyto příspěvky velmi malé vzhledem k ceně potravin, jsou pro ně stále přínosné, jak uvedl respondent č. 7: „Zaplatí asi tak roční spotřebu pečiva. Jsem za ně rád, ale chtělo by to víc.“

Z výzkumu lze konstatovat odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké zdroje informací pacienti nejčastěji využívají?

Bylo zjištěno, že respondenti pro získávání informací nejčastěji využívají internetové portály. Informace získávají velmi často také od přátel nebo člena rodiny, kterým byla celiakie také diagnostikována či z knih. Validní zdroje informací, například výzkumy, odborné články či publikace odborníků na tuto problematiku, respondenti příliš nevyžívají. Za nejprínosnější zdroj informací respondenti považují internetové

diskuze, kam píše své zkušenosti a rady lidé s celiakií. Převážná část respondentů uvedla, že nové informace o této problematice vůbec nevyhledávají nebo si své znalosti doplňují pouze příležitostně.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je dostupnost bezlepkových potravin a stravovacích služeb, které nabízí bezlepkovou stravu?

Dostupnost bezlepkových potravin a stravovacích služeb se za posledních několik let výrazně zlepšila. V dnešní době jsou bezlepkové potraviny na českém trhu poměrně dobře dostupné především díky rozšíření sortimentu těchto potravin do velkých obchodních řetězců a možnosti nákupu z internetových obchodů. Stravovací služby taktéž prošli velkou změnou. Bezlepkové pokrmy jsou v dnešní době již součástí jídelních lístků mnoha restauračních zařízení či školních jídelen. V současnosti existují také restaurace, zaměřené pouze na bezlepkovou stravu. Přestože došlo ke zlepšení situace, je zde stále místo na zlepšení, kdy je nutné zvýšit dostupnost bezlepkových potravin a stravovacích služeb v menších městech či vesnicích. Z analýzy dat totiž vyplynulo, že v menších městech a vesnicích mají respondenti s nákupem bezlepkových potravin občas značné obtíže.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký přístup mají pacienti s celiakií k dodržování výživových doporučení?

Z výzkumu bylo zjištěno, že mnoho respondentů dodržuje bezlepkovou dietu řádně a svědomitě. Člověk ovšem není neomylný a dělá chyby, k porušení bezlepkové diety dochází nejčastěji vlastní nepozorností či nedbalostí. V těchto případech se jedná pouze o jednorázové porušení, které se stane výjimečně. Velice špatný přístup k dodržování bezlepkové diety má jeden z respondentů, který uvedl, že dietu nedodržuje již 2 roky, a dokud nemá zdravotní obtíže, nebude tento postoj měnit. Na zdravém životním stylu a dodržování výživových doporučení si většina respondentů zakládá a snaží se je řádně dodržovat. Do svého jídelníčku obvykle zařazují veškeré důležité potraviny, jako bezlepkové pečivo, maso a masné výrobky, ovoce, zeleninu a ořechy, dále mléko a mléčné výrobky a v neposlední řadě také luštěniny. Většina respondentů se stravuje 5krát denně, několik málo respondentů ovšem uvedlo, že vynechávají jedno jídlo, a to snídani či svačinu.

Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry je u pacientů s celiakií ovlivněn jejich sociální status?

Celiakie je onemocnění, které značnou měrou zasahuje život pacienta. Přestup na bezlepkovou dietu je psychicky náročný, pacient se musí vyrovnat se zásadní změnou životního stylu, tedy přestupem na bezlepkovou dietu a také s finanční náročností bezlepkové diety. Bylo zjištěno, že pro respondenty byl přestup na bezlepkovou dietu náročný, ovšem po získání potřebných informací a zkušeností již s dietou neměli žádný problém. Mnoho respondentů uvedlo, že jim celiakie značnou měrou zasahuje do každodenního života. Přestože byla celiakie zásahem do života, k ovlivnění společenského života nebo k vyloučení z kolektivu nedošlo, dle zjištění si ovšem člověk občas přijde od ostatních malinko odtrčen.

6 ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se věnovala specifikům výživy u pacientů s celiakií. Výzkum byl realizován pomocí kvalitativní metody, kdy sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu bylo zjistit specifika výživy u pacientů s celiakií. Bylo zjištěno, že respondenti se o bezlepkovou dietu i o zdravý životní styl velmi zajímají. K dodržování bezlepkové diety mají respondenti velmi kladný přístup a snaží se ji striktně dodržovat. S stejným přístupem mají také nezdravému životnímu stylu, kdy se i přes nedostatky ve stravování snaží žít zdravě a dodržovat výživová doporučení. Jídelníček většiny respondentů je poměrně vyvážený. Zelenina je v jídelníčku respondentů zastoupena téměř u každého chodu, ať již na snídani, svačinu, oběd či večeři. Avšak poměrně často se u večeří objevovaly smažená jídla, především vejce, přestože smažená jídla nejsou příliš vhodnou volbou. Také bylo zjištěno, že se respondenti příliš nezajímají o nové potraviny, které jsou vhodné pro bezlepkovou dietu a ani v této oblasti informace příliš nevyhledávají. V tomto ohledu je zájem o objevování nových potravin a zpestření jídelníčku nízký, což je dle mého názoru chyba. Respondenti využívají především nejznámější bezlepkové potraviny jako rýži, brambory, pohanku či quinou. O existenci méně známých potravin jako je teff, amarant, lupina či fonio, respondenti nevěděli.

Pro tuto práci byly stanoveny celkem 4 výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké zdroje informací pacienti nejčastěji využívají?

Respondenti jako zdroj informací nejčastěji využívají internetové portály, kdy se zaměřují především na internetové diskuze, které také někteří respondenti označili za nejpřínosnější.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je dostupnost bezlepkových potravin a stravovacích služeb, které nabízejí bezlepkovou stravu?

Ze získaných dat vyplývá, že se dostupnost bezlepkových potravin i stravovacích služeb v posledních letech výrazně zlepšili. Bezlepkové potraviny jsou dnes velmi dobře dostupné, vzhledem k zavedení bezlepkových koutků ve velkých obchodních řetězcích a možnosti objednávání potravin z internetových obchodů. Restaurační zařízení a jídelny pro své strážníky již také připravují bezlepkové pokrmy.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký přístup mají pacienti s celiakií k dodržování výživových doporučení?

Z výzkumu bylo zjištěno, že respondenti ve většině případů bezlepkovou dietu neporušují. Pokud již bezlepkovou dietu poruší, jedná se pouze o jednorázové porušení, které je výjimečné. Ovšem i zde je možné nalézt výjimku, kdy jeden z respondentů má k dodržování bezlepkové diety velice špatný přístup a nedodržuje ji vůbec. Respondenti si většinou zakládají na zdravém životním stylu a snaží se dodržovat výživová doporučení, kdy jsou v jejich jídelníčku obvykle zastoupeny veškeré důležité potraviny.

Výzkumná otázka č. 4: Do jaké míry je u pacientů s celiakií ovlivněn jejich sociální status?

Život respondentů byl celiakií zajisté ovlivněn. Začátky pro ně byly velice obtížné. Sociální status přesto u respondentů nebyl nijak zvlášť ovlivněn. Z výpovědí vyplývá, že celiakie nijak významně neovlivňuje každodenní život respondentů. Respondenti se také necítí být vyloučeni z kolektivu a ani nebyl narušen jejich společenský život.

