



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Vliv návykových látek na nutriční stav pacientů**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

**Autor:** Kateřina Jílková

**Vedoucí práce:** MUDr. Jitka Pokorná, Ph.D.

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Vliv návykových látek na nutriční stav pacientů* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Kateřina Jílková

### **Poděkování**

Ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce, paní MUDr. Jitce Pokorné, Ph.D., za odborné vedení, ochotu a cenné konzultace při zpracování. Dále pacientům z Psychiatrické léčebny PATEB s.r.o. Jemnice za věnovaný čas a poskytnutí informací k výzkumu. A také paní primářce MUDr. Věře Benešové za poskytnuté zázemí pro výzkum v této léčebně. V neposlední řadě i Mgr. Evě Fruhwirtové za jazykovou korekturu.

Kateřina Jílková

# Vliv návykových látek na nutriční stav pacientů

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem návykových látek na nutriční stav pacienta. Cílem této práce bylo zmapovat nutriční stav pacientů užívajících návykové látky a případnou změnu nutričního stavu během léčby.

Teoretická část se zabývá charakteristikou a rozdělením návykových látek, vlivem jejich účinku na nutriční stav a psychiku pacienta. Dále se tato práce zaměřuje na pojem závislost, syndrom závislosti a léčbu. Podrobněji je pak zaměřena na poruchy příjmu potravy v jejich souvislosti s užití návykových látek.

Pro tuto práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Výzkumný soubor této práce tvoří deset pacientů psychiatrické léčebny. Formou polostrukturovaných rozhovorů se zde zjišťují stravovací návyky v době aktivního užívání návykových látek a změny v těchto návycích po dobu léčebného procesu.

Praktická část se skládá ze dvou kapitol. První z nich je věnovaná případovým studiím jednotlivých pacientů, propočtu energetického příjmu z týdenních jídelníčků. Ve druhé kapitole jsou vyhodnocovány výsledky semistrukturovaných rozhovorů s pacienty.

Z této práce vyplývá, že pobyt v léčebně závislostí zkoumaným pacientům z hlediska nutričního stavu prospívá. U většiny z nich došlo ke zvýšení a následné stabilizaci hmotnosti v důsledku pravidelné a vyvážené stravy. Dílčím přínosem této práce je pomoc při úpravě a obnově jídelních lístků, propočtu dietního systému a celkové komunikaci s pacienty v tomto zkoumaném zařízení.

## Klíčová slova

Návykové látky; alkohol; závislost; poruchy příjmu potravy; pacient.

# **The effect of addictive substances on the nutritional status of patients**

## **Abstract**

This bachelor's thesis looks at the influence of addictive substances on a patient's nutritional status. The aim of this work was to map the nutritional status of patients using addictive substances and any change in nutritional status during treatment.

The theoretical section looks at the characteristics and distribution of addictive substances, the outcome of their effect on the patient's nutritional state and psyche. Furthermore, this work focuses on the concept of addiction, syndrome of addiction and treatment. It then focuses in more detail on eating disorders in their context of users of addictive substances.

I have chosen qualitative research for this work. The research body of this work is formed by ten psychiatric hospital patients. In the form of semi-structured interviews, it identifies eating habits at the time of active substance use and changes in those habits during the treatment process.

The practical part consists of two chapters. The first is dedicated to case studies of individual patients, calculating energy intake from weekly menus. In the second chapter, the results of semi-structured interviews with patients are evaluated.

This work shows that being in a drug rehabilitation clinic benefits the patients studied in terms of their nutritional status. Most of them experienced weight gain and subsequent stabilisation due to a regular and balanced diet. Part of the benefit of this work is helping to adjust and renew menus, calculate the dietary system and overall communication with patients at this facility.

## **Key words**

Addictive substances; alcohol; addiction; eating disorders; patient.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Návykové látky .....</b>	<b>9</b>
1.1 Rozdělení návykových látek .....	9
1.1.1 Dělení drog podle účinku na psychiku .....	9
1.1.2 Dělení drog podle míry rizika .....	9
1.1.3 Dělení drog podle potenciálu závislosti .....	9
1.1.4 Dělení drog podle vzniku .....	10
1.2 Zástupci návykových látek .....	10
1.2.1 Kanabinoidy .....	10
1.2.2 Halucinogeny .....	11
1.2.3 Opioidy .....	12
1.2.4 Stimulační drogy .....	13
1.2.5 Těkavé látky .....	14
1.2.6 MDMA a taneční drogy .....	14
1.2.7 Tabák .....	14
1.2.8 Alkohol .....	15
1.2.9 Farmaka s psychotropním účinkem .....	17
1.3 Závislost .....	17
1.3.1 Pojem závislost .....	17
1.3.2 Syndrom závislosti .....	18
1.3.3 Léčba závislosti .....	18
1.4 Poruchy příjmu potravy .....	19
1.4.1 Mentální anorexie .....	21
1.4.2 Mentální bulimie .....	21
<b>2 Cíl a výzkumné otázky .....</b>	<b>23</b>
2.1 Cíl práce .....	23
2.2 Výzkumné otázky .....	23
2.3 Operacionalizace pojmů .....	23

<b>3</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>24</b>
3.1	Použitá metodika .....	24
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	24
3.3	Sběr dat .....	25
3.4	Analýza dat .....	25
3.5	Etika výzkumu .....	26
<b>4</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>27</b>
4.1	Případové studie .....	27
4.1.1	Případová studie č. 1 .....	27
4.1.2	Případová studie č. 2 .....	29
4.1.3	Případová studie č. 3 .....	31
4.1.4	Případová studie č. 4 .....	33
4.1.5	Případová studie č. 5 .....	35
4.1.6	Případová studie č. 6 .....	37
4.1.7	Případová studie č. 7 .....	40
4.1.8	Případová studie č. 8 .....	42
4.1.9	Případová studie č. 9 .....	44
4.1.10	Případová studie č. 10 .....	46
4.2	Výsledky rozhovorů s pacienty .....	48
<b>5</b>	<b>Diskuze</b> .....	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>Literatura</b> .....	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Seznam příloh a obrázků</b> .....	<b>66</b>
<b>9</b>	<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>68</b>
<b>10</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>69</b>

## Úvod

V bakalářské práci se věnuji nutričnímu stavu pacientů užívajících návykové látky. V současné době je bohužel častým řešením psychických i fyzických problémů ubírání se k užívání návykových látek. Občasné užívání těchto látek často přechází na závislost, kterou jejich uživatelé nejsou ve většině případů schopni zvládnout bez odborné pomoci. Tito uživatelé na úkor návykových látek odsunují stravu do pozadí a tímto dochází k výraznému zhoršení jejich nutričního stavu.

K tomuto tématu jsem se dostala při vykonávání souvislé praxe během svých studií. Praxi jsem vykonávala v psychiatrické léčebně drogově a alkoholově závislých pacientů. Měla jsem zde tudíž možnost vnímat změnu hmotnosti pacientů od jejich příchodu do léčebného procesu až po ukončení léčby. Ve většině případů pacienti neměli pojetí o možných problémech spojených s nedostatečným příjmem makronutrientů při užívání návykových látek.

V teoretické části popisuji charakteristiku a rozdělení návykových látek, jejich účinky na nutriční stav pacientů. Zaměřuji se zde na pojem závislost, její syndrom a následnou léčbu. Podrobněji je v práci popsána souvislost mezi užíváním návykových látek a poruchami příjmu potravy.

V praktické části se nachází deset případových studií popisujících celkové stravovací návyky uživatelů drog a alkoholu. U každé z jednotlivých studií je propočten a zhodnocen celkový energetický příjem a poměr makronutrientů v jídelníčku. Dále jsou zde vyhodnoceny odpovědi ze semistrukturovaných rozhovorů s pacienty.

Hlavním cílem této práce je zmapovat a porovnat nutriční stav pacientů v době aktivního užívání návykových látek a během jejich pobytu v léčebně.



# 1 Návykové látky

Existuje celá řada definic návykových látek. Návyková látka je taková chemická látka, která způsobuje změny v psychickém stavu a může se na ni vytvořit jistý návyk či závislost (Fischer a Škoda, 2014). Drogu můžeme také definovat jako látku, která má psychotropní efekt nebo je to látka, která má potenciál závislosti (Kalina, 2015). Schroeder a Higgins (2016) ve svém článku uvádí, že při užívání návykových látek dochází ke snižování chuti k jídlu, vyvolávání touhy po nízkokalorických živinách, dochází ke ztrátě hmotnosti a vedou k nedostatku živin.

## 1.1 Rozdělení návykových látek

Nejnámější rozdělení drog je na dvě hlavní kategorie. Drogy měkké a tvrdé. Dále můžeme dělit drogy podle účinků (Kukla, 2016). Drogy můžeme také rozdělit podle účinku na uživatele a podle vzniku (Tuček a Slámová, 2018). Můžeme najít i rozdělení podle potenciálu pro závislost (Kalina, 2015).

### 1.1.1 Dělení drog podle účinku na psychiku

První skupinou jsou tlumivé látky, které způsobí zpomalení psychomotorického tempa. V malých dávkách zklidní organismus. Při vyšších dávkách dojde k navození spánku, může nastat kóma až zástava životních funkcí. Psychomotorická stimulancia zrychlí tempo myšlení a zbaví pocitu únavy a aktivují motoriku. Poslední skupinou jsou halucinogeny, které mění vnímání. Vyvolávají změny od pouhého zostření až po stavy, které jsou velmi podobné schizofrenii (Kalina, 2015).

### 1.1.2 Dělení drog podle míry rizika

Dle tohoto kritéria dělíme drogy do dvou kategorií, na měkké a tvrdé drogy. Posuzuje se podle toho, jak velké poškození je schopna droga vyvolat. Mezi měkké drogy řadíme marihuanu, hašiš, kokový čaj či kávu. Extáze, heroin, kokain, LSD či lysohlávky zařazujeme do skupiny tvrdých drog (Kukla, 2016).

### 1.1.3 Dělení drog podle potenciálu závislosti

Silná psychická závislost vzniká u psychomotorických stimulancií, jako je pervitin a kokain. Těchto drog se netýká somatická závislost, ale mají velice silný vzestup

tolerance. Skupiny halucinogenů, do kterých řadíme LSD či kanabinoidy, má mírný vzestup tolerance a somatická závislost na tuto skupinu drog nevzniká. Co se týče psychické závislosti pohybuje se na škále žádná až mírná závislost. Naopak u skupiny tlumivých látek vzniká silná psychická i somatická závislost. Mezi tyto látky patří alkohol, opiáty, nebo benzodiazepiny (Kalina, 2015).

#### ***1.1.4 Dělení drog podle vzniku***

Mezi přírodní látky řadíme nikotin, konopné výrobky, koku, alkohol a psychoaktivní houby. Ve skupině semisyntetických drog, najdeme kokain, crack či morfin. Poslední skupinou jsou drogy syntetické a mezi ty řadíme taneční drogy, extázi a amfetaminy (Tuček a Slámová, 2018).

### ***1.2 Zástupci návykových látek***

#### ***1.2.1 Kanabinoidy***

Obvykle rozlišujeme 3 druhy konopí, Cannabis sativa, Cannabis indica, Cannabis ruderalis. Všechny druhy konopí mají jak samičí, tak samčí rostliny, znamená to, že jsou dvoudomé. Z hlediska obsahu psychoaktivních látek jsou významnější samičí rostliny (Ševela a Ševčík, 2011). THC je hlavní účinná látka, která se váže na kanabioidní receptory v mozku (Mioviský, 2008). Dojde-li k akutní intoxikaci těmito látkami mohou nastat kolapsové stavy, nevolnosti i pocity na zvracení (Kelnarová, 2013). Státní zdravotní ústav (©2021) mezi účinky této látky zařazuje sucho v ústech, pocity hladu a emoční změny. A jako příznaky popisuje rozjařenost, rozšířené zornice, zrychlený puls či zvýšená chuť k jídlu.

Marihuana je droga užívaná ve formě sušeného květenství a horních lístků ze samičí rostliny konopí. Barva marihuany se liší podle kvality zpracování, nejčastěji od tmavě zelené po černo zelenou. Pokud je droga správně zpracována je ve formě malých hrudek držících při sobě, má velmi výrazné charakteristické aroma. Obsah aktivních látek se liší podle místa a způsobu zpracování, při domácí produkci je obsah těchto látek asi 2-8 %, v zahraničí je v rozmezí 6-14 % (Mioviský, 2008). Presl (2012) udává, že projevy užívání marihuany jsou poruchy vnímání času, pocity hladu, sucho v ústech či střídání emoci (skleslost, veselost).

Hašiš je konopná pryskyřice s malým obsahem květenství a drobných nečistot. Má vyšší obsah aktivních látek než marihuana, kolem 40 %. Nejčastěji je zbarvená do hněda, záleží na místě původu (Miovský, 2003). Presl (2012) uvádí, že konopné drogy se nejčastěji užívají kouřením, v menším měřítku pak perorálním požitím v pokrmu či nápoji.

### ***1.2.2 Halucinogeny***

Ševela a Ševčík (2011) ve své knize uvádí rozdělení těchto látek do tří kategorií podle účinku na psychedelika, což jsou látky ukazující skryté ale zároveň reálné aspekty mysli. Mezi přírodní psychedelika patří lysohlávky, límcovka, šupinovka a také výměšky ropuchy. Mezi semisyntetické drogy patří LSD. Další z uvedených kategorií jsou disociační drogy. Tyto látky blokují či redukuje signály jinou částí mozku, především fyzické vnímání. Mezi přírodní zdroje patří muchomůrka červená. Mezi syntetickými zdroji najdeme hlavně PCP (andělský prach) či ketamin. Poslední kategorie jsou delirogeny, které mají vliv na normální vnímání. Mezi rostlinami, které obsahují tyto látky najdeme především durman, rulík zlomocný, mandragoru a blín černý.

LSD se v současné době užívá ve formě krystalů či tzv. tripů, jde o malé papírové čtverečky. Obě tyto formy se užívají perorálně a nechávají se postupně rozpustit pod jazykem. Intoxikace se projevuje mírným chvěním, pocitem nevolnosti, závratěmi. Častý je také výskyt barevných kaleidoskopických obrazců (Miovský, 2003). Státní zdravotní ústav (©2021) uvádí suchost v ústech, nechutenství, nespavost či ztrátu kontroly nad realitou mezi hlavní příznaky užívání této látky.

Psilocybin je látka, která se nachází v lysohlávkách. Při předávkování touto látkou se dostávají halucinace, zoufalý pláč, může dojít ke zhoršení nálady, podchlazení a tachykardii (Kelnarová, 2013). Presl (2012) uvádí, že vysoké dávky lysohlávek mohou způsobit těžká a nevratná poškození jater a ledvin.

PCP, jiným názvem andělský prach, vyvolává euforii. Při předávkování touto látkou dochází k násilnému chování, barevnému optickému vidění (Ševela a Ševčík, 2011). Intoxikovaný má pocit, že musí vystoupit z vlastního těla, může dojít ke křečím s následným kóma (Kelnarová, 2013).