V praxi je možné práci využít jako studijní materiál nebo také jako zdroj informací o tomto onemocnění pro odbornou i laickou veřejnost. V teoretické části bakalářské práce jsou popsány některé méně známé potraviny vhodné pro bezlepkovou dietu, kdy mohou tyto informace posloužit pacientům s celiakií k objevení nových potravin a ke zpestření jejich jídelníčku. Součástí přílohy práce je vypracovaný informační leták, který byl předán pacientům s celiakií. Leták obsahuje základní údaje o celiakii a bezlepkové dietě včetně ukázky jídelníčku.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALI, N., c2015. *Knih pro celiaky: nové poznatky pro nemocné, lékaře a pacienty*. Praha: Pragma, 240 s. ISBN 978-80-7349-434-6.
2. ALLEN, P., 2015. Gluten-Related Disorders: Celiac Disease, Gluten Allergy, Non-Celiac Gluten Sensitivity. *Primary Care Approaches. Pediatric Nursing* . 41(3), s. 146-150. ISSN 00979805.
3. ALMAGRO, R. et al. 2016. Using mixed-methods research to study the quality of life of coeliac women. *Journal of Clinical Nursing*. Issue 7-8, Volume 26: 1119–1130. DOI: 10.1111/jocn.13584. ISSN 09621067.
4. BAJEROVÁ, E., GABROVSKÁ, D., et al., 2016. *Obiloviny v lidské výživě 2016: moderní trendy v mlýnské a pekárenské výrobě*. Praha: Potravinářská komora České republiky. ISBN 978-80-88019-16-9.
5. BASS, S. et al., 2013. *Celiakie: úspěšná léčba nesnášenlivosti lepku*. Praha: Jan Vašut, s. 8-77. ISBN 978-80-7236-839-6.
6. BOULTON, R. et al., 2011. *A colour handbook gastroenterology*. second edition. London: Manson Publishing. s. 89-92. ISBN 9781840760682.
7. ČERVENKOVÁ, R., 2006. *Celiakie*. Praha: Galén. 64 s. ISBN 80-7262-425-3.
8. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, s. 307-336. ISBN 978-80-247-3240-4.
9. DYLEVSKÝ, I., 2011. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, s. 181-210. ISBN 978-80-87419-06-9.
10. FASANO, A., FLAHERTY, S., 2015. *Jak žít bez lepku: přední odborník nabízí praktický návod, jak se zbavit nemoci*. Přeložil Zdeněk HAJNÍK. Hodkovičky: Pragma. 335 s. ISBN 978-80-7349-433-9.
11. FRÜHAUF, P., 2013. *Kojenecká výživa a prevence celiakie*. *Pediatric pro praxi* [online]. [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/05/18.pdf>

12. FRÜHAUF, P. et al., 2016. Celiakie – doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících. *Česko-Slovenská Pediatrie* [online]. 71 (3), s. 175–183. [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Asus%20X550CC/Downloads/doporuceny-postup-celiakie-2016.pdf>
13. FRÜHAUF, P. et al., 2009. *Celiakie v dětském věku*. Olomouc: Solen Print pro Nestlé Česko. 48 s. ISBN 978-80-87290-00-2.
14. FRIČ, P., DVOŘÁKOVÁ, T., 2013. Celiakie – úskalí diagnostiky a terapie. *Zdravotnické noviny: Lékařské listy – Gastroenterologie*. č. 1/2013, s. 10-12. ISSN 1805-2355.
15. FRIČ, P., KEIL, R., 2011. Celiakie pro praxi. *Medicína pro praxi* [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/03.pdf>
16. FRIČ, P., ZAVORAL, M., DVOŘÁKOVÁ, T., 2013. Choroby způsobené lepkem. *Vnitřní lékařství*. 59 (5), s. 376-382. ISSN: 0042-773XISSIX.
17. FRIČ, P., MENGEROVÁ, O., 2008. *Celiakie: bezlepková dieta a rady lékaře*. Čestlice: Medica Publishing, 188 s. ISBN 978-80-85936-62-9.
18. FOSCHIA, M. et al., 2016. Nutritional therapy – Facing the gap between coeliac disease and gluten-free food. *International Journal of Food Microbiology*. 239, s. 113-124. ISSN 01681605.
19. GABROVSKÁ, D., KOHOUT, P. et al., 2015. *Obiloviny v lidské výživě: stručné shrnutí poznatků se zvýšeným zaměřením na problematiku lepku*. Praha: Potravinářská komora České republiky, Česká technologická platforma pro potraviny. Publikace České technologické platformy pro potraviny. 54 s. ISBN 978-80-88019-07-7.
20. GEISLER, B., 2014. *Quinoa: high protein, gluten free*. Publisher: Books Alive. 64 s. ISBN 978-1-55312-050-6.
21. HOUBA, M. et al., 2009. *Luskoviny: pěstování a užití*. České Budějovice: Kurent. 144 s. ISBN 978-80-87111-19-2.

22. HRUŠKOVÁ, M., ŠVEC, I., 2013. Milička habešská (*Eragrostis tef*) a možnosti užití pro potravinářské účely. *Výživa a potraviny* [online]. Ročník 68., 4/2013, s. 106-108. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2015/09/vyziva-4-2013.pdf>
23. IPPOLITO, J., 2012. Celiac Disease. *The New England Journal of medicine* [online]. [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://blogs.nejm.org/now/index.php/celiac-disease/2012/12/21/>
24. KOHOUT, P., 2006. Diagnostika a léčba celiakie. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/07/03.pdf>
25. KOHOUT, P., 2007. Celiakie v ambulantní praxi. *Medicína pro praxi* [online]. 6/ 2007, s. 250–252. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/06/02.pdf>
26. KOHOUT, P., 2008. Novinky v bezlepkové dietě. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2017-02-09]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/03/03.pdf>
27. KOHOUT, P., 2010. Výživa u pacientů s celiakií. In: RUŠAVÝ, Z., ŠERCLOVÁ, Z. *Vybrané kapitoly z klinické výživy*. Praha: Forsapi. Informační servis pro lékaře, s. 87-96. ISBN 978-80-87250-08-2.
28. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J., 2010. *Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?*. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. 131 s. ISBN 978-80-87250-09-9.
29. KOPÁČOVÁ, M., 2016. Onemocnění tenkého střeva: malasimilační syndrom a celiakie. *Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství – Practicus*. č. 2/2016, ročník 15. str. 15-18.
30. KOVÁŘŮ, D., KNÁPKOVÁ, J., 2013. *Bezlepková a bezmléčná dieta*. Brno: CPRESS. s. 120. ISBN 978-80-264-0185-8.

31. LATTA, J., 2012. Celiakie – od screeningu k diagnóze. *Interní medicína pro praxi* [online]. 14(5), s. 221–223. [cit. 2017-04-03] Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/05/09.pdf>
32. LIM, T., 2013. *Edible medicinal and non-medicinal plants: Volume 5, Fruits*. Dordrecht: Springer, 943 s. ISBN 9789400756526.
33. LUKÁŠ, K. et al., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
34. MACHOVÁ, J., 2016. *Biologie člověka pro učitele*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 90-108. ISBN 978-80-246-3357-2.
35. MARQUARDT, T., LANZENBERGER B-M., 2008. *Vaříme zdravě bez lepku: jíme zdravě s celiakií*. Praha: Vašut. 128 s. ISBN 978-80-7236-348-3.
36. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
37. MOCAN, O., DUMITRAȘCU, D., 2016. The broad spectrum of celiac disease and gluten sensitive enteropathy. *Clujul Medical*. 89(3), s. 335-342. ISSN 12222119.
38. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, s. 95-105. ISBN 978-80-247-3918-2.
39. MOŽNÁ, L., 2006. *Bezlepkářům od A do Z*. Ostrava: Milota. ISBN 40-566-9107-4.
40. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1169/2011, o poskytování informací o potravinách spotřebitelům. In: *Úřední věstník Evropské unie*, L 304, Svazek 54. s. 18–63. ISSN 1977-0626
41. NAŘÍZENÍ KOMISE (EU) č. 828/2014 ze dne 30. července 2014, o požadavcích na poskytování informací o nepřítomnosti či sníženém obsahu lepku v potravinách spotřebitelům, platné od 20. července 2016. In: *Úřední věstník Evropské unie*, L 228, Svazek 57. s. 5-8. ISSN 1977-0626

42. NEVORAL, J. et al., 2013. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny, s. 178-201. ISBN 978-80-204-2863-9.
43. NOHEJLOVÁ, K., 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 185 s. ISBN 978-80-87878-04-0.
44. PÍSKOVSKÁ, M., 2011. Celiakie – projevy mimo gastrointestinální trakt v dospělosti. *Medicina pro praxi*. 8 (7), s. 333-336. ISSN: 1214-8687.
45. PROKOPOVÁ, L., 2008. Celiakie – co má vědět ambulantní internista. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/int/2008/05/08.pdf>
46. PŘIBYLOVÁ, P., 2012. Bezlepková dieta pro praxi. *Medicina pro praxi* [online]. 9(2), s. 78–81. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/10.pdf>
47. REGUŁA, J., ŚMIDOWICZ, A., 2014. Share of dietary supplements in nutrition of coeliac disease patients. *Acta Scientiarum Polonorum. Technologia Alimentaria*. 13(3), s. 301-307. ISSN 16440730.
48. SAMASCA, G. et al., 2014. Gluten-free diet and quality of life in celiac disease. *Gastroenterology and Hepatology*. 7(3), 139-143. ISSN 20102258.
49. SANTON, K., 2013, *Living Gluten-Free: Your Simple Guide To A Happy, Healthy Gluten-Free Life*, Oxford: Infinite Ideas, United Kingdom. ISBN 978–1–908984–06–7.
50. SARNO, M. et al., 2015. Risk factors for celiac disease. *Italian Journal of Pediatrics*. 41(1), s. 1-5. ISSN 18247288.
51. SHOENFELD, Y., FUČÍKOVÁ T., BARTUŇKOVÁ, J., 2007. *Autoimunita: vnitřní nepřítel*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 978-80-247-2044-9.
52. SILVESTER, J. et al., 2016. Living gluten-free: adherence, knowledge, lifestyle adaptations and feelings towards a gluten-free diet. *Journal of Human Nutrition*. 29(3), s. 374-382. ISSN 09523871.

53. SLÁDKOVÁ, S., © 2017. *Neléčená celiakie může způsobit zdravotní komplikace* [online]. [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://www.cmcpraha.cz/cs-CZ/novinky/nelecena-celiakie-muze-zpusobit-vazne-zdravotni-komplikace>
54. STRÁNSKÝ, M., RYŠAVÁ L., 2014. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 2. doplněné vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 274 s. ISBN 978-80-7394-478-0.
55. SVÁČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
56. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
57. TALANDOVÁ, M. et al., 2013. Využití semen chia (*Salvia hispanica* L.) a vliv na lidské zdraví. *Výživa a potraviny* [online]. Ročník 68., 4/2013, s. 104-106. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2015/09/vyziva-4-2013.pdf>
58. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2011. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 134 s. ISBN 978-80-7394-326-4.
59. Věstník MZ ČR [online]. Částka 3, 2011. [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: http://www.csfm.cz/userfiles/file/Vzdelavani/vestnik_mz_cr_castka_3.pdf
60. VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 184 s. ISBN 978-80-7263-788-1.
61. Vyhláška č. 17/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*, Částka: 11/2015 Sb., s. 374.
62. ZADÁK, Z., MATUŠOVÁ, K., 2011. *Amarant - zdroj výživy v 21. století*. Praha: Forsapi. Manuál dietologie. 100 s. ISBN 978-80-87250-15-0.

8 SEZNAM PŘÍLOH A OBRÁZKŮ

Příloha č. 1 – Otázky k výzkumné části

Příloha č. 2 – Technika kódování

Příloha č. 3 – Informační letáček

Obrázek č. 1 – Stavba trávicí soustavy

Obrázek č. 2 – Stěna tenkého střeva s klky

Obrázek č. 3 – Normální sliznice tenkého střeva s viditelnými klky

Obrázek č. 4 – Poškozená sliznice tenkého střeva při zánětu

Obrázek č. 5 – Sliznice tenkého střeva s atrofií klků

Obrázek č. 6 – Formy celiakie

Obrázek č. 7 – Diagnostika celiakie

Obrázek č. 8 – Tabulka: diagnostika

Obrázek č. 9 – Tabulka vhodných, rizikových a nevhodných potravin pro BLD

Obrázek č. 10 – Symbol přeškrtnutého klasu

Obrázek č. 11 – Teff (milička habešská): nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 12 - Nutriční složení 100 g mouky ze pšenice, prosa a tefu

Obrázek č. 13 – Nutriční hodnoty lupinové mouky ve 100 g

Obrázek č. 14 – Fonio: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 15 – Chia semínka: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 16 – Quinoa černá, červená a bílá: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 17 – Amarant pufovaný: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 18 – Semena amarantu: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 19 – Amarantová mouka: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 20 – Slzovka obecná: nutriční hodnoty ve 100 g

Obrázek č. 21 – Čiroková mouka: nutriční složení ve 100 g

Obrázek č. 22 – Instantní čiroková kaše: nutriční složení ve 100 g

Obrázek č. 23 – Loupaný čirok: nutriční složení ve 100 g

Obrázek č. 24 – Seznam alergenních složek v potravinách

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BLD	bezlepková dieta
CS	celiakální sprue
DM	diabetes mellitus
HLA	ľidský leukocytární antigen
IgA	imunoglobulin třídy A
JIP	jednotka intenzivní péče

Příloha č. 1 – Otázky k výzkumné části

Pohlaví:

Věk:

Student, pracující:

Kdy Vám byla diagnostikována celiakie?

Jaké byly Vaše zdravotní obtíže (příznaky onemocnění)?

Za jak dlouho po nasazení bezlepkové diety se Váš zdravotní stav zlepšil?

Byla již ve Vaší rodině diagnostikována celiakie?

Co pro Vás bylo nejtěžší po zjištění diagnózy?

1. Zdroje informací, které pacienti s celiakií nejčastěji využívají.

Vyhledáváte nové informace a trendy v oblasti celiakie?

Z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte informace o celiakii a bezlepkové dietě?

Jaký zdroj informací byl pro Vás nejužitečnější a nejsrozumitelnější?

Poskytl Vám lékař dostatečné informace o tomto onemocnění, léčbě a možných komplikacích při nedodržování bezlepkové diety?

Poradil Vám lékař s bezlepkovou dietou?

Využil/a jste pomoci nutričního terapeuta či výživového poradce ohledně informací o bezlepkové dietě a jídelníčku?

Studujete občas odborné články a publikace o této problematice?

Máte známého s celiakií, se kterým si vyměňujete informace a zkušenosti?

Myslíte si, že jsou dostupné informační zdroje o této problematice dostačující a dobře dostupné každému?

2. Dostupnost bezlepkových potravin na trhu.

Kde nejčastěji nakupujete bezlepkové potraviny?

Myslíte si, že je dostupnost bezlepkových potravin na českém trhu dostačující?

Jste spokojen/a s nabídkou bezlepkových potravin na trhu?

Je pro Vás obtížné sehnat některou bezlepkovou potravinu?

Myslíte si, že se situace bezlepkových potravin na trhu v posledních letech zlepšuje?

Pečete si doma vlastní bezlepkové pečivo?

Navštěvujete restaurační zařízení?

Jak řešíte stravování mimo domov?

Je pro Vás dodržování bezlepkové diety finančně náročné?

Jaké jsou dle Vašeho názoru ceny bezlepkových potravin?

3. Přístup pacientů s celiakií k dodržování bezlepkové diety a výživových doporučení.

Dodržujete striktně bezlepkovou dietu?

Chybí Vám někdy běžná strava?

Existuje nějaká potravina, kterou byste si rád/a dopřál/a?

Bylo obtížné zvyknout si na odlišnou chuť bezlepkových pokrmů?

Jak často v rámci týdne do svého jídelníčku zařazujete bezlepkové pečivo?