### **1.2.3 Opioidy**

Ševela a Ševčík (2011) ve své knize uvádí rozdělení opioidů na přirozené, semisyntetické a syntetické. Mezi přirozenými se nachází morfin a kodein. V kategorii semisyntetické opioidy najdeme heroin, hydroform, oxykodon a oxymorfon. Syntetické opioidy se vyrábějí výlučně laboratorně, syntézou, a patří mezi ně petidin, fentanyl a metadon. Mezi nežádoucí účinky těchto látek patří obstipace, nauzea a zvracení. Státní zdravotní ústav (©2021) udává, že mezi hlavní účinky této návykové látky patří zklidnění, uvolněnost, apatie, může docházet ke zvracení bez předcházející nevolnosti. Mezi odvykací příznaky řadíme bolesti kloubů, svalů, svědění kůže, zimnici, pocení, zvracení a průjemy.

Opium jako jedna z nejstarších drog je obsažena v zelených makovicích. Tradiční způsob užívání je vaření odvarů a kouření. V dnešní době je rozšířen i způsob aplikace injekčně do žíly. Mezi nebezpečné účinky řadíme nepozornost, neschopnost soustředění, zácpu, snížená ostrosti vidění, nevolnosti a zvracení (Kukla, 2016). Presl (2012) udává, že typický účinek opia je podráždění centra pro zvracení, uživatel této látky může zvracet i bez pocitu nevolnosti.

Heroin je celosvětově nejrozšířenější droga této skupiny. Nejvíce rozšířený a zároveň nejrizikovější způsob aplikace je nitrožilně. Na tuto látku velice rychle vzniká závislost, udává se rozmezí jednoho až tří měsíců každodenního užívání (Minařík, 2003). Heroin navozuje pocit klidu a euforii, ve vyšší dávce tlumí CNS. Při akutní intoxikaci dochází k zúžení zornic, zástavě dýchání a může dojít až do stavu bezvědomí (Kelnarová, 2013). Presl (2012) ve své knize uvádí, že při nedostatku drogy dochází k abstinenčním příznakům, mezi které patří pocení, zimnice, svalové křeče a průjem.

Kukla (2016) ve své knize uvádí morfium, jako látku, která se vyrábí z opia a má velmi podobné účinky. Používá se v lékařství k tišení bolesti a rychle na něm vzniká psychická i fyzická závislost.

Subutex je v současné době jedna z nejpobulárnějších opiátových drog. Je to lék používaný proti bolesti, který má stejné účinky jako většina opiátů (Kukla, 2016).

#### ***1.2.4 Stimulační drogy***

Kalina (2015) uvádí, že při užití těchto látek, dochází k povzbuzení organismu a ke zvýšení tělesného i duševního výkonu. Při opakovaném užití je vzestup výkonnosti spojen se zhoršením kvality. Mechanismus působení spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů, mezi které patří dopamin, noradrenalin a serotonin. Mezi nejčastější drogy této skupiny látek patří budivé aminy-metamfetamin, amfetamin, MDMA, a kokain. Stimulační drogy nevyvolávají fyzickou závislost, ale silnou psychickou závislost (Kukla, 2016).

Amfetamin je látka v Evropě více dostupná než metamfetamin. Jsou to směsi opticky aktivních sloučenin fenyliizopropylaminu. Tyto látky jsou nejčastěji užívány perorálně, intravenózně, nazálně a inhalačně. Po této látce je potlačena únava, dochází k pocitu euforie, zrychluje se psychika a nastává zostřené vnímání tónů a barev (Ševela a Ševčík, 2011).

Pervitin patří mezi skupinu budivých aminů. Nejčastější podoba je žluto-fialový prášek, který je naprosto bez zápachu a má hořkou chuť. Metamfetamin je nejčastěji užívaná droga z této skupiny látek (Kalina, 2015). Tato droga se v domácím prostředí vyrábí z léků obsahujících efedrin. Intoxikace touto látkou se projevuje neklidností, úzkostí, paranoidními pocity. Častým projevem jsou i vysoké teploty až 42 stupňů Celsia (Kelnarová, 2013). Presl (2012) ve své knize udává, že může dojít ke stavu toxické psychózy, která se ve většině případů projevuje podezřívavostí, obavami či vztahovačností.

Kalina (2015) ve své knize uvádí, že kokain je alkaloid keře koky pravé. Jsou známy tradiční i typické způsoby aplikace této drogy. Mezi tradiční způsoby řadíme žvýkání listů koky. Naopak aplikace intranazálně a injekčně je typickým způsobem aplikace této drogy. Minařík (2003) popisuje bledost, nevolnost, rozšíření zornic, zrychlení pulsu jako účinky těchto drog. Kokain sice nevyvolává závislost somatickou, ale způsobuje silnou psychickou závislost. Presl (2012) také popisuje bledost, mrazení, třes rukou, vysoké sebevědomí či pokles chuti k jídlu jako hlavní účinky této drogy. Mezi příznaky můžeme vidět rozšíření zornic, chraptavý hlas a výtok z nosu v případě šňupání. Státní zdravotní ústav (© 2021) udává, že po užití této drogy dochází ke snížení či odstranění chuti k jídlu, ke zvýšení bdělosti, při dlouhodobějším užívání k nechutenství a k výraznému hubnutí.

### ***1.2.5 Těkavé látky***

Jsou to chemické látky, které rozpouští tuky a lipoidní látky. Typickými zástupci jsou toluen, aceton, éter či chloroform. Působí narušením fluidity buněčné membrány. Jsou užívány jako doplňková droga při nedostatku primární drogy. Nejčastějším způsobem užívání je inhalace, přes plicní sklípky je vstřebávání velmi rychlé. Přesné dávkování je znemožněno způsobem inhalace, a to igelitovým sáčkem či napuštěným hadříkem. Jejich intoxikace se podobá opilosti, dochází k barevné zrakové i sluchové halucinaci. Mezi nejčastější krátkodobé nežádoucí účinky patří nevolnost, obrna dýchacího centra. Dlouhodobé účinky jsou toxické poškození jater a ledvin či poleptání dýchacích cest (Kalina, 2015).

### ***1.2.6 MDMA a taneční drogy***

Tyto syntetické látky jsou užívány na akcích s reprodukovanou elektronickou hudbou. Hlavním zástupcem je extáze a její podobné látky (MDEA, MDA). Účinek MDMA spočívá v uvolnění serotoninu. Po jeho odeznění dochází k vyrovnání hladiny serotoninu a následuje jeho opětovný pokles. Nejčastější způsob aplikace je per os, látka se vstřebává sliznicí trávicího traktu a krví je roz distribuována do celého organismu. Účinek této drogy nastupuje ve dvou fázích, pro první fázi je typický zmatenost a neklid, který v druhé fázi ustoupí a objevuje se klid a pohoda, ve skupině pocit empatie, lásky, komunikativnost a potřeba dotýkat se jiných lidí. Vyskytují se nežádoucí účinky jako je nevolnost, nechutenství, zvracení, pocení, snížená potřeba spánku, průjem a sucho v ústech (Kalina, 2015). Presl (2012) ve své publikaci řadí mezi nejvážnější komplikaci při užití MDMA hypertenzi, jejíž pravděpodobnější výskyt vzrůstá při zvýšené tělesné aktivitě, nedostatku tekutin a minerálů.

### ***1.2.7 Tabák***

Tabák pochází z amerického kontinentu, jedná se o bylinu zvanou tabák viržinský. Jeho psychotropní složkou je alkaloid nikotin. Nikotin je prudký jed, jehož minimální smrtelná dávka je asi 50 mg. Mezi hlavní způsoby užití této látky patří kouření či žvýkání. Mezi ty tradičnější způsoby užití patří požívání nebo pití odvarů, ovšem tyto orální způsoby aplikace mohou snáze vést k předávkování a následné smrti. Nikotin zvyšuje bdělost, potlačuje podrážděnost a agresivitu. Zvýšená sekrece slin, žaludečních šťáv a potu patří mezi krátkodobé nežádoucí účinky. K dlouhodobým účinkům řadíme chronický zánět

dýchacích cest, nechutenství, průjmy, poruchy spánku a soustředěnosti (Kalina, 2015). Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (©2021) udává, že k silným abstinčním příznakům dojde po několika hodinách po vysazení tabáku a patří mezi ně touha kouřit, nespokojenost, podrážděnost, zlost, zácpa, závratě či nevolnost.

### ***1.2.8 Alkohol***

Tato látka vzniká kvašením cukrů. Chemický název je etylalkohol, společně s nikotinem patří mezi legální drogy. Alkohol je užíván per os, dobře prochází buněčnými membránami a rychle se vstřebává (Kalina, 2015). Alkohol má vysokou energetickou hodnotu. Energetická hodnota 1 gramu alkoholu je 29 kJ. Autoři uvádí, že 2 litry vína dokáží pokrýt až 70 % denního energetického příjmu, alkohol je chudý na makronutrienty a tudíž velice často dochází ke karenci základních makroživin i esenciálních živin (Zlatohlávek a Pejšová, 2019). Je prokázáno negativní působení alkoholu ve vztahu ke vstřebávání živin (Schroeder a Higgins, 2016). Stránský et al. (2019) píšou, že alkohol má rozdílné účinky na lidský organismus. Mezi nežádoucí účinky řadí negativní vliv na resorpci některých esenciálních živin v tenkém střevě a také možné negativní změny ve stravovacích zvyklostech při nadměrné konzumaci alkoholu. Kalina (2015) popisuje, že negativní účinek alkoholu závisí na mnoha faktorech, jako je dávka nebo vliv prostředí. V malých dávkách působí stimulačně, ve vyšších tlumivě. Intoxikace má čtyři stádia a závisí na hladině alkoholu v krvi. První stádium je lehká opilost (do 1,5 promile), následuje opilost středního stupně (od 1,6 do 2 promile), třetím stádiem je těžká opilost (více než 2 promile) a posledním stádiem je těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu (nad 3 promile) (Kalina, 2015).

Tabulka č. 1: Konzumace alkoholu v populaci ČR (v %)

<b>Typ konzumace</b>	<b>Muži</b>	<b>ženy</b>
Abstinent	9,7	20,2
Pije občas, málo	26,7	42,2
Pije často, málo	5,8	2,0
Pije občas, hodně	27,0	25,8
Pije často a hodně	30,9	9,8
Denní průměr >40 g/m, >20 g/ž	22,6	10,6

Zdroj: Stránský et al., 2019

Kalina (2015) uvádí mezi typické nežádoucí účinky poruchy rovnováhy, zpomalení reakcí, zvracení a nevolnost. Dochází k poruchám chování s následnou agresivitou a snižuje se sebekritičnost, to může vést k riskantnímu chování s následnými úrazy. Mezi dlouhodobé účinky patří poškození gastrointestinálního traktu, což jsou poruchy trávení, průjmy, gastritidy. Závažnou komplikací odvykacího stavu je delirium tremens. Dochází k poškození jater s následným rozvojem jaterní cirhózy. Při chronickém abúzu alkoholu jsou významné obtíže spojené s malnutricí. K život ohrožujícím stavům mohou vést avitaminózy (vitamin B1, B12, kyselina listová). Také Pruckner et al. (2019) ve svém článku zdůrazňuje souvislost mezi závislostí na alkoholu a nedostatkem vitamínu B1 v důsledku nedostatečného příjmu potravy, snížené absorpce v gastrointestinálním traktu a sníženého ukládání v játrech. Coulbault (2019) také upozorňuje na zhoršení ukládání vitamínu B1 v důsledku onemocnění jater souvisejícího s pitím alkoholu. Dále také udává, že kombinací neurotoxických účinků alkoholu a nedostatku vitamínu B1 se může vyvinout Wernickeova encefalopatie, která způsobuje špatnou koordinaci pohybů a duševní zmatenost. Jak uvádí Mourek et al. (2013), vitamin B1 se řadí do skupiny vitaminů rozpustných ve vodě, karence tohoto vitamínu má negativní vliv zejména na svalstvo a nervovou soustavu, jeho nedostatek se projevuje hlavně nechutenstvím a doprovází osoby, které jsou závislé na pití alkoholických nápojů. Kohout (2019) ve své publikaci také uvádí, že hypovitaminózami často trpí alkoholici a pacienti s těžkými poruchami výživy. Mourek et al. (2013) dále dodává, že tento vitamin je ve stravě zastoupen sice v malém množství, ale v široké nabídce potravin. Mezi jeho hlavní zdroje patří maso, žloutek, mléko, těstoviny a v neposlední řadě především kvasnice. Stránský



et al. (2019) uvádí jako další zdroje vitamínu B1 celozrnné obiloviny, játra, brambory a ryby.

### ***1.2.9 Farmaka s psychotropním účinkem***

Nejvíce zneužívanými látkami jsou látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Jde hlavně o farmakologickou skupinu opioidů a benzodiazepinů. Mezi další zneužívaná farmaka patří léky pro výrobu drog. Jedná se typicky o látky, které obsahují efedrin a pseudoefedrin na výrobu pervitinu (Kalina, 2015). Únava, ospalost, poruchy paměti, zmatenost, ztráta motivace či pokles svalového napětí patří mezi hlavní účinky těchto látek. Na lécích vzniká jak psychická, tak i fyzická závislost. Změna nastavení centrální nervové soustavy je velmi významná a je příčinou epileptických záchvatů při odvykání. Při odvykání je velice důležitá psychoterapeutická podpora (Kalina, 2015).

## ***1.3 Závislost***

### ***1.3.1 Pojem závislost***

Nešpor (2013) uvádí závislost jako to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Definice je poměrně komplikovaná. Kalina (2015) vymezuje pojem závislost jako komplexní poruchu, jejíž základní charakteristikou je opakované užití či nutkání užít určitou látku, nebo se oddat určitému chování i přes negativní důsledky. Státní zdravotní ústav (©2021) rozděluje závislost na látkové závislosti a nelátkové závislosti. Mezi látkové řadíme legální návykové látky a nelegální návykové látky a mezi nelátkové řadíme gamblerství, hypersexualitu, kleptománii, stalking či workoholismus. Státní zdravotní ústav (©2021) také popisuje znaky závislosti. Jedním z nich je odvykací stav, kdy si tělo na alkohol zvyklo a nedokáže bez něj fungovat. Hlavními příznaky odvykacího stavu jsou neklid, podrážděnost, pocení, bušení srdce, nechutenství a zvracení. Nešpor (2013) udává, že stanovit definitivní diagnózu závislosti by se obvykle mělo tehdy, pokud se během jednoho roku objeví tři a více těchto jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání při užívání této látky.
- Tělesný odvykací stav.
- Průkaz tolerance účinku látky.

- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.
- Pokračování v užívání.