Jak často v rámci týdne konzumujete maso a masné výrobky (šunky apod.)?

Jak často v rámci týdne do svého jídelníčku zařazujete ovoce, zeleninu a ořechy?

Jak často v rámci týdne konzumujete mléko a mléčné výrobky?

Jak často v rámci týdne zařazujete do svého jídelníčku luštěniny?

Které bezlepkové potraviny nejčastěji zařazujete do svého jídelníčku?

Které bezlepkové potraviny patří k Vaším oblíbeným?

Jaké je Vaše nejoblíbenější jídlo?

Prosím o ukázkou Vašeho celodenního jídelníčku (kterýkoli běžný den).

Myslíte si, že je Váš jídelníček vyvážený?

Čtete etikety potravin?

4. Ovlivnění sociálního statusu pacientů s celiakií.

Jaký byl pro Vás přestup na BLD?

Bylo obtížné zvyknout si na tuto změnu životního stylu?

- Pokud trpí celiakií od dětství: Bylo náročné dodržovat bezlepkovou dietu a nemoci jíst jako ostatní?

Jak náročná je pro Vás příprava bezlepkových pokrmů?

Jak reagovalo Vaše nejbližší okolí na zjištění, že trpíte celiakií?

Pomáhá Vám rodina a přátelé?

Ovlivňuje celiakie nějak výrazně Váš každodenní život?

Byl díky celiakii nějak narušen Váš společenský život?

Cítíte se být vyloučen z kolektivu?

Poskytuje Vám zdravotní pojišťovna příspěvky?

Jste členem některého sdružení či klubu celiaků?

Příloha č. 2 – Technika kódování

Respondentka č. 3

Respondentce č. 3 je 29 let. Respondentka již pracuje. Celiakie jí byla diagnostikována ve 20 letech.

T: Souhlasíte s nahráváním rozhovoru?

R: Ano, souhlasím.

T: Jaké byly Vaše zdravotní obtíže, které Vás přivedly k lékaři? Co Vás trápilo?

R: Asi od 13 let jsem trpěla anémií, a ani po opakovaných několikaměsíčních kúrách, při kterých jsem užívala 3x denně tablety pro zvýšení hladiny železa v krvi, se můj zdravotní stav nezměnil. Dorostová lékařka můj zdravotní stav neřešila. Teprve můj nový lékař pro dospělé se začal mojí anémií zabývat. Poslal mě na hematologii, a tam přišli na příčinu anémie, tedy na celiakii.

→ mimosdělní! pro změny

T: Za jak dlouho po nasazení bezlepkové diety došlo ke zlepšení Vašeho zdravotního stavu?

R: Vzhledem k tomu, že jsem neměla žádné zažívací ani jiné výrazné obtíže, nevím přesně. Řekla bych, že po roce se začala tkáň tenkého střeva vracet do normálního stavu, a teprve poté začalo probíhat i standardní vstřebávání živin, a tudíž se napravily i problémy spojené s anémií.

→ 1 rok

T: Byla již ve Vaší rodině diagnostikována celiakie?

R: Ne, prozatím nebyla u nikoho jiného diagnostikována.

T: Co pro Vás bylo nejtěžší po zjištění diagnózy?

R: Plánování, příprava a převážení potravin při cestování.

T: Vyhledáváte nové informace a trendy v oblasti celiakie?

R: Spíše ne, ^{→ vyhledával informace} své znalosti o této problematice si doplňuji pouze zřídka, tedy pouze tehdy, objeví-li se nějaká opravdu převratná informace spojená s celiakií.

T: Z jakých zdrojů nejčastěji čerpáte informace o celiakii a bezlepkové dietě?

R: Nejčastěji čerpám informace od kamarádů, kteří také trpí celiakií, popřípadě z internetu.

T: Jaký zdroj informací byl pro Vás nejužitečnější a nejsrozumitelnější?

R: Nejužitečnějším zdrojem byli moji přátelé, také celíci a lidé z mého okolí, kteří se s bezlepkovou dietou setkali. *→ popis*

T: Poskytl Vám lékař dostatečné informace o tomto onemocnění, léčbě a možných komplikacích při nedodržování bezlepkové diety?

R: Ne, můj lékař mi mnoho informací neposkytl. Za lékaře mluvila brožurka o celiakii, kterou mi lékař předal.

T: Poradil Vám lékař s bezlepkovou dietou?

R: Ne, řekl mi, že to bude těžké a že nebudu moci jíst normální pečivo, což jsem věděla i bez něj. *→ Lékař informace neposkytl*

T: Využila jste pomoci nutričního terapeuta či výživového poradce ohledně informací o bezlepkové dietě a jídelníčku?

R: Ne, nevyužila, protože jsem při studiu neměla čas na návštěvy nutričních poradců.

T: Studujete občas odborné články a publikace o této problematice?

R: Ne, nestuduji.

T: Máte známého s celiakií, se kterým si vyměňujete informace a zkušenosti?

R: Ano, mám *→ praktici celiakii* mnoho kamarádů se stejným onemocněním a samozřejmě se o průběhu naší nemoci bavíme.

T: Myslíte si, že jsou dostupné informační zdroje o této problematice dostačující a dobře dostupné každému?

R: Nevím, ale pokud se někdo o celiakii opravdu zajímá, není již dnes problém najít na internetu informace. *→ Ano - jso*

T: Kde nejčastěji nakupujete bezlepkové potraviny?

R: Nejčastěji nakupuji v obchodech se zdravou výživou a ve velkých supermarketech.

T: Myslíte si, že je dostupnost bezlepkových potravin na českém trhu dostačující?

R: Samozřejmě že by nabídka mohla být ještě širší, ale rok od roku se nabídka zlepšuje.

↓ celkem ano; dostačující

T: Jste spokojena s nabídkou bezpečkových potravin na trhu?

R: *Víceméně ano, jelikož jsem si již zvykla.*

T: Je pro Vás obtížné sehnat některou bezpečkovou potravinu?

R: *Ano, v menších městech, případně vesnicích je velmi obtížné sehnat bezpečkové potraviny, hlavně mouku.*

T: Myslíte si, že se situace bezpečkových potravin na trhu v posledních letech zlepšuje?

R: *Ano, určitě jsem zaznamenala zlepšující se stav.*

T: Pečete si doma vlastní bezpečkové pečivo?

R: *Ano, pečú si vlastní chléb, jelikož je alespoň první 2 dny vláčný a čerstvý.*

T: Kde nejčastěji bezpečkové pečivo nakupujete?

R: *Pokud si už pečivo kupuji, tak ve zdravé výživě či větších supermarketech.*

T: Je pro Vás obtížné sehnat bezpečkové pečivo?

R: *Ano, je těžké shánět kvalitní a chutné pečivo, hlavně v menších prodejnách.*

T: Navštěvujete restaurační zařízení?

R: *Ano, navštěvuji.*

T: Jak často?

R: *Asi tak jednou do měsíce.*

T: Je z čeho vybírat v těchto restauračních zařízeních?

R: *Ano, vím o pár místech, kde jsou ochotni připravit cca 1-2 bezpečková jídla na požádání. Většinou ale v nabídkách restaurací vyloženě bezpečkové pokrmy nefigurují. Ale záleží na restauraci a ochotě kuchařů, zda jsou ochotni připravit bezpečkovou stravu.*

T: Jak řešíte stravování mimo domov?

R: *Vařím a pečú si vlastní pokrmy, které si vozím s sebou.*

T: Je pro Vás dodržování bezpečkové diety finančně náročné?

R: Ano, bezlepková dieta je velmi finančně náročná pro domácí rozpočet.

T: Jaké jsou dle Vašeho názoru ceny bezlepkových potravin?

R: Ceny bezlepkových potravin jsou velmi vysoké. Což je na pováženou, vzhledem k tomu, že dodržování bezlepkové diety je jediným „lékem“ na celiakii a nikdo dospělým lidem na potraviny nepřispívá.

T: Dodržíte striktně bezlepkovou dietu?

R: Ano, striktně dodržuji dietu. Snažím se nejíst potraviny ani se stopami lepku. Ale i přes to se mi asi 3x stalo, že jsem dietu omylem či nedorozuměním porušila.

T: Vyskytují se u Vás při porušení diety nějaké zdravotní obtíže?

R: Ano. ^{Zdravotní obtíže pro celiakii} Projevy při porušení diety jsou v mém případě křeče, migréna, zvracení, návaly horka a chladu, totální paralýza celého organismu. Vše odezní cca po půl dni, kdy v křeči ležím a čekám, až se strava z těla vyloučí.

T: Chybí Vám někdy běžná strava?

R: Ano, někdy mi chybí, protože normální potraviny a jídlo si lidé mohou zakoupit či objednat kdekoli.

T: Co nejvíce postrádáte z běžné stravy?

R: Párek v rohlíku, zákusky, listové těsto a čerstvý, teplý chléb a rohlíky. ^{→ pečivo}

T: Existuje nějaká potravina, kterou byste si ráda dopřála?

R: Párek v rohlíku, normální pečivo, zákusky, dršťkovou polévku a jitrnici.

T: Bylo obtížné zvyknout si na odlišnou chuť bezlepkových pokrmů?

R: Ne, nebylo to pro mě nijak extrémně obtížné. Jen ze začátku to bylo zvláštní, protože mi celiakii zjistili až ve vyšším věku, kdy už jsem byla zvyklá na běžné chutě.

T: Jak často v rámci týdne do svého jídelníčku zařazujete bezlepkové pečivo?

R: 1-2x denně na svačinu a večeři. ^{→ každý den}

T: Jak často v rámci týdne konzumujete maso a masné výrobky (šunky apod.)?

R: 2x-3x na svačinu, oběd a popřípadě i na večeři. → Každý den

T: Jak často v rámci týdne do svého jídelníčku zařazujete ovoce, zeleninu a ořechy?

R: 1-2x denně také na svačinu a na večeři. → Každý den

T: Jak často v rámci týdne konzumujete mléko a mléčné výrobky?

R: Minimálně 2x denně, a to na snídani, svačinu či večeři. → Každý den

T: Jak často v rámci týdne zařazujete do svého jídelníčku luštěniny?

R: Asi 4x týdně.

T: Které bezlepkové potraviny nejčastěji zařazujete do svého jídelníčku?

R: Pohanku, rýži, brambory, maso, zeleninu, ovoce, vejce, mléko a mléčné výrobky. Přirozeně bezlepkové obiloviny a pseudoobiloviny jsou v mém jídelníčku minimálně 1x či 2x denně.

T: Které bezlepkové potraviny patří k Vaším oblíbeným?

R: Maso, mléčné výrobky, rýže, brambory, ovoce, čerstvá zelenina, ořechy. Obecně jím vše, jediné co mi nechutná a co nevyhledávám je sója a sójové výrobky.

T: Jaké je Vaše nejoblíbenější jídlo?

R: Pečená husa se zelím a bramborovým knedlíkem

T: Prosím o ukázkou Vašeho celodenního jídelníčku (kterýkoli běžný den).

Snídaně	Bílý jogurt s ovocem a jáhlovými pukanci X Pohanková kaše s ovocem
Svačina	Bezlepkový chléb namazaný žervé s plátkem šunky a tvrdého sýra, paprika či ledový salát

→ Snídani i svačinu

	→ dle toho, co vaří ve školní jídelně, ale většinou:
Oběd	Zeleninová polévka s luštěninami Kuřecí plátek s rýží a omáčkou
Svačina	Sušenka, ovoce
Večeře	Míchaná vajíčka s bezlepkovým chlebem

- maso a příloha

- sladká svačina

- lepší večeře
Více!

T: Myslíte si, že je Váš jídelníček vyvážený?

R: Myslím, že můj jídelníček není ideální.

T: Čtete etikety potravin?

R: Ano, kvůli složení bedlivě čtu etikety. Nejvíce si všímám mouky a použitých škrobů a zvýrazněných alergenů.

T: Jaký byl pro Vás přestup na BLD?

R: Vzhledem k tomu, že i před zjištěním mé celiakie jsem měla hodně kamarádů, kteří drželi bezlepkovou dietu, tak jsem nebyla zaskočena tím, co nemoc obnáší. Ze začátku bylo těžké, zvyknout si na jinou chuť jídla, protože jsem již ve svém věku (20 let) byla zvyklá na něco jiného. Náročné bylo začít plánovat, kdy a co navařit/napéct a zorientovat se v nabídce bezlepkových potravin na trhu.

T: Bylo obtížné zvyknout si na tuto změnu životního stylu?

R: Nebylo to zcela jednoduché pro mě ani pro mé blízké. Moje rodina si ale velmi rychle zvykla na bezlepkovou dietu a poměrně rychle jsme se sebráli.

T: Jak náročná je pro Vás příprava bezlepkových pokrmů?

R: Náročné je plánování toho, kdy navařit/napéct, příp. nachystat jídlo, když potřebujete někam jít/odjet, příp. víte, že se budete pohybovat někde, kde nebudete mít možnost se bezlepkově najíst či si něco koupit/připravit.

T: Jak reagovalo Vaše nejbližší okolí na zjištění, že trpíte celiakií?

R: Rodiče mi poskytli velkou podporu. Přátelé to vzali také v pohodě a přirozeně.

T: Pomáhá Vám rodina a přátelé?

R: Ano. Moje rodina se začala z části stravovat také bezlepkově. Maso a omáčky připravujeme bezlepkově. Přílohy si připravujeme zvlášť. Změnil se i domácí styl nakupování, to znamená, že všichni čteme etikety, nakupujeme bezlepkové uzeniny a převážně bezlepkové výrobky (míním tím, že kupujeme běžné potraviny bez zbytečně přidané mouky např. paštiky, pomazánky, sýry, zmrzliny a podobně). Dále na dovolené či pobyty jezdíme tam, kde se dá uchovat jídlo v lednici, příp. uvařit si jídlo.

T: Ovlivňuje celiakie nějak výrazně Váš každodenní život?

R: Ano, samozřejmě. S postupem času si člověk, ale tak zvykne, že sám většinou tu „odlišnost“ nevnímá a vzpomene si na to pouze tehdy, když ho na to nějak upozorní okolí.

T: Byl díky celiakii nějak narušen Váš společenský život?

R: Myslím, že k velkým změnám nedošlo. Jen musí člověk více plánovat, kam půjde, kde se nají, příp. jak si zajistí jídlo. *> Nebyl*

T: Cítíte se být vyloučen z kolektivu?

R: Ne, rozhodně necítím.

T: Poskytuje Vám zdravotní pojišťovna příspěvky?

R: Ne, pojišťovna mi nikdy neposkytla příspěvek.

T: Jste členem některého sdružení či klubu celiaků?

R: Ne, nejsem a ani o tom, neuvažuji. Nemám tu potřebu, i když to má zajisté mnoho výhod.

T: Dobře, děkuji. Chcete se mě na něco zeptat?

R: Ne, děkuji.

T: Děkuji za rozhovor.