### ***1.3.2 Syndrom závislosti***

Syndrom závislosti je skupina fenoménů, fyziologických kognitivních i behaviorálních, kde má užívání nějaké látky, třídy látek či širší řady různých látek větší přednost než jednání, které upřednostňoval dříve (Nešpor, 2013).

Syndrom závislosti má podle Mezinárodní klasifikace nemocí statistický kód F1x.2, kde na místo x doplňujeme číslo podle příslušné návykové látky:

- závislost na alkoholu F10.2
- závislost na opioidech F11.2
- závislost na kanabinoidech F12.2
- závislost na sedativech nebo hypnoticích F13.2
- závislost na kokainu F14.2
- závislost na jiných stimulantech včetně kofeinu a pervitinu F15.2
- závislost na halucinogenech F16.2
- závislost na tabáku F17.2
- závislost na organických rozpouštědlech F18.2
- závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách F19.2

Závislostní poruchy se často vyskytují společně s poruchami příjmu potravy jako duální porucha či komorbidita. Také často může poruchám příjmu potravy předcházet závislost na alkoholu i drogách, nejčastěji se vedle alkoholu uvádí metamfetamin. Ten pacientky užívají pro jeho anorektické účinky (Riegel et al., 2020).

### ***1.3.3 Léčba závislosti***

Kalina (2013) ve své knize uvádí psychoterapii jako velice důležitý prvek v léčbě závislostí. Psychoterapie se zaměřuje na nějaký problém, kde pod pojmem problém si představíme duševní nemoc či poruchu, její příznaky, potíže ve vztazích nebo psychologickou či vývojovou krizi. Existuje několik formátů psychoterapie, mezi základní patří individuální, skupinová či párová a rodinná psychoterapie. Individuální psychoterapie funguje na základě setkávání jednoho terapeuta a jednoho klienta. Je

důležité poskládání sedadel v místnosti, je velice neslušné mluvit s klientem přes stůl, nebo si při rozhovoru psát na počítači. Růžička (2011) uvádí, že terapeut kromě samotných informací od klienta využívá také jeho verbální a neverbální chování. Kalina (2013) ve své publikaci dále popisuje skupinovou terapii jako sezení, kterého se můžou účastnit jeden nebo dva terapeuti, kde jeden se více zaměřuje na individuální příběh klienta a druhý na skupinovou dynamiku. Při párové psychoterapii se setkávají jeden nebo dva terapeuti a partnerská dvojice, sedadla při tomto sezení jsou poskládány do čtverce. Při tomto uspořádání sedadel v místnosti je důležité, aby nijak nenaznačovalo situaci dva proti dvěma. Základním složením při rodinné psychoterapii jsou jeden nebo dva terapeuti a celá nebo část rodiny. Podle Kaliny (2011) je dalším možným prvkem při léčbě závislostí terapeutická komunita, což funguje jako spolužití klientů různého věku, pohlaví a vzdělání po určitou dobu. Kromě skupinových terapií se klienti účastní také dalších společných aktivit, jako je třeba pracovní terapie. Kalina (2013) rozděluje léčbu v terapeutických komunitách na fáze. Nultá fáze se označuje jako diagnostická, orientační, úvodní či poznávací. Při této fázi je cílem zařazení klienta do režimu, poznávání pravidel a navázání určitého vztahu k týmu a ostatním klientům. Ve své knize uvádí Kalina (2011) první fázi jako orientaci a uvedení do chodu komunity, asimilace do prostředí má být rychlá a v závěru fáze má klient dosáhnout přijetí komunity a má vnímat komunitu jako své místo. Druhá fáze je vrcholné období léčby, v této části léčby je cílem více kontaktu s vnějším světem, což představuje zejména rodina. Kalina (2013) popisuje třetí fázi jako uzavírání terapeutického procesu, důležitá je separace od komunity a klienti se připravují na život mimo komunitu. Klient se na konci této fáze soustředí na své silné a slabé stránky a připomíná si své priority.

Dle Kaliny (2011) patří mezi hlavní komplikace léčby craving (bažení), je to běžná komplikace při abstinenci. Craving je často uváděn do souvislosti s relapsem jako jeho spouštěč či příčina. Uvádí také, že craving se často vyskytuje po návštěvě rodiny, či blízkých přátel. Rodina někdy může způsobit chutě na návykové látky, je tedy spouštěčem.

#### ***1.4 Poruchy příjmu potravy***

Stránský et al. (2019) popisují poruchy příjmu potravy jako těžká onemocnění, která patří v České republice mezi nejčastěji se vyskytující psychosomatické onemocnění. Mezi

poruchy příjmu potravy patří anorexie, bulimie a binge eating disorder. Tyto poruchy vznikají bez organické příčiny a jejich vznik souvisí hlavně s psychosociálními faktory. Stránský et al. (2019) také pospal, že mezi charakteristické znaky binge eating disorder patří ztráta kontroly nad množstvím požitého jídla, ztráta pocitu sytosti, zdrženlivost k jídlu, popisuje náhlé ataky požití velkého množství jídla za velmi krátkou dobu, jejichž výskyt je minimálně 2x za týden po dobu 6 měsíců. Po skončení tohoto ataku dochází ke stavům deprese a pocitům viny. Schroeder a Higgins (2016) zmiňuje problémy nedostatečného příjmu živin s užíváním návykových látek v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Canan et al. (2017) uvádí, že u pacientů s poruchami užívání návykových látek byla prokázána vysoká míra souběžného výskytu mentální anorexie a mentální bulimie. Canan et al. (2017) také dodává, že mezi studii hodnotící ženy i muže, je prokázán větší výskyt poruch příjmu potravy souběžně s užíváním návykových látek u žen nikoli u mužů. Munn-Chernoff et al. (2020) ve svém článku uvádí častý výskyt poruch příjmu potravy u žen závislých na alkoholu i u závislých na nikotinu. Podle autora jsou nejčastější projevy poruch příjmu potravy, u žen závislých na nikotinu a alkoholu, konzumace velkého množství jídla za krátký časový úsek a vyvolávané zvracení a zneužívání léků na průjem. Evans et al. (2020) poukazuje na souběžnou přítomnost poruch zneužívání návykových látek s poruchami příjmu potravy, jinými duševními poruchami a depresemi. Dále tento autor uvádí, že pacienti s poruchami příjmu potravy v závislosti na užívání návykových látek mají často mnohem závažnější průběh této nemoci. Pineda-García et al. (2020) použil ve svém článku termín „Drunkorexia“, který zahrnuje chování po požití alkoholu, kdy je omezováno jídlo a je zvýšená tělesná aktivita, aby osoba po konzumaci alkoholu vyvarovala přibývání na váze. Také Azzi et al. (2021) ve svém článku popisuje model chování nazývaný „Drunkorexia“, jehož základní charakteristikou je touha po zesílení intoxikačních účinků a omezování kalorií s následným nepřibýváním na váze. Toto chování vykazuje společné rysy s mentální anorexií a bulimií, kterými jsou přeskokování jídel, hladovění, vyvolávané zvracení či užívání projímadel. Stránský et al. (2019) uvádí jako nejdůležitější a nezastupitelnou roli v léčbě poruch příjmu potravy aktivita pacienta, jeho motivace a trpělivost. Léčba této nemoci se zaměřuje na základní znalosti nutriční hodnoty potravy, správné vnímání vlastního těla a v neposlední řadě i sebevědomí. Pacient si společně s nutričním terapeutem stanoví cílovou váhu, které je potřeba docílit.

Také poruchy příjmu potravy mají své kódy podle Mezinárodní klasifikace nemocí:

- poruchy příjmu potravy F50
- mentální anorexie F50.0
- mentální bulimie F50.2

#### ***1.4.1 Mentální anorexie***

Podle Slabé (2019) je základní charakteristikou mentální anorexie vědomé omezování příjmu potravy, úmyslné snižování hmotnosti či udržování podváhy. Takto drastické hubnutí vede k výrazným tělesným i psychickým změnám. Ženy trpící touto nemocí ztrácí proces menstruace, dochází k výrazným hormonálním změnám, vypadávají vlasy, dochází k svalové slabosti, častěji se vyskytují zácpy, bolesti břicha, také se vyskytuje suchá kůže a v neposlední řadě i zvýšená hladina cholesterolu v krvi. Dušek (2015) mezi diagnostická kritéria mentální anorexie řadí stále přetrvávající strach z tloušťky, udržování či snížení hmotnosti o 15 % proti normálu, tedy proti hmotnosti, kterou by měla osoba mít vzhledem ke své výšce a váze. Také zkreslené vnímání o vlastní těle a ztráta hmotnosti, kterou si osoba způsobí sama a vědomě, patří mezi hlavní diagnostická kritéria této nemoci. Stránský (2019) uvádí jako další kritéria pro diagnostiku mentální anorexie BMI pod 17,5, ztrátu libida či potence, což řadíme mezi endokrinní poruchy, nebo také poruchy ve vývoji a růstu u mladistvých.

#### ***1.4.2 Mentální bulimie***

Slabá a Křížová (2019) charakterizuje toto onemocnění jako opakované a nekontrolovatelné přejídání velkým množstvím potravy s vysokou energetickou hodnotou. Autorka dále uvádí, že po opakovaných záchvatech přejídání se dostavuje častý pocit viny. Následně se objevuje chování kompenzující vysoký přísun potravy, hlavním příznakem takového chování je vyvolávané zvracení, užívání projímadel či diuretik. Mentální bulimii často předchází mentální anorexie, stejně jako u této nemoci dochází k výrazným fyzickým i psychickým změnám. Dochází k častějšímu výskytu průjmů a zácpy, také se vyskytuje poničení zubní skloviny v důsledku častého zvracení. Častý je také výskyt poruchy ledvin, k čemuž dochází následkem opakovaného užívání prostředků na odvodnění. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) zařazuje mezi hlavní diagnostická kritéria této nemoci neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, epizody přejídání, snaha vyzvracet jídlo, užívání laxativ či anorektik za účelem udržení

hmotnosti. Stránský et al. (2019) dále zařazuje mezi kritéria pro diagnostiku mentální bulimie chorobný strach z přibývání na váze, také způsob stravování zabraňující příbytku na váze, což je až přehnaná tělesná aktivita či používání léku na snížení chuti k jídlu.

## **2 Cíl a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Tato bakalářská práce se zabývá nutričním stavem pacientů užívajících návykové látky. Cíl byl následující:

1. Zmapovat nutriční stav pacientů užívajících návykové látky.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Pro výzkum byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je nutriční stav pacientů užívajících návykové látky?
2. Změnil se nutriční stav pacientů během pobytu v psychiatrické léčebně?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

**Nutriční anamnéza** – vyhodnocení stravovacích návyků, možnosti stravování a jejich forma (Zlatohlávek a Křížová, 2019).

**Návykové látky** – látky, které mění naše chování a prožívání a mají potenciál závislosti, což znamená že dlouhodobé a pravidelné užívání může vyvolat závislost a vést ke ztrátě kontroly nad užíváním těchto látek (Kalina, 2015).

## **3 Metodika**

### **3.1 Použitá metodika**

Pro naplnění cíle byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím metody semistrukturovaných rozhovorů. K samotnému semistrukturovanému rozhovoru jsem si připravila otázky, které jsem od pacientů chtěla zodpovědět. Během rozhovoru jsem se často doptávala i na jiné otázky, které vyplynuly z konverzace. Otázky byly zaměřené na stravovací zvyklosti během užívání návykových látek, jejich závislostí, zjištění nutričního stavu a základní změny ve stravování v léčbě. Základní scénář k rozhovoru je k dispozici v příloze.

S pacienty jsem také prováděla antropometrická měření, která jsem si pečlivě zapisovala. U pacientů jsem zjišťovala váhu, výšku a BMI (Body Mass Index).

K zjištění vyváženosti stravy a prozkoumání stravovacích návyků pacienta byl využit také týdenní záznam pacientova jídelníčku v léčbě a následné propočítání celkového energetického příjmu, sacharidů, tuků a bílkovin. Výsledky poté byly porovnány s potřebami uvedenými v odborných doporučeních. Záznamy všech jídelníčků jsou součástí příloženého CD.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů, z toho 6 žen a 4 muži, ve věku od 30 do 67 let. Průměrný věk výzkumného souboru byl 43,3 let. Pacienti se nacházeli v psychiatrické léčebně v Jemnici. Pacienti byli vybráni na základě dobrovolnosti. Podmínkou k zařazení do výzkumu byl pobyt na léčení delší než 21 dnů. Z rozhovorů byly získány informace týkající se především jejich stravovacích zvyklostí, jejich závislostí a změny v jejich stravování při pobytu v léčebně.



Tabulka č. 2: Informace o pacientech (Zdroj: vlastní)

	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka pobytu v léčebně</b>
<b>P1:</b>	Žena	41 let	23 dní
<b>P2:</b>	Žena	42 let	21 dní
<b>P3:</b>	Muž	30 let	28 dní
<b>P4:</b>	Žena	40 let	35 dní
<b>P5:</b>	Muž	38 let	22 dní
<b>P6:</b>	Žena	46 let	21 dní
<b>P7:</b>	Žena	64 let	25 dní
<b>P8:</b>	Žena	59 let	27 dní
<b>P9:</b>	Muž	39 let	27 dní
<b>P10:</b>	Muž	34 let	32 dní

### 3.3 *Sběr dat*

Výzkum byl realizován od listopadu roku 2020 do února roku 2021. Oslovila jsem pacienty v psychiatrické léčebně a domluvila si s nimi termíny rozhovorů, kde proběhl hlavní sběr dat, v jejich osobním volném čase. Samotné semistrukturované rozhovory jsem s pacienty vedla v soukromí. Rozhovor trval různě dlouhou dobu podle komunikativnosti pacientů. Délka rozhovorů trvala 8-20 minut. Dále bylo využito jídelníčků, které jsem získala od pacientů v léčbě. Také jsem s pacienty prováděla antropometrická měření, která jsem následně zapisovala. Ostatní potřebné informace o pacientech jsem získala od zdravotnického personálu a z lékařské dokumentace.

### 3.4 *Analýza dat*

Nahrávky rozhovorů z diktafonu byly pro lepší přehlednost přepsány. Tyto nahrávky jsou také společně s prepisy polostrukturovaných rozhovorů z etických důvodů uloženy v archivu autorky výzkumu. Při vyhodnocování odpovědí pacientů byl použit proces otevřeného kódování. Informace z rozhovorů s pacienty byly po důkladném přečtení vyhledány a byly k nim přiřazeny kódy, které byly následně propojeny do kategorií. Kategorie jsou v práci prezentovány ve formě tabulek.

Antropometrická měření byla zapisována, následně z údajů o váze a výšce pacientů bylo vypočteno BMI.

Data ze získaných jídelníčků byla zpracována v aplikaci Nutriservis Professional. Byl zde propočítán celkový příjem živin a makronutrientů ve stravě. Tyto výsledky byly následně porovnány s Referenčními hodnotami pro příjem živin (2019) a ©EFSA (European Food Safety Authority) Dietary Reference Values for the EU (2019). Pro srovnání je uveden optimální denní příjem vypočítaný dle Harris Benedictovy rovnice zohledněn je zde faktor onemocnění, aktivity a tělesné teploty (Zadák a Květina, 2011). K vypočtení optimálního denního příjmu živin jsem použila poměr 55 % sacharidů, 30 % tuků a 15 % bílkovin.

### **3.5 *Etika výzkumu***

Účast pacientů ve výzkumu byla dobrovolná a pacienti byli předem seznámeni se zachováním anonymity podávaných informací. Pacienti byli také předem informováni o účelu výzkumu. Souhlasy se zveřejněním informací a s právem odmítnutí jsou podepsané pacienty a uložené v archivu autorky práce. Pacienti také byli předem obeznámeni o nahrávání rozhovoru na diktafon, s čímž nikdo z nich neměl problém.

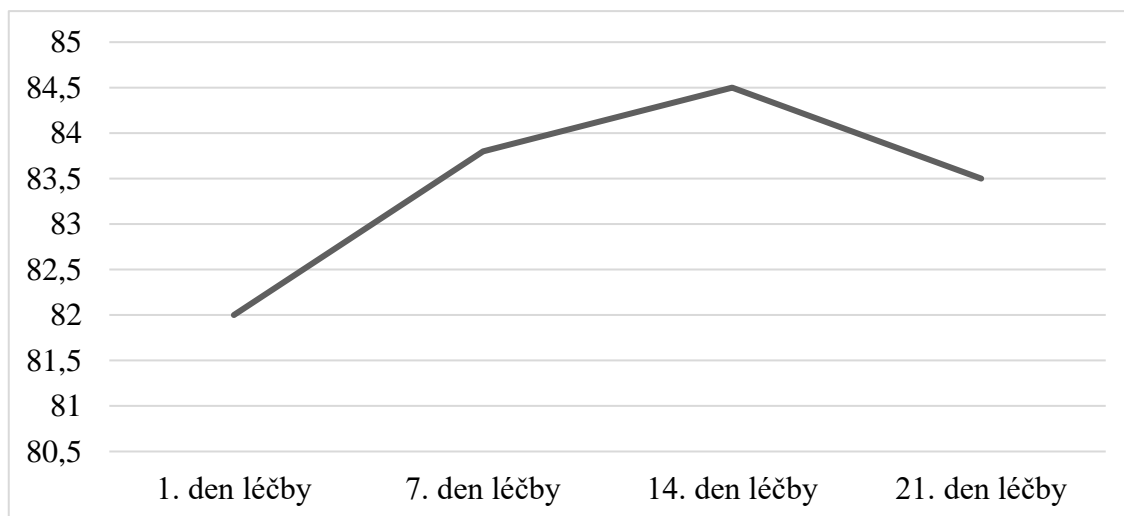
## 4 Výsledky

### 4.1 Případové studie

#### 4.1.1 Případová studie č. 1

První pacientkou (dále jen P1) je žena ve věku 41 let, pacientka žije s přítelem a má dvě dospělé děti. Pacientka při přijetí do léčby vážila 82 kg, měřila 156 cm, její BMI bylo 33,69. Nyní váží 83,5 kg a její BMI je 34,31. Tato žena se léčí se závislostí na pervitinu, který užívá už 10 let. Užívala současně s pervitinem i alkohol. Absolvovala již 22 léčeb, z toho dvakrát v Jemnici. Návykové látky začala užívat kvůli své matce, je emočně nestabilní a kompenzovala si špatný vztah s matkou drogami. Pacientka na pervitinu vždy ubere na váze, což se jí líbí. Při abstinenci jí váha roste, v poslední době to řeší projímadlem. Pacientka uvedla: „*Pít projímadlo mě naučila spolupacientka na minulé léčbě, která se léčila s bulimií. Přijde mi to super a když ho piju tak hubnu, což mi vyhovuje*“. Svoji váhu hodně řeší a není s ní spokojená, zkouší různé diety. V době aktivního užívání pervitinu pacientka nekonzumuje žádnou stravu. V době aktivního pití alkoholu vypije 2 litry vodky i více za den, což odpovídá energetickému příjmu 19000 kJ. Pacientka uvádí, že během týdne v době užívání návykové látky nekonzumuje nic jiného než alkohol či drogy. Po odeznění účinků návykové látky se dostaví abstinenční příznaky. Pacientka má nevolnosti, zvrací, nepozře ani sousto jídla. Pokaždé když nastoupila do opakované léčby, tak přibrala na váze. Za minulou léčbu pacientka přibrala 4 kg. Dohromady to dělá 25 kg, to ji velice trápí, a proto užívá projímadlo po jídle i nadále. V této léčebně má projímadlo zakázané, proto má v hlavě myšlenky jít jídlo vyzvracet, zatím tak nikdy neučinila. Zároveň si snaží hlídat porce a ke stravě z léčebny si už nic nedokupuje. Řeší svoji postavu už dlouho, není zvyklá snídat, když zrovna nebere drogy, tak se v jídle odbývá. Pacientka si na internetu hledá články o hubnutí, často drží hladovky, držela i dietu kde každý den jedla pouze jedno jablko, jeden banán a pila jablečný ocet. Nikdy nevyhledala pomoc nutričního terapeuta. Při příchodu na poslední léčbu před dvěma lety pacientka vážila 78 kg, za tři měsíce léčby přibrala na váze 4 kg. V budoucí abstinenci se chce více věnovat postupnému redukování hmotnosti a chtěla by zařadit více zeleniny a ovoce. Obrázek č. 1 ukazuje křivku hmotnosti v kg, kde pacientka v prvních dvou týdnech léčby přibrala na váze. Pacientka si v následujících dnech jedla menší porce a více se hýbala, tudíž je patrný mírný pokles hmotnosti.

Obr. č. 1: Změna hmotnosti u P1 (Zdroj: vlastní)



V ukázkovém jídelníčku P1 je patrný nedostatek zeleniny a ovoce. Doporučila bych tedy zvýšit příjem na 5 porcí denně. Pacientka nekonzumuje ovoce a zeleninu z důvodu nedostatku financí, takže se stravuje pouze ze stravy v zařízení. Podle Zlatohlávka (2019) je energetický příjem u racionální diety 9500 kJ, je tedy z jídelníčku patrné, že průměrný příjem je nižší cca o 1200 kJ. Pacientka průměrně přijímá o 7 % více tuku, než je doporučený denní příjem pro dospělého jedince (Referenční hodnoty pro příjem potravin, 2019). Strava v tomto zařízení je klasická česká kuchyně, k vaření se často využívá sádlo, máslo a zahušťuje se moukou. Průměrný denní příjem sacharidů je 45 %, což je tedy spodní hranice doporučeného denního příjmu (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Bílkovina by měla být ve stravě zastoupena v 0,8 g/kg, čemuž pacientčin průměrný příjem v dostatečné míře odpovídá (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019).

Tabulka č. 3: Ukázka z týdenního jídelníčku P1 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, tavený sýr 15 g
<b>Oběd</b>	Polévka hrachová 250 g, zapečené těstoviny 300 g, okurka nakládaná
<b>Večeře</b>	Sekaná pečeně 100 g, brambory vařené 150 g

Tabulka č. 4: Energetický příjem u P1 (Zdroj: vlastní)

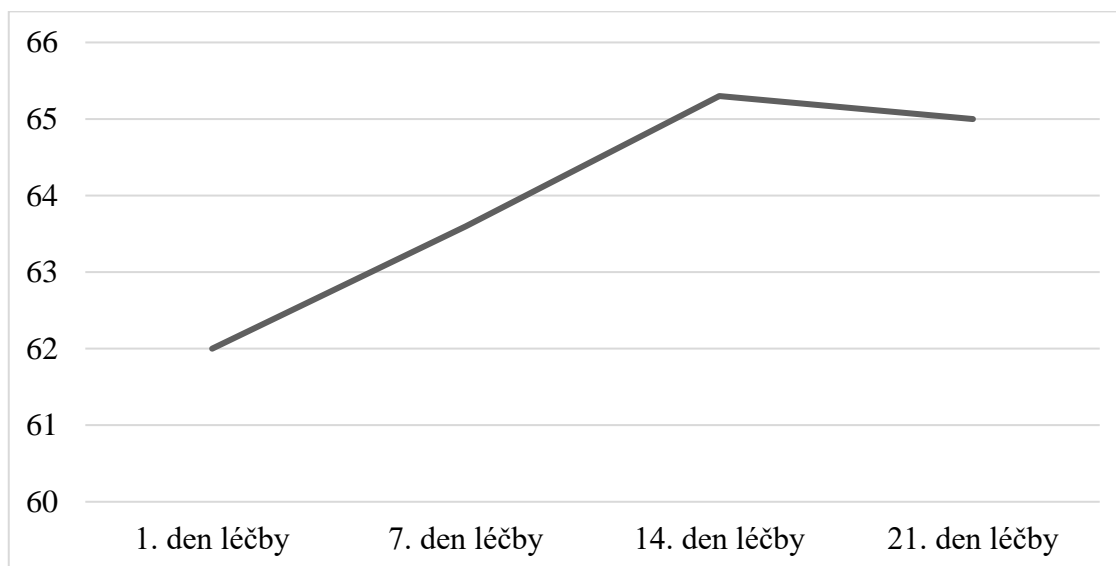
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8251,49 kJ	8405,14 kJ
<b>Bílkoviny</b>	87,08 g	74,16 g
<b>Tuky</b>	80,01 g	66,35 g
<b>Sacharidy</b>	238,71 g	271,9 g

#### 4.1.2 Případová studie č. 2

Další pacientkou (dále jen P2) je žena ve věku 42 let. Žije společně s přítelem a má malou dceru. Její hmotnost při přijetí do léčby byla 62 kg, měřila 164 cm. Její BMI bylo 23,05. Nyní je její hmotnost 65 kg, takže BMI se změnilo na 24,16. Pacientka se léčí s kombinovanou závislostí alkoholu, pervitinu a benzodiazepinů. Návykové látky začala užívat před 18 lety. Pacientka už prošla 11 léčeb, všechny zde v léčebně. Návykové látky začala užívat před 18 lety, brala to jako únik z reality. Pacientka udává jistou souvislost mezi braním drog a ubýváním na váze. V minulosti trpěla obezitou, když začala brát drogy, zjistila že hmotnost jde dolů, což viděla jako plus. Kvůli obezitě vyhledala pomoc nutriční terapeutky, když abstinovala začala docházet na pravidelné kontroly, uměla si počítat kalorie a podařilo se jí váhu zredukovat. Se svým tělem pořád nebyla spokojená, viděla na sobě každý kilogram navíc. Pacientka měla sklony k mentální anorexii. Začala experimentovat v dietách, o kterých si přečetla na internetu. Pacientka 6 měsíců jedla každý den jen jeden suchar a jedno rajče. Následně začala znovu užívat pervitin, zhubla na 47 kg. Pacientka uvedla, že došla až k myšlence: „*Po těch 6 měsících o sucharu a rajčeti jsem přestala mít pocit hladu, takže jsem došla k tomu, že se mě jídlo netýká a nepotřebovala jsem ho.*“ Pervitin si píchala denně, alkohol začala postupně přidávat, pila pivo, vodku a rum. Když byla v aktivním užívání návykové látky, vypila za den 5 piv a 0,5 l vodky, což v součtu energetického příjmu dá cca 10000 kJ. Druhý den to stejné, pocit hladu se nedostavil. Při následujících dnech droga doznívala a pacientka snědla

každý den jeden banán, protože byl dobře stravitelný. Postupně si kupovala rohlík či jiné pečivo, kterého snědla za den, vždy maximálně jeden kus. Pacientka uvedla, že při léčbě se postupně názor na její tělo měnil. V léčbě vždy něco přibrala, což si drží do teď. V léčbě se naučila jíst pravidelně a chtěla by v tom pokračovat. Při nástupu na minulou léčbu vážila pacientka 70 kg, po čtyřměsíční léčbě odcházela s váhou 71,8 kg. Pacientka nemá žádná dietní omezení, v době abstinence ráda chodí na jídla do fastfoodu. Na obrázku č. 2 je znázorněna křivka změny hmotnosti v kg, po prvních 14 dnech léčby pacientka přibírá. V následujících dnech se rozhodla pro udržení své hmotnosti.

Obr. č. 2: Změna hmotnosti u P2 (Zdroj: vlastní)



Pacientce v ukázkovém jídelníčku chybí zelenina, ovoce a mléčné výrobky. Pacientce bych tedy doporučila zvýšit příjem zeleniny na 3 porce denně a příjem ovoce na 2 porce denně. Dle Referenčních hodnot pro příjem potravin (2019) by měl činit příjem energie pro tuto ženu 7,7 MJ na den, pacientka má průměrně příjem vyšší o 1 MJ. Skutečné zastoupení tuků je o 8 % vyšší, než je doporučený denní příjem (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Dle Zlatohlávka (2019) by při racionální dietě měl být příjem bílkovin 80 g na den, pacientka tedy průměrně přijímá o necelé 2 g méně. Tuky by měly ve stravě pokrýt 30 % celkového denního příjmu, pacientčin průměrný příjem je tedy o 8 % vyšší (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Podle Referenčních hodnot pro příjem živin (2019) by měl být denní příjem sacharidů nad 50 %, v pacientově jídelníčku je průměrné zastoupení 47 %.