(Zdroj: vlastní výzkum)



CELIAKIE A BEZLEPKOVÁ DIETA

Celiakie (nebo také celiakální sprue, nesnášenlivost lepku, glutenová enteropatie) je chronické, geneticky podmíněné, autoimunitní onemocnění tenkého střeva vyvolané intolerancí (nesnášenlivostí) lepku (glutenu). Lepek je součástí obilného zrna pšenice, žita, ječmene a ovsa.^[1]

Prevalence celiakie je v České republice uváděna okolo 1:100 až 1:200 (jeden nemocný na 100-200 zdravých jedinců), což znamená, že v naší zemi trpí celiakií přibližně 50 000-100 000 osob.^[2]

Klinický obraz^[3]

Typické příznaky

Průjmy
Nafouklé břicho
Bolesti břicha
Nadýmání
Celkové neprospívání
Podvýživa
Opožděný růst
Nepřibývání na váze

Atypické příznaky

Anémie
Osteoporóza, Osteomalacie
Neplodnost
Plešatost
Časté potraty
Deprese
Bolesti hlavy
Úbytek na váze

Diagnostika

Pro určení diagnózy celiakie je nezbytné provést serologické vyšetření krve a střevní biopsii. Před provedením vyšetření je nutné konzumovat stravu s obsahem lepku.^[3]

Léčba

Základním léčebným opatřením je striktní a celoživotní dodržování bezlepkové diety, kdy je nutné ze stravy vyloučit všechny potraviny obsahující lepek (tedy pšenici, žito, ječmen, oves a výrobky z nich).^[2]

BEZLEPKOVÁ DIETA

Bezlepková dieta je doposud jedinou dostupnou léčbou celiakie. Podstata bezlepkové diety spočívá ve vyloučení všech potravin, výrobků a nápojů obsahujících gluten ze stravy. Pacienti by měli konzumovat pouze potraviny označené jako "bezlepkové" či "vhodné pro bezlepkovou dietu".^[1,4]



Zakázané potraviny

- › pšenice (včetně špaldy, semoliny a kamutu)
- › žito, ječmen, oves
- › uzeniny, masové konzervy, paštiky, omáčky
- › modifikovaný škrob, instantní polévky, instantní káva
- › cukrovinky, zmrzlina, bujón, kečupy, majonézy, léky^[3]

Povolené potraviny

- › rýže, kukuřice, brambory, luštěniny, sója
- › jáhly (proso), pohanka, amarant, quinoa
- › čirok, ořechy a semena, ovoce a zelenina
- › šunky a uzeniny bez lepku, vejce, tuky
- › mléko a mléčné výrobky^[3]

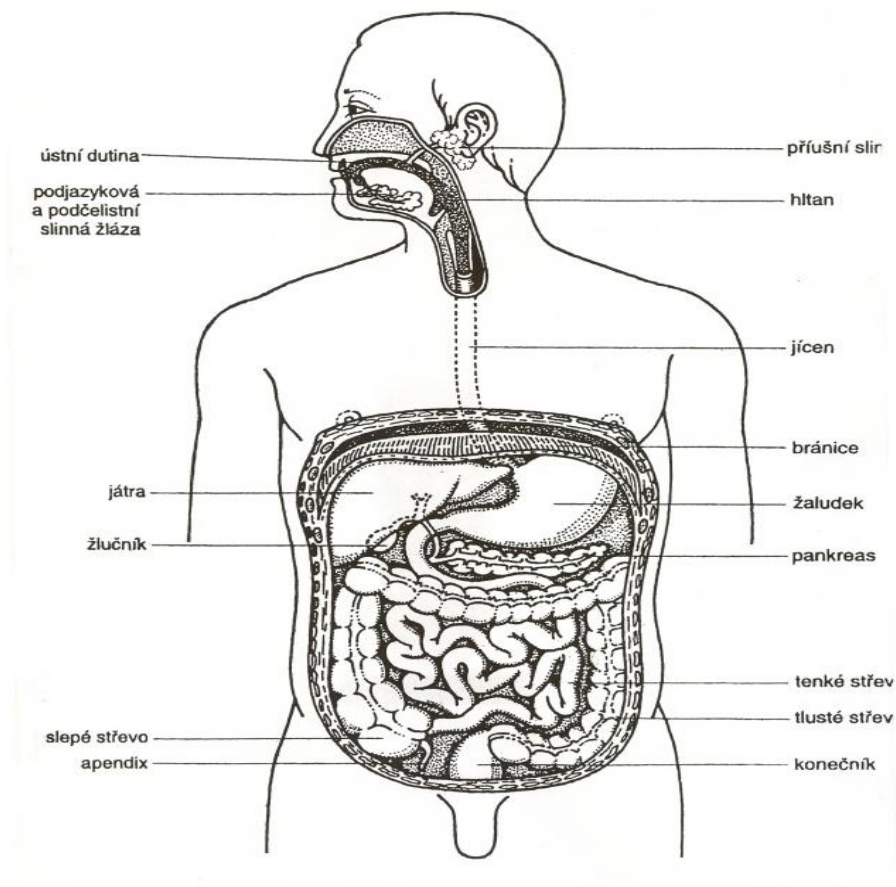
Příklad jídelníčku

<p><u>Snídaně:</u> Jáhlová kaše s ořechy a skořicí, čaj</p> <p><u>Svačina:</u> Cizrnový salát a kukuřičné plátky</p> <p><u>Oběd:</u> Brokolicová polévka Pečené kuře s rýží Okurkový salát</p> <p><u>Svačina:</u> Jogurt</p> <p><u>Večeře:</u> Zeleninové rizoto</p>	<p><u>Snídaně:</u> Bezlepkový chléb, šunka, rajče, čaj</p> <p><u>Svačina:</u> Jablko</p> <p><u>Oběd:</u> Hovězí vývar s quinoou Pohankové palačinky s tvarohem a borůvkami</p> <p><u>Svačina:</u> Acidofilní mléko</p> <p><u>Večeře:</u> Losos se zeleninovým salátem a olivovým olejem</p>
--	---

[1] FASANO, A., FLAHERTY, S., 2015. Jak žít bez lepku. Hodkovičky: Pragma. 335 s. ISBN 978-80-7349-433-9.
 [2] GABROVSKÁ, D., KOHOUT, P., et al., 2015. Obiloviny v lidské výživě. Publikace České technologické platformy pro potraviny. 54 s. ISBN 978-80-88019-07-7.
 [3] KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J., 2010. Celiakie: víte si rady s bezlepkovou dietou?. Praha: Forsapi. Rady lékaře, průvodce dietou. 131 s. ISBN 978-80-87250-09-9.
 [4] NEVORAL, J., et al., 2013. Praktická pediatriká gastroenterologie, hepatologie a výživa. Edice postgraduální medicíny, s. 178-201. ISBN 978-80-204-2863-9.

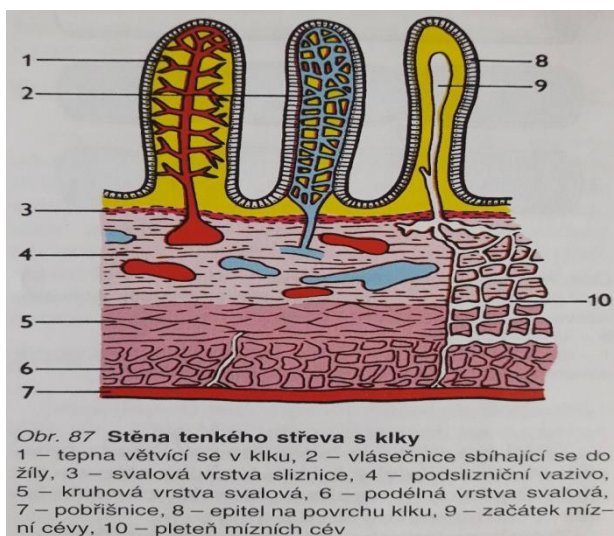
(Zdroj: vlastní)