Tabulka č. 5: Ukázka z týdenního jídelníčku P2 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, med 8 g
<b>Oběd</b>	Polévka čočková 250 g, mletý sýrový řízek 100 g, brambory vařené 150 g, dýňový kompot 100 g
<b>Večeře</b>	Rýžová kaše 300 g

Tabulka č. 6: Energetický příjem u P2 (Zdroj: vlastní)

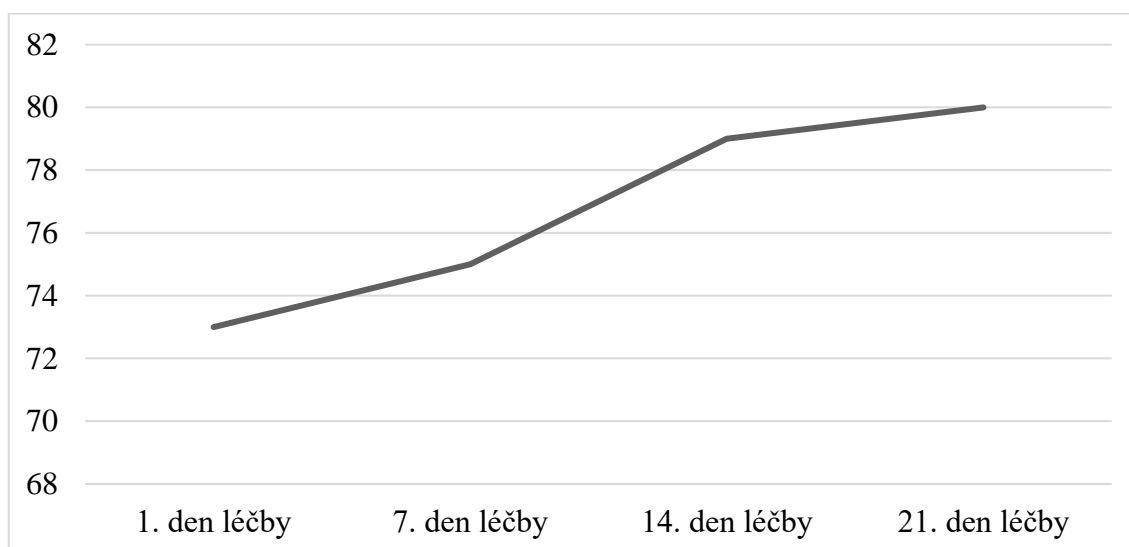
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8748,19 kJ	7500,89 kJ
<b>Bílkoviny</b>	78,33 g	66,18 g
<b>Tuky</b>	86,74 g	59,21 g
<b>Sacharidy</b>	253,11 g	242,67 g

#### 4.1.3 Případová studie č. 3

Dalším pacientem (dále jen P3) je muž ve věku 30 let. Jeho hmotnost při přijetí byla 73 kg a měřil 196 cm, jeho BMI bylo 19,00. Nyní váží 80 kg, jeho BMI se změnilo na 20,82. Pacient je bezdětný, žije s přítelkyní, není zaměstnaný a je ve špatné finanční situaci. Tento muž je závislý na pervitinu, který užívá od 19 let, dále na marihuaně, kterou užíval od 13 let, pil příležitostně i alkohol, který ho vždy spouštěl k dalšímu braní drog. Když pacient není pod vlivem návykové látky rád sportuje, aktivně se věnuje jízdě na kole, na bruslích, hraje basketbal. V době aktivního užívání pervitinu pacient pravidelně nesportuje. Pacient dodal: „*Když fetuju, tak jen sháním drogy a na basketbal nemám čas, v tu chvíli mám jiné priority.*“ Pacient začal brát drogy, když se dozvěděl, že je adoptovaný. Měl to adoptivním rodičům za zlé, vyčítal jim, že nezná své pravé rodiče. Drogy bral jako útěk z reálného života. V této léčebně byl již třikrát, prošel si i jinými

léčebnami. V poslední léčbě pacient přibral 7,6 kg za 3 měsíce pobytu v léčebně. Poté pacient abstinovat rok, váha mu vzrostla o 26 kg, s tím byl spokojený. Pacient uvádí, že v době akutního užívání marihuany měl velký hlad a jedl více než obvykle. Při užívání pervitinu to bylo jiné, neměl na jídlo čas. Návykovou látku bral vtahu několik dní. Za celý týden snědl jen jeden banán, jogurtový nápoj nebo vypil sklenici mléka. Tato strava se běžně opakovala, než nastoupil do léčby. Pacient před třemi lety užíval pervitin denně a dostal se na váhu 60 kg, vadilo mu to. Jedním z jeho cílů při abstinenci je nabýt na váze a hmotnost si dále udržovat. Pacient v léčebně cvičí, dokupuje si tvarohy a ovoce. Spíše se kvůli posilování zaměřuje na bílkoviny a ostatní makroživiny ve stravě neřeší.

Obr. č. 3: Změna hmotnosti u P3 (Zdroj: vlastní)



V pacientově jídelníčku se vyskytuje málo zeleniny a ovoce, pacient se snaží konzumovat alespoň jednu porci ovoce za den, což mu jeho finanční situace spíše nepovoluje. Zde bych tedy doporučila snažit se zvýšit příjem zeleniny a ovoce na 5 porcí denně. Pacient konzumuje tvaroh čtyřikrát v týdnu, je zde tedy i patrný nedostatek mléčných výrobků. Z jídelníčku je dále zjevný nedostatečný příjem ryb, které bych zařadila alespoň jedenkrát týdně. Dle Referenčních hodnot pro příjem živin by měl být energetický příjem živin 9,8 MJ na den, pacient tedy přijímá o 1,5 MJ méně. Zastoupení bílkovin by mělo být 0,8 g/ kg, pacientův průměrný příjem je dostačující. Tučky jsou v jídelníčku průměrně zastoupeny v 35 %, což odpovídá doporučenému dennímu příjmu 25-35 % (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Pro sacharidy je doporučené zastoupení ve stravě nad



50 %, skutečný pacientův průměrný příjem je 47 % (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019).

Tabulka č. 7: Ukázka z týdenního jídelníčku P3 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, tavený sýr 15 g, bílá káva neslazená 250 ml
<b>Oběd</b>	Polévka krupicová 250 g, vepřová pečeně 100 g, brambory vařené 150 g, mrkev dušená 150 g
<b>Svačina</b>	Banán
<b>Večeře</b>	Fazolový guláš 250 g, chléb 3 plátky

Tabulka č. 8: Energetický příjem u P3 (Zdroj: vlastní)

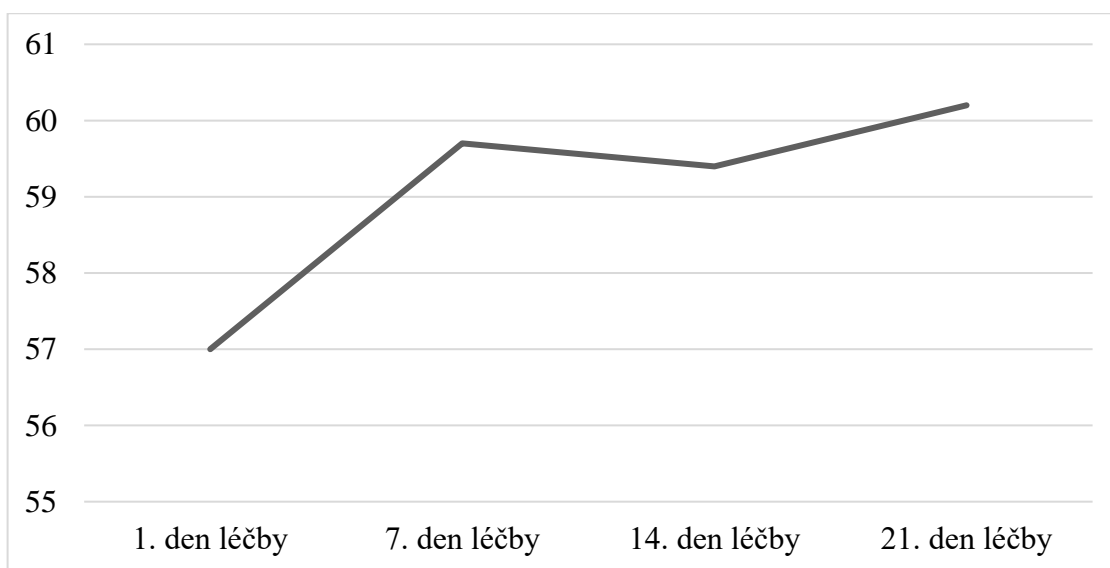
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8353,3 kJ	10541,66 kJ
<b>Bílkoviny</b>	87,93 g	93,01 g
<b>Tuky</b>	76,6 g	83,22 g
<b>Sacharidy</b>	245,59 g	341,05 g

#### 4.1.4 Případová studie č. 4

Pacientkou č. 4 (dále jen P4) je žena ve věku 40 let. Při přijetí do léčebného procesu vážila 57 kg a měřila 160 cm, její BMI bylo 22,26. Nyní pacientka váží 60,2 kg, její BMI je 23,51. Stará se o dvě děti, s manželem se rozešla. Manžel ji slovně napadal kvůli její váze, což ji velice trápilo. Na alkoholu je závislá 10 let. Postupně si začala všimnout ubytku na váze, což se jí líbilo. Pacientka v době abstinence ráda sportuje, každý den chodí na třicetiminutové procházky, posiluje nebo cvičí doma. Vaří každý den, spíše vaří

odlehčená jídla, snaží se nezahušřovat, má ráda zeleninu. Pacientka pila každý den vždy dopoledne, vypila za den 0,75 l vodky. Po několika týdnech už samotný alkohol přijímat nedokázala, takže ho zapíjela vodou. Pacientka se ve stravě hodně odbývala, vařila pro manžela a pro děti. Dopoledne měla nevolnosti, takže nesnědla nic. Odpoledne se věnovala dětem a jídlu se vyhýbala. Největší hlad měla v noci při střízlivění, vždy si vzala plátek sýra a kousek pečiva. Při dlouhodobějším užívání alkoholu cítila, že její tělo slábne a snědla jeden talíř polévky za 2 dny. Pacientka udává: „*Když piju, tak nemám potřebu jíst, myslím jen na chlást. Několikrát jsem se pozastavila nad tím, proč moje váha klesá. A zjistila jsem, že když piju vodu a nejím, tak hubnu, a to mi přišlo super.*“ Pacientka je na léčbě poprvé. Aktuální váhu by si chtěla udržet a je s ní spokojená. Nemá žádná dietní omezení, snaží se jíst zdravěji, ale dvakrát do měsíce si objedná pizzu nebo fast food. Z obrázku č. 4 je patrný nárůst hmotnosti v prvních třech týdnech léčby o 3,2 kg.

Obr. č. 4: Změna hmotnosti u P4 (Zdroj: vlastní)



Dle Zlatohlávka (2019) je denní energetický příjem živin u racionální diety 9500 kJ, pacientčin příjem je tedy o 500 kJ nižší. Pacientka přijímá ve své stravě málo zeleniny a ovoce, měla by tedy zvýšit příjem na 5 porcí denně. Z čehož 3 porce by měla tvořit zelenina a zbylé 2 porce ovoce. Dle zastoupení bílkovin v porovnání s 0,8 g/kg je pacientčin průměrný příjem dostačující (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Průměrný příjem sacharidů v jídelníčku je 45 %, což se pohybuje v doporučeném příjmu 45-60 % od ©EFSA (Dietary Values for the EU, 2019). Tuky by měly být správně

zastoupeny ve 30 %, v pacientově jídelníčku jsou v průměru zastoupeny v 39 %, což je tedy o 9 % více (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019).

Tabulka č. 9: Ukázka z týdenního jídelníčku P4 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Bábovka 150 g, bílá káva neslazená 250 ml
<b>Oběd</b>	Polévka zeleninová 250 g, vepřový vrabec 100 g, dušený špenát 150 g, knedlíky bramborové 150 g
<b>Večeře</b>	Vejce M, chléb 3 plátky, máslo 15 g

Tabulka č. 10: Energetický příjem u P4 (Zdroj: vlastní)

	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8953 kJ	7262,64 kJ
<b>Bílkoviny</b>	84,76 g	64,08 g
<b>Tuky</b>	92,71 g	57,33 g
<b>Sacharidy</b>	254,17 g	234,96 g

#### **4.1.5 Případová studie č. 5**

Dalším pacientem (dále jen P5) je muž ve věku 38 let, při přijetí do léčebny vážil 76 kg, měřil 193 cm. Pacientovo BMI bylo 20,40. Nyní je jeho hmotnost 79 kg a jeho BMI se změnilo na 21,20. Nemá děti, ani přítelkyni, pracuje v gastronomii jako kuchař. Pacient se léčí s kombinovanou závislostí na pervitinu, alkoholu, marihuaně a gamblerství. Pacient je závislý od 14 let, momentálně přišel o práci kvůli drogám. V době abstinence od návykových látek rád sportuje, cvičí a posiluje pravidelně každý den. Pacient prodělal již 5 léceb, z toho 2 v této léčebně. Při poslední léčbě přišel pacient s hmotností 76 kg. Za tříměsíční pobyt přibral na váze 11 kg. Pacient abstinovat 5 měsíců, následně začal znovu

užívat denně pervitin. Při prvních týdnech opakovaného užívání neměl chuť k jídlu, nekonzumoval žádnou stravu a o jídlo se vůbec nezajímal. Pacient dodal: „*Po několika týdnech bez jídla jsem začal cítit, jak si tělo říká o nějaké jídlo. Věděl jsem, co potřebuji, nejčastěji to byly sušenky, džusy nebo čerstvé šťávy z ovoce abych do sebe dostal hodně cukrů.*“ Pacient uvádí, že při postupném odeznívání návykové látky měl chuť na potraviny obsahující cukr. Následně začal konzumovat jeden jogurtový nápoj, banán nebo tekutou kaši za den. Snažil se sníst nějaké dobře stravitelné potraviny. Po několika měsících užívání si začal na drogu zvykat, chodil do práce a fungoval s ní. Dostavil se častější pocit hladu, takže každý den snědl teplou polévku. Pro pacienta je důležité udržet si aktuální váhu. S hmotností neměl nikdy problém, je pro něj velice důležité mít alespoň jedno teplé jídlo denně. Pacient není zvyklý večeřet, je pro něj důležitá snídaně, dopolední svačina a oběd. Pacient nemá žádné dietní omezení, také postupem času došel k myšlence: „*Já nemám žádné peníze, takže jsem došel k tomu, že jím všechno. Dřív jsem nejedl houby, rajčata nebo třeba sardinky, ale teď jsem vděčný za každé jídlo.*“ Na obrázku č. 5 je znázorněna křivka nárůstu hmotnosti v kg, pacient v prvních dvou týdnech léčby přibral 6 kg, v následujícím týdnu jeho hmotnost klesla z 82 kg na 79 kg v důsledku zhoršení psychického stavu.

Obr. č. 5: Změna hmotnosti u P5 (Zdroj: vlastní)



Pacient ve svém jídelníčku přijímá málo zeleniny a ovoce, doporučila bych tedy příjem zvýšit. Nízký je i příjem mléčných výrobků. Dle Referenčních hodnot pro příjem potravin (2019) by měl příjem energie činit 9,8 MJ na den. Skutečný průměrný příjem byl však

o 1,5 MJ nižší. Doporučený denní příjem bílkovin je 0,83 g/kg, reálný průměrný příjem 71 g při pacientově hmotnosti je tedy považován za dostatečný. Sacharidy by měly zaujímat více než 50% přijaté energie, jejich reálné průměrné zastoupení v týdenní jídelníčku je 48 % (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Tuky by měly být přijaty v 30 %, průměrně pacient za týden přijal 37 % (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Zařízení využívá k přípravě většiny hlavních jídel sádlo, máslo je také na denním pořádku k snídani, popřípadě k večeři.

Tabulka č. 11: Ukázka z týdenního jídelníčku P5 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, džem broskvový 30 g
<b>Oběd</b>	Polévka špenátová 250 g, smažený karbanátek 100 g, brambory vařené 150 g, salár okurkový 100 g
<b>Večeře</b>	Salámová pomazánka 100 g, chléb 3 plátky

Tabulka č. 12: Energetický příjem u P5 (Zdroj: vlastní)

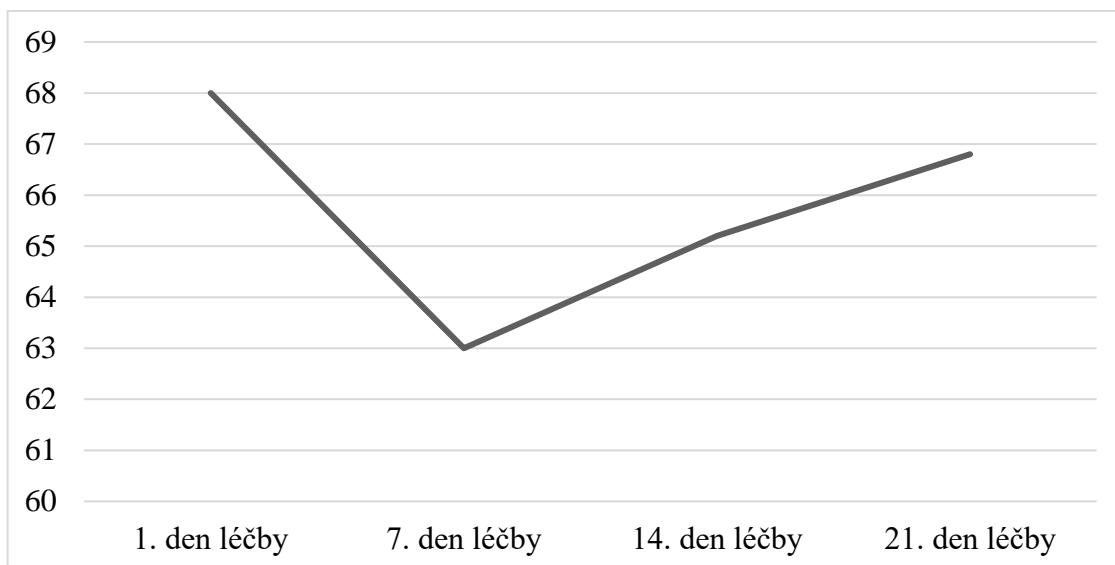
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8328,98 kJ	10092,8 kJ
<b>Bílkoviny</b>	71,89 g	89,05 g
<b>Tuky</b>	80,85 g	79,67 g
<b>Sacharidy</b>	249,59 g	326,53 g

#### 4.1.6 Případová studie č. 6

Další pacientkou (dále jen P6) je 46letá žena, při přijetí do léčby vážila 68 kg a měřila 155 cm, její BMI bylo 28,30. Nyní pacientka váží 66,8 kg a její BMI je 27,80. Pacientka má invalidní důchod a dříve pracovala jako kuchařka v nemocnici. Je závislá na alkoholu

již od 33 let. V této léčebně je již po druhé, dvakrát navštívila i jiné zařízení. Pacientka si nikdy nespojila užívání alkoholu kvůli své hmotnosti, váha jí nikdy nevadila a není pro ni důležitá. Pacientka pije hlavně víno, vypije až 3 l denně, k tomu někdy kombinuje i tvrdý alkohol, zejména vodku či rum. Pacientka uvádí, že se stravovala více méně normálně. Chutě na jídlo měla pořád stejné, vařila doma obědy pro přítele. Ráno měla nevolnosti, takže do sebe žádnou stravu nedostala. Potřebovala si udržovat hladinu alkoholu v krvi, takže pila hned v poledne a pokračovala až do večera. Na oběd pacientka snědla talíř polévky, většinou vařila bramborovou, gulášovou nebo vývar. Na večeři se většinou odbyla nějakým pečivem se šunkou, tvrdým sýrem nebo paštikou. Pacientka dále uvedla: „*Zeleninu nebo ovoce jsem nejedla vůbec, stejně tak i jogurty nebo jiný mléčný výrobky. Spíš jsem jedla takový rychle připravený jídla, abych měla čas na pití alkoholu.*“ Pacientka má špatné jaterní výsledky, takže má od lékaře nakázanou dietu č. 4, zde v léčebně tuto dietní stravu pacientka dodržuje a nedokupuje si žádné potraviny navíc. Dále také uvedla, že dietně doma vařila jen někdy. Spíše se snažila o rychlá jídla a svoji dietu neřešila. Před dvěma lety měla pacientka při nástupu do této léčebny 62 kg. Následně po třech měsících léčby odcházela s hmotností 67 kg. Pacientka v současné třítydenní léčbě ubírala na váze z důvodu středně těžkého průběhu nemoci Covid-19, pacientka nastoupila do léčby s váhou 68 kg a následkem nevolnosti a nechuti při nemoci zhubla 5 kg. Pacientka se již stravuje pravidelně, nemá žádné problémy a při dietě se cítí lépe. Na obrázku č. 6 je patrný úbytek hmotnosti, který je následkem těžkého průběhu nemoci. Po následném vyléčení této nemoci pacientka začala na váze přibírat.

Obr. č. 6: Změna hmotnosti u P6 (Zdroj: vlastní)



Dle Zlatohlávka (2019) by dieta č. 4 měla obsahovat 9500 kJ, pacientčin průměrný příjem energie je o 900 kJ nižší. Tuky jsou průměrně zastoupeny v 75 g, ovšem měly by být zastoupeny pouze v 55 g. Jak je tedy patrné pacientka průměrně přijímá o 20 g tuků za den více. Tento propočít by tedy mohl být v léčebně přínosem pro úpravu jídelníčků. Zastoupení bílkovin vzhledem k věku by mělo být 0,8 g/kg, reálný průměrný příjem 88 g je považován za dostačující (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). sacharidy by měly zaujímat 45-60 % přijaté energie, pacientčin průměrný příjem v týdenním jídelníčku je 50 % (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019).

Tabulka č. 13: Ukázka z týdenního jídelníčku P6 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Vánočka 150 g, bílá káva neslazená 250 ml
<b>Oběd</b>	Polévka hovězí vývar s těstovinou 250 g, vepřové maso dušené 100 g, svíčková omáčka 150 g, knedlík houskový 120 g
<b>Večeře</b>	Sardinky v tomatě 90 g, rohlík 3 ks

Tabulka č. 14: Energetický příjem u P6 (Zdroj: vlastní)

	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8663,7 kJ	7402,59 kJ
<b>Bílkoviny</b>	88,4 g	65,31 g
<b>Tuky</b>	74,94 g	58,44 g
<b>Sacharidy</b>	271,2 g	239,49 g

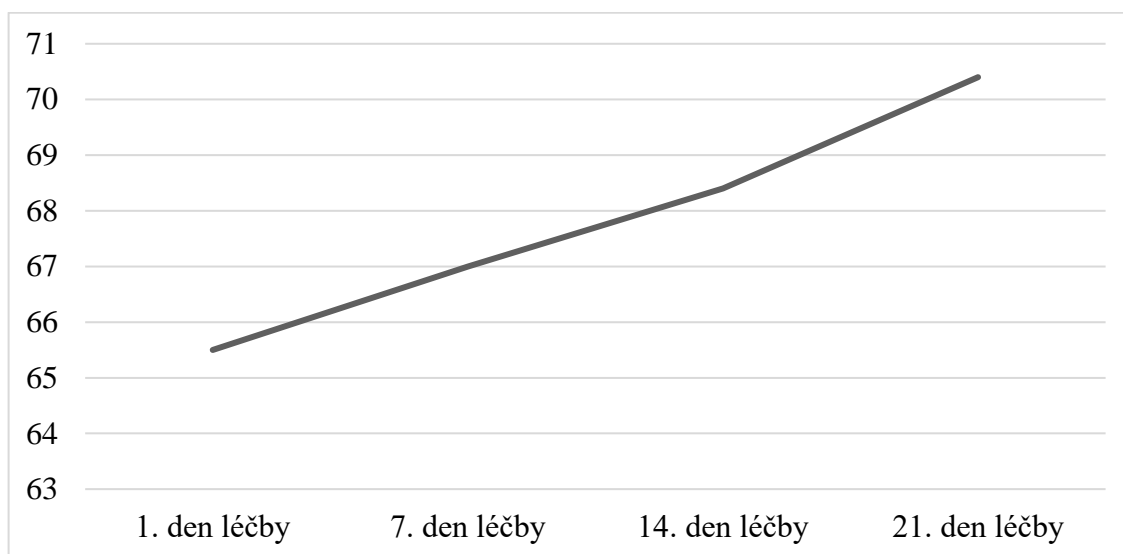
#### 4.1.7 Případová studie č. 7

Další pacientkou (dále už jen P7) je žena ve věku 64 let. Pacientka při přijetí na léčbu vážila 65,5 kg a měřila 164 cm, její BMI bylo 24,35. Nyní pacientka váží 70,4 kg a její BMI se změnilo na 26,17. Pacientka je v důchodu, žije s manželem. Má pravidelný pohyb, chodí každý den na procházky se psem. Je závislá na alkoholu už 13 let. Pacientka je již na třetí léčbě zde v zařízení. Primárním důvodem užívání alkoholu byly emoční potíže, jako další důvod pití alkoholu uvádí i svoji váhu. Pacientka nebyla spokojena se svojí váhou, věděla že když bude pít, tak na váze ubere. V období abstinence pacientka přibrala na váhu 100 kg, to ji velice trápilo. Držela různé diety, o kterých se dočetla v časopisech, efekt byl ale opačný a po každé přibrala více než ubrala. Pacientka dodala: „Mám k dietám sklony, jenže pak jsem po každé z nich nabrala dvakrát víc, než jsem dokázala shodit, tak jsem to raději dál řešila alkoholem. Ten fungoval pořád a vždy jsem u pití hubla.“ Pacientka v době aktivního užívání alkoholu spíše nejedla, po ránu měla nechutenství, které někdy trvalo i celý den. V odpoledních hodinách začala pít, většinou tak 1 l vodky, což pokračovalo až do večera. Některé dny se dostavil pocit hladu, který ovšem pacientka zapila alkoholem. K večeři si dala krajíc chleba se sýrem. Což bylo její jediné jídlo za den. Pacientce byla indikována dieta č. 9 z důvodu vysoké glykémie. Pacientka si píchá inzulín, dietu nikdy nedodržovala. Doma se stravuje normálně, sladká jídla má ráda a často svačí sušenky. V léčebně dietu dodržuje, nepije sladké limonády, na které byla i doma zvyklá. Na poslední léčbu nastoupila pacientka s váhou 73 kg, v léčebně



se stravovala pravidelně a její hmotnost vystoupala o 14,7 kg za čtyři měsíce pobytu v léčbě. Pacientka přiznává, že v té době jedla hodně sušenek, pila i sladké limonády, kávu i čaj si sladila dvěma lžičkami cukru a jedla mnohem větší porce, než by měla. Z obrázku č. 7 je patrná stoupající hmotnost v kg. Pacientka od začátku léčby přibrala 4,9 kg.

Obr. č. 7: Změna hmotnosti u P7 (Zdroj: vlastní)



V pacientčině jídelníčku najdeme 2 porce ovoce denně, ovšem žádnou porci zeleniny. Příjem porcí ovoce bych zanechala a zeleninu zvýšila na 3 porce denně. Zlatohlávek (2019) uvádí denní příjem energie pro diabetickou dietu 9000 kJ, pacientka průměrně přijímá 9500 kJ. Zastoupení bílkovin by mělo odpovídat 85 g na den, čemuž pacientčin průměrný příjem v týdenním jídelníčku odpovídá. Dle referenčních hodnot pro příjem živin (2019) by měly být tuky v doporučeném denním příjmu zastoupeny v 30 %, pacientka průměrně přijímá 105 g tuku, což je tedy o 12 % více. Podle Zlatohlávka (2019) by měl příjem sacharidů při této dietě být 275 g, pacientčin průměrný příjem v týdenním jídelníčku je 263 g.

Tabulka č. 15: Ukázka z týdenního jídelníčku P7 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Chléb 2 plátky, máslo 15 g, tavený sýr 15 g, jablko
<b>Oběd</b>	Polévka květáková 250 g, boloňské špagety 300 g
<b>Večeře</b>	Francouzské brambory 300 g
<b>2. večeře</b>	Chléb 1 plátek, dia jahodový džem 30 g, jablko

Tabulka č. 16: Energetický příjem u P7 (Zdroj: vlastní)

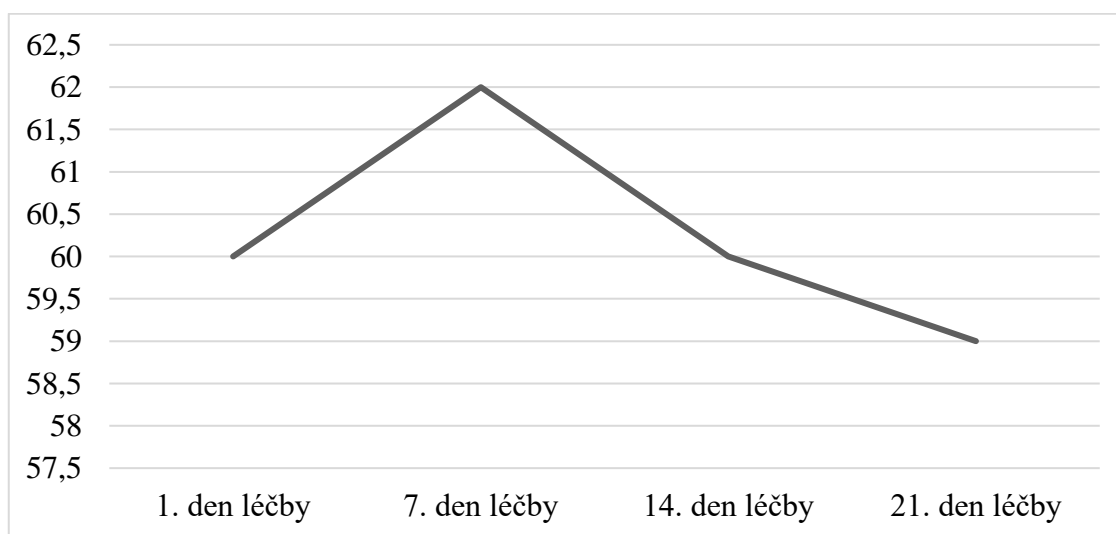
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	9543,12 kJ	7223,26 kJ
<b>Bílkoviny</b>	84,82 g	63,73 g
<b>Tuky</b>	105,65 g	57,02 g
<b>Sacharidy</b>	263,78 g	233,69 g

#### **4.1.8 Případová studie č. 8**

Osmou pacientkou (dále jen P8) je žena ve věku 59 let, při přijetí vážila 60 kg a měřila 168 cm, její BMI bylo 21,25. Nyní je její hmotnost 59 kg a BMI se změnilo na 20,90. Pacientka žije sama, má dvě dospělé děti, se kterými se moc často nestýká. Pacientka je závislá na alkoholu již 25 let. Hlavním důvodem byl potrat a následný rozvod. Pacientce byla v 16 letech diagnostikována mentální anorexie. Pacientka si pečlivě hlídala velikosti porcí jídla za den. Pravidelně posilovala, někdy i 3 hodiny denně. Po každém jídle si kalorie vyčítala, držela hladovky. Dostala se až na váhu 40 kg, kdy při své výšce měla BMI 14,17. Skončila v nemocnici na infuzích, kde ji byla poskytnuta odborná lékařská pomoc. Pacientka uvádí, že jisté problémy související s mentální anorexií u ní přetrvávají. Neustále si hlídá kalorie, vidí jako velký problém při abstinenci nabrání na váze.