Obrázek č. 1 – Stavba trávicí soustavy



Zdroj: <http://skolajecna.cz/biologie/>

Obrázek č. 2 – Stěna tenkého střeva s klky



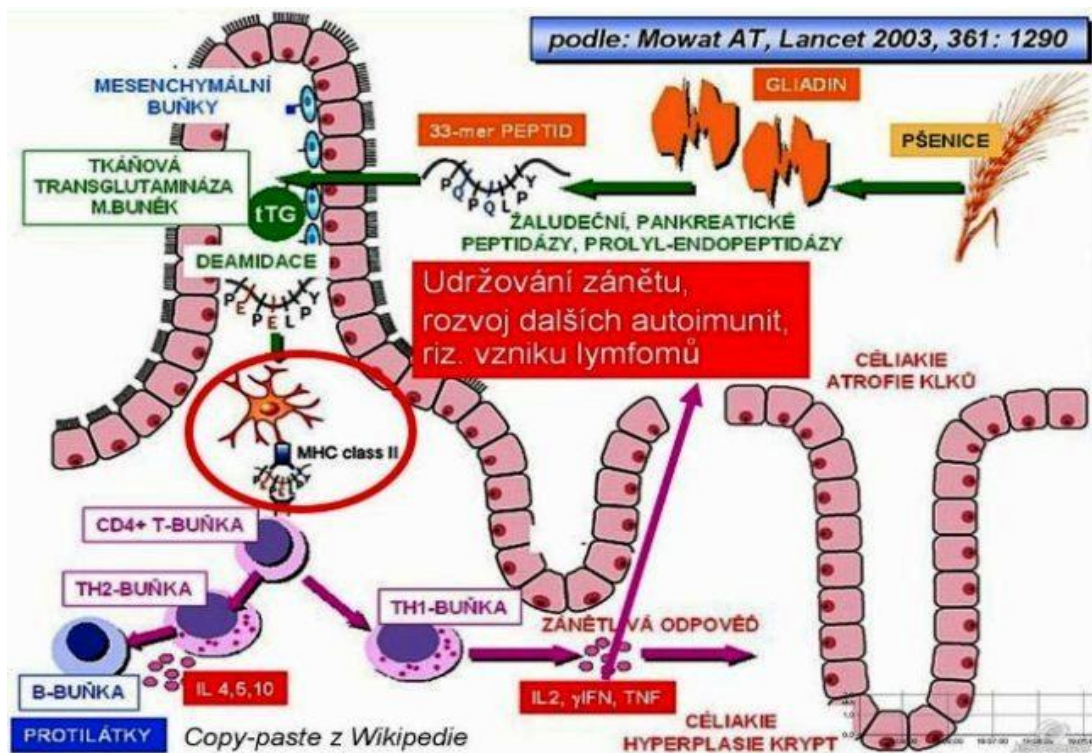
Zdroj: Machová, J., 2016. Biologie člověka pro učitele, str. 97

Obrázek č. 3 – Normální sliznice tenkého střeva s viditelnými klky



Zdroj: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2016-02/15-Onemocneni-tenkeho-streva.pdf>

Obrázek č. 4 – Poškozená sliznice tenkého střeva při zánětu



Zdroj: <http://medicinman.cz>

Obrázek č. 5 – Sliznice tenkého střeva s atrofií klků



Zdroj: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2016-02/15-Onemocneni-tenkeho-streva.pdf>

Obrázek č. 6 – Formy celiakie

Forma	Protilátky	Biopsie	Příznaky
Klasická	+	+	+
Atypická	+	+	atypické (mimostřevní)
Silentní	+	+	0, často RA (+)
Latentní	+	↑ IEL	0
Potenciální	+ nebo 0	↑ IEL nebo 0	většinou 0

+ pozitivní, 0 negativní, ↑ zvýšení, RA rodinná anamnéza, IEL intraepiteliální lymfocyty

Zdroj: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/09/03.pdf>

Obrázek č. 7 – Diagnostika celiakie

Tabulka 1. Diagnostika celiakie	
Klinický obraz	klasický – typické příznaky atypické příznaky chybějící příznaky
Sérologické markery	protilátky ke tkáňové transglutamináze (At-TGA IgA, IgG) protilátky proti endomysiu (EMA IgA, IgG) protilátky proti gliadinu (AGA IgA, IgG)
Biopsie střevní sliznice	enterobiopsie Crosbyho či Carreyovou kapslí biopsie kleštěmi, distální duodenum či proximální jejunum při gastroskopii, případně při enteroskopii

Zdroj: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/06/02.pdf>

Obrázek č. 8 – Tabulka: diagnostika

Biopsie	Krevní test	Diagnóza	Léčení
Pozitivní	Pozitivní	Určitě pozitivní	Bezlepková dieta
Negativní	Negativní	Určitě pozitivní	Bezlepková dieta není nutná
Pozitivní	Negativní	Ev. celiakie s nedostatkem IgA	Určení IgG Bezlepková dieta Kontrolní biopsie
Negativní	Pozitivní	Ev. přecitlivělost bez akutních symptomů nemoci	Bezlepková dieta není nutná Kontrolní biopsie

Zdroj: MARQUARDT, T., LANZENBERGER B-M., Vaříme zdravě bez lepku: jíme zdravě s celiakií. str. 16

Obrázek č. 9 – Tabulka vhodných, rizikových a nevhodných potravin pro BLD

Obiloviny a výrobky z nich		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
brambory, kukuřice, rýže, proso (jáhly), pohanka, amarant, quinoa, tapioka, maniok	instantní bramborová kaše, instantní bramborové knedlíky, bramborové lupínky, corn flakes, müsli, popcorn, burizony	výrobky z pšenice, žita, ječmene, ovsa: chléb, pečivo, těstoviny, knedlíky, nastavované kaše, mouka, kroupy, krupky, vločky, lámanka, listové těsto, naklíčená zrna, obilná, káva, kávovina, slad, sladové nápoje, pivo, seitan (proteinový výrobek z pšeničné mouky), klaso (lahůdky z obilovin), robi maso (směs rostlinných bílkovin nahrazující maso)
Ovoce, zelenina, ořechy, semena, olejiny		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
čerstvé, sušené, mražené	kandované ovoce, konzervované, nakládané, hotové zeleninové pokrmy, džemy, marmelády, rosoly, pražené oříšky, pyré, přesnídávky	sušené ovoce obalované, polotovary s obilovinami, obalovaná zelenina ve strouhance, mouce
Mléčné výrobky, sýry		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
čerstvé mléko, přírodní bílý jogurt, přírodní terminované nebo tvrdé sýry, tvarohy, podmáslí, smetana	hotové mléčné nápoje, ovocné a ochucené jogurty, „light“ výrobky, mléčné krémy a pudinky, trvanlivá smetana, bylinkové sýry, plísňové sýry, tavené sýry, sýry s příchutí	obalovaný sýr, mléčné výrobky se sladkem, obilovinami, sušenkami, křupinkami
Maso, ryby, vejce		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
čerstvé, chlazené, mražené maso a ryby bez přísad, čerstvé vejce	uzeniny, hotové masové a rybí omáčky, hotová jídla a polotovary (krabí tyčinky, paštiky, jitrnice, jelita, tlačky, rolky a záviny), rybí a masové konzervy, nakládaná a grilovaná masa a ryby	maso a ryby obalované ve strouhance, mouce nebo omáčkách obsahujících lepek, pečení popř. marinování sledí, úprava ryb na způsob surimi
Nápoje, alkohol		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
pramenitá a minerální voda bez příchutí, sycené nápoje (Coca cola, Fanta aj.), nearomatizovaný čaj, 100% džusy, přírodní vína – bílá, červená, růžová, sekt, čisté destiláty	hotové směsi na frappé, čokoládu, kávu, izotonické nápoje, ovocné šťávy s přidanou vlákninou, likéry, barvené destiláty	obilná káva, kávovina, slad, sladové nápoje, pivo
Cukrovinky, slané pečivo, sladidla		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
med, cukr, hroznový cukr, fruktóza, glukózový sirup, čistá čokoláda, umělá sladidla	želírovací cukr, čokoláda s příchutí a přísadami, čokoládové aj. polevy, krémy, pralinky, nugát, zmrzlina, nanuky, karamely, fondánové cukroví a furé, sojové suky, křupky, lupínky, tyčinky z kukuřice, pohanky apod. dle přísad	sladové bonbony, piškoty, sušenky, oplatky, cukroví, tyčinky a slané pečivo z nevhodných obilovin
Tuky, koření, přísady na pečení, instantní polotovary		
Bezpečné	Rizikové	Nevhodné
rostlinné oleje, máslo bez přísad, sádlo, margarín čistý, jednodruhové koření, sůl, čisté nebarvené octy, sojová omáčka TAMARI, solamyl, maizena	masové i zeleninové bujónové kostky, směsi koření, bylinkové octy a oleje, podravka, vegeta, sojové omáčky, tekutá dochucovadla, prášek do pečiva, jedlá soda, prášek do perníku, želatiny, glazury, polevy na dorty, hotové omáčky, majonéza, tatarské omáčky, kečup, hořčice, dresink, luštěninové a zeleninové pomazánky	bešamelová omáčka, instantní polévky, dehydratované výrobky – instantní hotová jídla