Pacientka zvládla sama abstinovat 2 roky, poté odjela na dovolenou s přítelem, na dovolené se přejídala. Přibrala 8 kg za dva týdny, měla v hlavě myšlenky na vyzvracení jídla, což ale neuskutečnila. Pacientka po návratu z dovolené potřebovala ubrat na svoji původní váhu, takže začala pít alkohol. Pacientka dále uvedla: „*Věděla jsem, že když začnu pít, tak tím začnu i hubnout. To mi vyhovovalo a pokaždé když jsem přibrala jsem tímto způsobem řešila redukci váhy.*“ V době aktivního užívání alkoholu pacientka vypila 1 l vodky, po čase začala pít krabicové víno. Pacientka uvádí, že zprvu jí stačily 2 litry, následně měla větší chuť a když měla do zásoby nakoupeno více krabic, vypila i 4 litry. Pacientka měla nevolnosti, takže do sebe moc stravy nedostala, zároveň se po nějakém čase dostavil pocit hladu. Řešila ho krabičkou pochoutkového či vlašského salátu a jedním kouskem pečiva. Celý den si pak kalorie z této stravy vyčítala. Pacientka uvádí, že když k ní dcera přišla na oběd, tak jí to nebylo příjemné. Pacientka také dodala: „*Kalorie, které jsem přijmula z oběda pro mě byly navíc, a to byl akorát další důvod k pití alkoholu. Neměla jsem důvod pití zastavit, když váha šla dolů.*“ Prošla si procesem léčení již pětkrát, z toho je zde v léčebně po druhé. Při příchodu na poslední léčbu vážila 56 kg, v průběhu jí váha kolísala na 59 kg, což na sobě cítila a začala si jídlo hlídat a kalorie znovu počítat. Pacientka zkoušela různé diety, často hladověla což mělo jako následek následné přejídání. Z křivky změny hmotnosti je na obrázku č. 8 patrný úbytek na váze, pacientka si hlídá porce a snaží se mít více pohybu.

Obr. č. 8: Změna hmotnosti u P8 (Zdroj: vlastní)



Pacientka nepřijímá žádné ovoce ani zeleninu, doporučila bych tedy konzumovat 2 porce ovoce a 3 porce zeleniny za den. Pacientka by dle Referenčních hodnot pro příjem živin

(2019) měla přijmout za den 7,1 MJ energie, její skutečný průměrný příjem je tedy o 1,3 MJ vyšší. Zastoupení tuků je 76 g a je tedy dostatečné, pohybuje se v doporučeném denním příjmu 25-35 % (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Doporučené zastoupení bílkovin je 0,8 g/kg, z průměru příjmu za týden je tedy patrný dostačující příjem. Průměrný příjem sacharidů 259 g je dle doporučeného denního příjmu 45-60 % splněn (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019).

Tabulka č. 17: Ukázka z týdenního jídelníčku P8 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, vejce M
<b>Oběd</b>	Polévka česneková 250 g, mexický guláš 250 g, rýže dušená 150 g
<b>Večeře</b>	Čočka na kyselo 250 g, chléb 3 plátky, vejce M

Tabulka č. 18: Energetický příjem u P8 (Zdroj: vlastní)

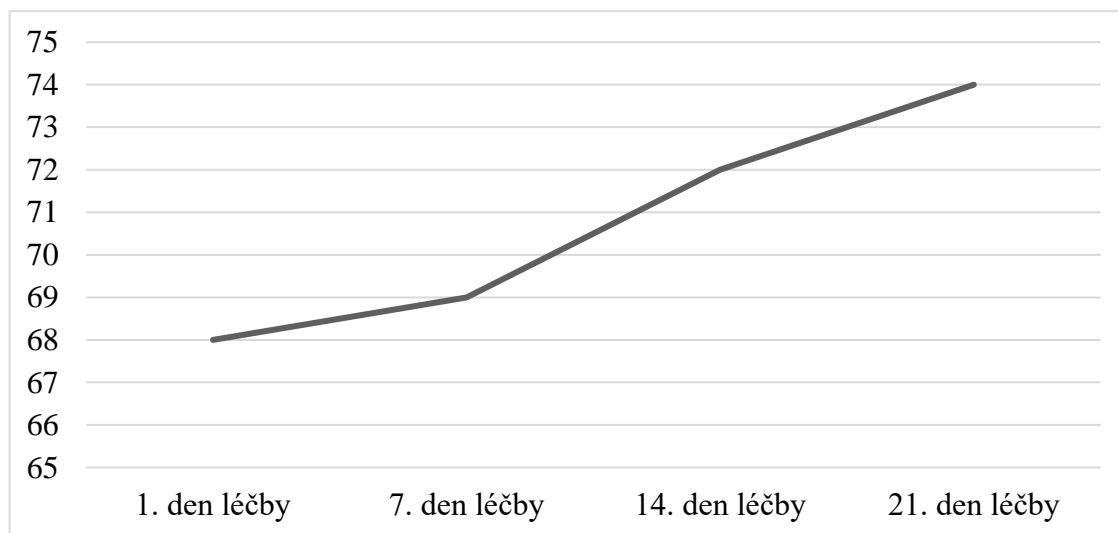
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8498,01 kJ	6814,61 kJ
<b>Bílkoviny</b>	85,14 g	60,12 g
<b>Tuky</b>	76,62 g	53,79 g
<b>Sacharidy</b>	259,49 g	220,47 g

#### **4.1.9 Případová studie č. 9**

Předposledním pacientem (dále jen P9) je muž ve věku 39 let. Při přijetí do léčby měřil 180 cm a vážil 68 kg, jeho BMI bylo 20,98. Nyní pacient váží 74 kg, jeho BMI je 22,83. Pacient se nachází v těžké životní situaci, přišel kvůli drogám o práci i o bydlení. Léčí se z kombinované závislosti na pervitinu, benzodiazepinech, alkoholu a marihuany. Pacient je závislý 23 let, hlavním důvodem užívání byla zábava a zapadnutí do společnosti.

Pacient prodělal 2 léčby v tomto zařízení, dalších 14 procesů léčby postoupil v ostatních zařízeních po České republice. Pacient užíval návykové látky vtahu několik týdnů, na pervitinu neměl potřebu jíst. Neměl žádné jiné zájmy než kde sehnat drogy. Svoji váhu hodně řešil, chtěl na léčbě přibrat, to se mu povedlo. Na poslední léčbě pacient za tříměsíční léčbu přibral 8,5 kg. Při odchodu z léčebny vážil 78,5 kg, s touto hmotností byl spokojený. Následně začal drogy opakovaně užívat a váhu si nedokázal udržet. V době akutního užívání pervitinu a benzodiazepinů pacient nekonzumoval stravu několik dní. Po delším nepozření stravy se dostával pocit slabosti a hladu, tak snědl jeden banán. Takto to většinou fungovalo několik měsíců za sebou. Pacient měl spíše problémy s ubýváním na váze, což je taky jedna z motivací k abstinenci. Udává: „*Byl jsem několikrát na léčbě, kdy mladý holky braly pervitin kvůli tomu, aby zhubly. Přišlo mi to divný, ale když jsem se nad tím pak zamyslel, tak mi došlo že to tak fakt funguje.*“ Pacient v současné době v léčebně posiluje, kupuje si navíc ke stravě nízkotučné bílé jogurty. Jsou pro něj důležité bílkoviny ve stravě a chce se nadále na cvičení soustředit. Křivka hmotnosti (uvedená v kg) na obrázku č. 9 stoupá, což tedy znamená pacientovo zvýšení hmotnosti. Hmotnost se navýšila o 6 kg za tři týdny léčby.

Obr. č. 9: Změna hmotnosti u P9 (Zdroj: vlastní)



Pacient má, jak je vidět na jídelníčku, nedostatečný příjem zeleniny a ovoce. Pacient každý den konzumuje mléčné výrobky. Průměrný příjem sacharidů 246 g odpovídá spodní hranici ze 45-60 % doporučeného denního příjmu (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Pacientův energetický příjem by měl být 9,8 MJ za den, jeho skutečný průměrný příjem je 8,5 MJ. Denní příjem bílkovin je stanoven na 0,8 g/kg. Průměrný

příjem dle týdenního jídelníčku je tedy dostačující (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Tuky jsou obsaženy v nadměrném množství. Místo doporučených 30 % z celkové energie se příjem pohybuje okolo 38 % (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019).

Tabulka č. 19: Ukázka z týdenního jídelníčku P9 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, med 8 g, bílá káva neslazená 250 ml
<b>Oběd</b>	Polévka pórková 250 g, vepřové rizoto 300 g, červená řepa sterilovaná 100 g
<b>Svačina</b>	Jogurt bílý nízkotučný 150 g, vločky 20 g
<b>Večeře</b>	Krupicová kaše 300 g

Tabulka č. 20: Energetický příjem u P9 (Zdroj: vlastní)

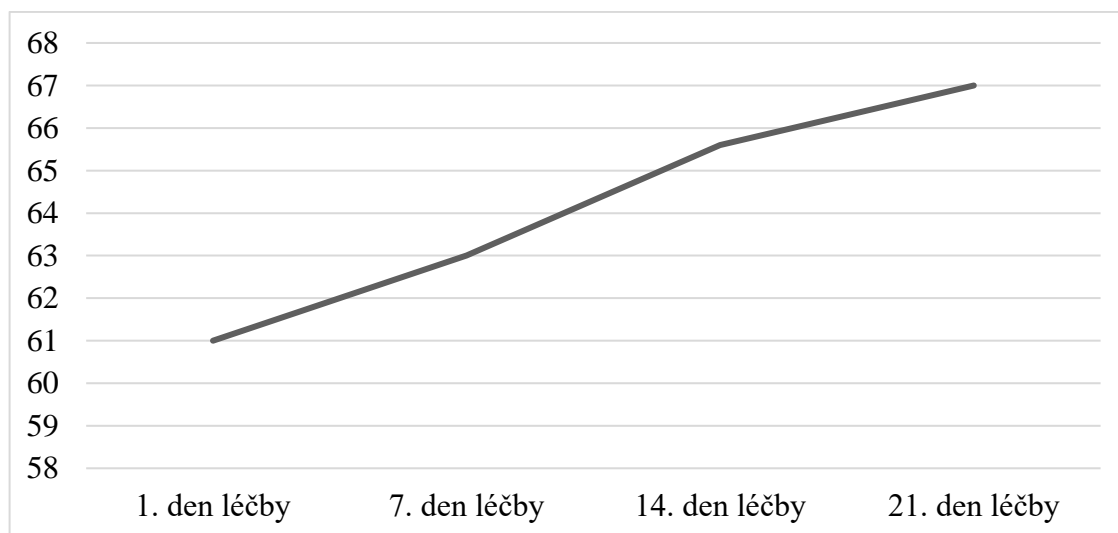
	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	8528,59 kJ	9330,84 kJ
<b>Bílkoviny</b>	84,21 g	82,33 g
<b>Tuky</b>	85,53 g	73,66 g
<b>Sacharidy</b>	246,63 g	301,88 g

#### **4.1.10 Případová studie č. 10**

Posledním pacientem (dále už jen P10) je 34letý muž. Při přijetí do léčebny pacient vážil 61 kg a měřil 175 cm, jeho BMI bylo 19,91. Nyní váží 67 kg a jeho BMI se změnilo na 21,87. Pacient začal užívat návykové látky z důvodu zapadnutí do společnosti a víkendového povyražení. Léčí se z kombinované závislosti na alkoholu, pervitinu a benzodiazepinů. Pacient užívá pervitin od 17 let, následně začal kombinovat s alkoholem a rivotriem. Pije převážně pivo a tvrdý alkohol. Pacient vypije za den 15 piv

a 1 litr rumu nebo whisky. Pacient nesnídá, chodí do práce v brzkých ranních hodinách, takže si raději pospí a na snídani nemá čas. Pacient vždy řešil svoji váhu, chtěl nabrat na hmotnosti, což se mu při aktivním užívání drog nedařilo. Vyhledal pomoc nutričního terapeuta, ale nedodržel žádný jídelníček. Je hodně vybíravý, a proto je pro něj těžké držet se daného naplánovaného jídelníčku. Pacient nejí syrovou ani tepelně zpracovanou zeleninu. Uvádí nevolnosti a zvracení po zelenině, ovoce mu problém nedělá, ale spíše ho nevyhledává. Má rád fastfoody, nechce se jich vzdát. Pacient v době akutního užívání alkoholu a pervitinu nekonzumuje žádnou stravu, nemá pocit hladu. Pacient dále uvádí: „Před nástupem do léčby jsem nejedl nic 30 dní, byl jsem živý jen z vody, alkoholu a pervitinu. Jako tělo postupně sláblo a propadalo se, ale ani to mě nezastavilo.“ Pacient rád hraje fotbal, dříve dělal atletiku. Pohyb je pro něj důležitý, je hyperaktivní a potřebuje ze sebe přes den vydat co nejvíce energie. Pacient při příchodu do poslední léčby vážil 65 kg, za dvouměsíční pobyt přibral na 69 kg. V budoucí abstinenci je pro pacienta důležité udržení hmotnosti. Z obrázku č. 10 je podle křivky hmotnosti v kg patrný nárůst. Pacient od začátku léčby přibral na váze 6 kg.

Obr. č. 10: Změna hmotnosti u P10 (Zdroj: vlastní)



Pacient má ze zeleniny zažívací potíže, zvrací z ní. Snaží se přijmout alespoň nějaký salát, což se mu ve většině času nedaří. Doporučila bych i zařazení ryb do jídelníčku, které by měly být dle současných doporučení přijímány jednou až dvakrát týdně (Stránský, Pechan, Radomská, 2019). Skutečný průměrný příjem energie je 9,2 MJ je téměř totožný s doporučeným denním příjmem 9,8 MJ (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Doporučený denní příjem tuků je stanoven na 25-35 % energie, jídelníček s průměrným

příjem 35 % toto dostatečně splňuje (©EFSA Dietary Values for the EU, 2019). Sacharidy by měly tvořit největší část, nad 50 % z energetického příjmu (Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019). Pacientův průměrný týdenní příjem je 50 %.