Zdroj: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/10.pdf>

Obrázek č. 10 – Symbol přeškrtnutého klasu



Zdroj: http://www.celiac.cz/images/Logo1%20SC_R.jpg

Obrázek č. 11 – Teff (milička habešská): nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1541 kJ 367 kcal
Tuky	2,4 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	0,5 g
Sacharidy	65,1 g
- z toho cukry	1,8 g
Bílkoviny	13,3 g
Sůl	0,03 g
Vláknina	8,0 g

Zdroj: Produkt firmy Wolfberry

Obrázek č. 12 - Nutriční složení 100 g mouky ze pšenice, prosa a tefu

Složky (g)	Pšenice	Proso	Tef
bílkoviny	11,9	11,3	9,6
tuk	1,7	3,3	2,0
sacharidy	72,6	74,6	73,0
vláknina	2,4	nc	3,0
minerální látky (mg)			
Ca	15,0	110,0	159,0
Fe	4,4	4,0	5,8
Mg	25,0	nc	170,0
P	97,0	287,0	378,0
K	100,0	350,0	401,0
Na	2,0	6,0	47,0
Zn	0,8	nc	2,0
vitaminy (mg)			
C	0	0	88,0
B ₁	0,8	1,0	0,3
B ₂	0,5	0,4	0,2

Zdroj: <http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2015/09/vyziva-4-2013.pdf>

Obrázek č. 13 – Nutriční hodnoty lupinové mouky ve 100 g

Energie	1438 kJ 344 kcal
Tuky	9,0 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	1,14 g
Sacharidy	12,60 g
- z toho cukry	4,45 g
Bílkoviny	38,8 g
Sůl	0,09 g
Vláknina	28,84 g

Zdroj: <http://www.nutridatabaze.cz/potraviny/?id=696#tab-1>

Obrázek č. 14 – Fonio: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1470 kJ 353 kcal
Tuky	5,1 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	0,64 g
Sacharidy	56,8 g
Bílkoviny	13,1 g
Sůl	0 g
Vláknina	13,9 g

Zdroj: <http://www.nutridatabaze.cz/potraviny/?id=174#tab-1>

Obrázek č. 15 – Chia semínka: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	2123 kJ 508,8 kcal
Tuky	31,44 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	3,2 g
Sacharidy	33,3 g
- z toho cukry	0 g
Bílkoviny	23,1 g
Sůl	0,012 g
Vláknina	33,7 g

Zdroj: Produkt firmy LA Food s.r.o.

Obrázek č. 16 – Quinoa černá, červená a bílá: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1539 kJ 368 kcal
Tuky	6,1 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	0,71 g
Sacharidy	57,1 g
- z toho cukry	1,3 g
Bílkoviny	14,1 g
Sůl	0,013 g
Vláknina	7,0 g

Zdroj: Produkt firmy Holisticky

Obrázek č. 17 – Amarant pufovaný: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1507 kJ 360 kcal
Tuky	6 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	1,5 g
Sacharidy	52,3 g
- z toho cukry	1,6 g
Bílkoviny	17,3 g
Sůl	0,01 g
Vláknina	17,6 g

Zdroj: Produkt firmy Wolfberry

Obrázek č. 18 – Semena amarantu: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1476 kJ 351 kcal
Tuky	7,2 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	0,23 g
Sacharidy	50,7 g
- z toho cukry	1,3 g
Bílkoviny	14,5 g
Sůl	0 g
Vláknina	12,9 g

Zdroj: <http://www.nutridatabaze.cz/potraviny/?id=653>

Obrázek č. 19 – Amarantová mouka: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1537 kJ 365 kcal
Tuky	6,7 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	1,31 g
Sacharidy	56,6 g
- z toho cukry	2,2 g
Bílkoviny	14,6 g
Sůl	0 g
Vláknina	10,1 g

Zdroj: <http://www.nutridatabaze.cz/potraviny/?id=661>

Obrázek č. 20 – Slzovka obecná: nutriční hodnoty ve 100 g

Energie	1624 kJ 387,89 kcal
Tuky	6,2 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	0,99 g
Sacharidy	67,83 g
- z toho cukry	0,2 g
Bílkoviny	14,1 g
Sůl	0,20 g

Zdroj: <http://www.hatomugi.cz/o-slzovce/>

Obrázek č. 21 – Čiroková mouka: nutriční složení ve 100 g

Energie	1486 kJ 351 kcal
Tuky	3 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	2,23 g
Sacharidy	70,7 g
- z toho cukry	0,9 g
Bílkoviny	7,3 g
Sůl	0 g
Vláknina	6,6 g

Zdroj: <http://www.nutridatabaze.cz/potraviny/?id=767>

Obrázek č. 22 – Instantní čiroková kaše: nutriční složení ve 100 g

Energie	1586 kJ 375 kcal
Tuky	2,9 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	0,4 g
Sacharidy	74,0 g
- z toho cukry	0,5 g
Bílkoviny	9,8 g
Sůl	0,01 g
Vláknina	6 g

Zdroj: Produkt firmy Nominal

Obrázek č. 23 – Loupaný čirok: nutriční složení ve 100 g

Energie	1516 kJ 358 kcal
Tuky	3,1 g
- z toho nasycené mastné kyseliny	2,7 g
Sacharidy	70 g
- z toho cukry	2,5 g
Bílkoviny	10 g
Sůl	0,4 g
Vláknina	3,5 g

Zdroj: Produkt firmy PRO-BIO (BIOHARMONIE)

SEZNAM ALERGENŮ

publikovaný ve směrnici 2000/89 ES od 13.12.2014 směrnici 1169/2011 EU

- 1** **OBILOVINY OBSAHUJÍCÍ LEPEK**
pšenice, žito, ječmen, oves, špalda, kamut nebo jejich hybridní odrůdy a výrobky z nich 
- 2** **KORÝŠI**
a výrobky z nich 
- 3** **VEJCE**
a výrobky z nich 
- 4** **RYBY**
a výrobky z nich 
- 5** **PODZEMNICE OLEJNÁ (ARAŠÍDY)**
a výrobky z nich 
- 6** **SÓJOVÉ BOBY (SÓJA)**
a výrobky z nich 
- 7** **MLÉKO**
a výrobky z něj 
- 8** **SKOŘÁPKOVÉ PLODY**
mandle, lískové ořechy, vlašské ořechy, kešu ořechy, pekanové ořechy, para ořechy, pistácie, makadamie a výrobky z nich 
- 9** **CELER**
a výrobky z něj 
- 10** **HOŘČICE**
a výrobky z ní 
- 11** **SEZAMOVÁ SEMENA (SEZAM)**
a výrobky z nich 
- 12** **OXID SIŘIČITÝ A SIŘIČITANY**
v koncentracích vyšších 10 mg, ml/kg, l, vyjádřeno SO₂ 
- 13** **VLČÍ BOB (LUPINA)**
a výrobky z něj 
- 14** **MĚKKÝŠI**
a výrobky z nich 