Tabulka č. 21: Ukázka z týdenního jídelníčku P10 (Zdroj: vlastní)

<b>Snídaně</b>	Rohlík 2 ks, máslo 15 g, broskvový džem 30 g
<b>Oběd</b>	Polévka zeleninová 250 g, jitrnice 150 g, brambory vařené 150 g, zelný salát 100 g
<b>Večeře</b>	Tvarohová pomazánka 100 g, chléb 3 plátky

Tabulka č. 22: Energetický příjem u P10 (Zdroj: vlastní)

	<b>Týdenní jídelníček (průměr)</b>	<b>Optimální denní příjem</b>
<b>Energetický příjem</b>	9208,86 kJ	8856,5 kJ
<b>Bílkoviny</b>	79,69 g	78,14 g
<b>Tuky</b>	85,16 g	69,91 g
<b>Sacharidy</b>	281,2 g	286,53 g

#### **4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty**

Data pro výzkum byla získána formou polostrukturovaného rozhovoru. V průběhu naší konverzace vyplynulo spousta zajímavých témat a dalších otázek. Pacienti mužského pohlaví odpovídali na otázky strozeji, měli jednoduché odpovědi a celkový čas rozhovoru trval kratší dobu. Zatímco pacientky ženského pohlaví měly delší odpovědi, více nad otázkami přemýšlely a samy dávaly podněty k dalším otázkám.



### Otázka č. 1: Byl důvod užívání návykové látky spojen s vaší hmotností?

Nad touto otázkou se všichni pacienti zamysleli, polovině z nich přijde tato spojitost reálná a setkali se s ní (konkrétně P1, P2, P4, P7 a P8). Obzvláště P7 a P8 začali znovu užívat návykovou látku kvůli redukci hmotnosti, z předchozích zkušeností usoudili, že to funguje. Po delší době abstinence začali na váze spíše přibírat, takže to přispělo k opakovanému porušení abstinence. Pacientka č. 8 dále uvedla: „*Já jsem věděla, že když začnu pít alkohol, tak tím zhubnu, což mojí abstinenci nijak nepřispělo, tak jsem do toho zase spadla.*“. P1 společně s P2 jako primární důvod redukce hmotnosti neuvádějí užívání alkoholu, ale rozhodně úbytek na váze registrovali a brali to jako výhodu. P1 a P9 se v jiných léčebnách setkali s ženami, které kvůli nespokojenosti se svojí hmotností začali užívat pervitin. Dva pacienti (P5 a P6) nikdy tato spojitost nenapadla, tudíž jejich důvod užívání návykových látek neměl nic společného s redukcí hmotnosti. Naopak tři pacienti (P3, P9 a P10) si úbytek hmotnosti velice dobře uvědomují, ale jsou za něj neradi a tento účinek drog jim vadí.

Tabulka č. 23: Byl důvod užívání návykové látky spojen s vaší hmotností? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Ano, ale ne primární důvod
<b>P2</b>	Ano, ale ne primární důvod
<b>P3</b>	Ne, naopak mu vadí úbytek hmotnosti
<b>P4</b>	Ne, s hmotností je spokojená
<b>P5</b>	Ne
<b>P6</b>	Ne
<b>P7</b>	Ano, byl to jeden z hlavních důvodů
<b>P8</b>	Ano, byl to jeden z hlavních důvodů
<b>P9</b>	Ne, naopak mu vadí úbytek hmotnosti
<b>P10</b>	Ne, naopak mu vadí úbytek hmotnosti

### Otázka č. 2: Co v současné době vnímáte ve stravě jako důležité a při užívání návykové látky jste to neměl?

Čtyři pacienti (konkrétně P1, P2, P4 a P10) vidí jako důležitou ve stravě pravidelnost, v době aktivního užívání drogy jim jakákoliv pravidelná konzumace stravy chyběla. Pro P8 je nejpodstatnější hlídání kalorií a zároveň jíst vícekrát denně menší porce, což jako

důležité uvádí také P2. Příjem ovoce a zeleniny je také velice důležitý, na čemž se shoduje P3, P4 a P9. Jako velice významnou část stravování považuje P6, P7 a P10 snídani. V době aktivního užívání návykových látek měli ráno nevolnosti následkem střízlivění, takže do sebe po ránu žádnou stravu nedostali. Zde v léčebně mají každý den snídani ve stejný čas, a to jim vyhovuje. Pro P3 a P5 je zásadní alespoň jeden teplý pokrm denně. Pacient č. 9 dále dodal: „*Když jsem fetoval, nejedl jsem nic, nebo jsem do sebe dostal jeden jogurtový nápoj, proto je pro mě teď hlavní mít alespoň jedno teplé jídlo za den.*“

Tabulka č. 24: Co v současné době vnímáte ve stravě jako důležité a při užívání návykové látky jste to neměl? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Pravidelnost, hlavně snídaně
<b>P2</b>	Pravidelnost
<b>P3</b>	Zelenina a ovoce, teplé obědy a večeře
<b>P4</b>	Zelenina a ovoce, pravidelnost
<b>P5</b>	Teplé obědy a večeře
<b>P6</b>	Snídaně
<b>P7</b>	Snídaně
<b>P8</b>	Hlídat si kalorie, pravidelnost
<b>P9</b>	Zelenina a ovoce, přísun bílkovin
<b>P10</b>	Snídaně, pravidelnost

### **Otázka č. 3: Máte nějaké dietní omezení? Je ve stravě něco, co vám dělá problémy?**

Většina pacientů nemá žádné dietní omezení, pouze dva pacienti (P6 a P7) mají v léčebně indikovanou dietu. Konkrétně pacientka č. 6 má od lékaře stanovenou dietu č. 4, tato pacientka uvádí: „*Mám špatné jaterní výsledky následkem pití alkoholu, proto musím držet dietu. Doma jsem se občas snažila dietně uvařit, ale spíše jsem se odbývala. To až tady v léčebně tuto dietu plně dodržuji a od lékaře vím, že ji budu muset poctivě držet i doma.*“ P7 si píchá inzulin a musí se stravovat dle diety č. 9, kterou při pití alkoholu rozhodně nedodržovala. Pacientka po stanovení této diety přestala pít sladké limonády a přestala sladit kávu a čaj, ovšem pacientka také dodala: „*No hořký kafe a čaj mi nevadí, ale čeho se nedokážu vzdát, jsou sušenky a oplatky. Někdy si dám diabetický, ale spíše mi chutná ten klasický s cukrem. Doma jsem tuto dietu nedržela vůbec, ale až budu*

*abstinovat, chci v ní poctivě pokračovat.*“ P10 uvedl, že má zažívací problémy a zvrací po zelenině, vadí mu syrová i tepelně zpracovaná.

Tabulka č. 25: Máte nějaké dietní omezení? Je ve stravě něco, co vám dělá problémy?  
(Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Ne
<b>P2</b>	Ne
<b>P3</b>	Ne
<b>P4</b>	Ne
<b>P5</b>	Ne
<b>P6</b>	Ano, dieta č. 4
<b>P7</b>	Ano, dieta č. 9
<b>P8</b>	Ne
<b>P9</b>	Ne
<b>P10</b>	Zelenina mu způsobuje nevolnosti a zvracení

#### **Otázka č. 4: Dodržujete pitný režim? Je pro vás pitný režim podstatný?**

Pro všechny pacienty je pitný režim důležitý a během abstinence se ho snaží dodržovat. Čtyři pacienti (P4, P6, P7 a P8) pijí jen čistou vodu a neslazený čaj. Dokonce pacientka č. 8 uvedla: *„Kdyby mi kdokoliv osladil čaj, tak to vyplivnu, a ještě to беру jako zradu, protože mi někdo chtěl tajně podstrčit kalorie navíc.“* Další čtyři pacienti (konkrétně P1, P3, P5 a P9) nemají vodu rádi, pitný režim dodržují pomocí slazených limonád. Voda jim nechutná, když nemají slazenou limonádu, používají sladký sirup do vody. Pacientka č. 2 uvedla: *„Další věc, na které jsem závislá je Coca-cola zero, myslím že kvůli tomu kofeinu. Vypiju za den 2 litry. Když ji nemám jsem dost podrážděná.“* Pacient č. 10 pije jen Coca-colu, normální voda mu nechutná. P10 dále dodal: *„Když jsem se napil vody, měl jsem po ní pocit sucha v ústech a divnou pachut', nic mi to nedává. Žádný osvěžení, prostě divná tekutina vez chuti.“*

Tabulka č. 26: Dodržujete pitný režim? Je pro vás pitný režim podstatný? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Slazená limonáda, 1-2 litry/den
<b>P2</b>	Coca-cola zero, 2 litry/den
<b>P3</b>	Slazená limonáda, 3,5-4 litry/den
<b>P4</b>	Voda, 3-4 litry/den
<b>P5</b>	Slazená limonáda, 2 litry/den
<b>P6</b>	Voda, neslazený čaj, 2 litry/den
<b>P7</b>	Voda, 1,5 litru/den
<b>P8</b>	Voda, neslazený čaj, 1 litr/den
<b>P9</b>	Slazená limonáda, 1,5 litru/den
<b>P10</b>	Coca-cola, 2,5 litru/den

#### **Otázka č. 5: Berete nějaké doplňky stravy?**

Dva pacienti (P1 a P8) žádné doplňky ani vitaminy neužívají, přijde jim to zbytečné. Většina pacientů užívá nějaké doplňky stravy, především vitaminy. Pacienti začali svoji stravu doplňovat o vitaminy až v době abstinence. V době aktivního užívání návykových látek se o doplňování nezajímali a nepřišlo jim to důležité, jejich názor se změnil při abstinenci. Svoji stravu doplňují o vitamin C čtyři pacienti (P2, P4, P5 a P6), dalším hojně doplňovaným vitaminem je B-komplex, který užívají tři pacienti (P2, P6 a P10). Pro pacienta č. 4, č. 5 a č. 9 je jediným doplňkem omega3. Pacientka č. 7 užívá doplňky na podporu činnosti jater (konkrétně Essentiale). Pacient č. 3 užíval doplňky stravy od Herbalife.

Tabulka č. 27: Berete nějaké doplňky stravy? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Ne
<b>P2</b>	Vitaminy skupiny B, C
<b>P3</b>	Herbalife
<b>P4</b>	Zinek, vitamin C, omega 3
<b>P5</b>	Vitamin D, C, omega 3
<b>P6</b>	Vitaminy skupiny B, C, hořčík
<b>P7</b>	Essentiale
<b>P8</b>	Ne
<b>P9</b>	Omega 3
<b>P10</b>	Vitaminy centrum A-Z

**Otázka č. 6: Pociťujete rozdíl ve váze od doby přijetí na léčbu?**

Většina pacientů v léčbě pociťuje nárůst hmotnosti. Pacienti uvádí, že hlavní příčinou přibývání na váze je pravidelná strava. Pacientka č. 4 uvedla: „*Já se snažím hlídat si vyváženou stravu, každý den se hýbu, chodím na procházky a dva dny v týdnu posiluju břišní svaly. Jídlo si nepřidávám a nepřejídám se, proto moc nepřibírám, spíše se držím na stejné váze.*“ Pouze dva pacienti (P6 a P8) svoji hmotnost o něco snížili. Pacientka č.6 po svém příchodu do léčby prodělala Covid-19 se středně těžkým průběhem, nebylo jí dobře a skoro nejedla. Z tohoto důvodu pacientka na váze nepřibírala, následně po návratu k běžné stravě začala její váha narůstat. Pacientka č. 8 uvedla: „*Moje váha je pořád stejná, počítám si kalorie, stravu si hodně hlídám, no prostě ta anorexie ve mně pořád zůstala.*“

Tabulka č. 28: Pociťujete rozdíl ve váze od doby přijetí na léčbu? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Nárůst na váze, 1,5 kg
<b>P2</b>	Nárůst na váze, 3 kg
<b>P3</b>	Nárůst na váze, 7 kg
<b>P4</b>	Nárůst na váze, 3,2 kg
<b>P5</b>	Nárůst na váze, 3 kg
<b>P6</b>	Úbytek na váze, 1,2 kg
<b>P7</b>	Nárůst na váze, 4,9 kg
<b>P8</b>	Úbytek na váze, 1 kg
<b>P9</b>	Nárůst na váze, 6 kg
<b>P10</b>	Nárůst na váze, 6 kg

#### **Otázka č. 7: Je pro vás pravidelnost ve stravě důležitá?**

Všichni pacienti uvedli pravidelnost jako velice důležitou věc. Pro čtyři pacienty (P1, P3, P6 a P9) je hlavní dodržení režimu snídaně, oběd a večeře. Pacienti v době aktivního užívání návykových látek většinou nejedli, proto je pro ně jakákoliv pravidelnost a režim ve stravě klíčový. Pro pacienta č. 10 je podstatné obědovat a večeřet každý den ve stejnou dobu, nasnídat se kvůli práci nestíhá a raději si déle pospí. Pacient č. 5 uvádí: „*Já jsem zvyklý snídat, potom svačit a pak obědovat. Takhle mi to vyhovuje, nejsem naučený večeřet, je mi pak večer těžko. Tak asi proto je pro mě snídaně nejdůležitější jídlo dne a nevynechávám ji. V tomto je pro mě pravidelnost důležitá.*“ Pacienti se pravidelně naučili jíst až zde v léčebně, mají celý den program a musí ho dodržovat. Pacienti uvádí, že právě pravidelnost je hlavní příčinou jejich nárůstu hmotnosti.

Tabulka č. 29: Je pro vás pravidelnost ve stravě důležitá? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Ano, hlavně snídaně, oběd a večeře
<b>P2</b>	Ano, 5 porcí jídla/den
<b>P3</b>	Ano, hlavně snídaně, oběd a večeře
<b>P4</b>	Ano
<b>P5</b>	Ano, hlavně dopolední strava (snídaně, svačina a oběd)
<b>P6</b>	Ano, hlavně snídaně, oběd a večeře
<b>P7</b>	Ano, hlavně snídaně
<b>P8</b>	Ano
<b>P9</b>	Ano, hlavně snídaně, oběd a večeře
<b>P10</b>	Ano, hlavně oběd a večeře

**Otázka č. 8: Dokupujete si nějaké další potraviny navíc ke stravě ze zařízení?**

Většina pacientů je ve velmi špatné finanční situaci, proto si nedovolí utracet peníze za jídlo. Stravují se pouze ze stravy v zařízení. Pobyt v léčebně hradí pojišťovny. Pacienti ze svých malých úspor, ve většině případů hradí alimenty či splácí své dluhy. Pacient č. 3 dodal: „*Já nějaké peníze mám a něco mi posílá přítelkyně, takže si kvůli posilování dokupuju tvarohy, někdy banány a pomeranče.*“ Také P9 v léčebně posiluje a dokupuje si na každý den jeden bílý nízkotučný jogurt a vločky. Pacientka č. 7 také dodala: „*Já sice mám diabetickou dietu, ale bez těch sušenek to prostě nedám. Dokupuju si takové ty sladké věnečky kakaové nebo žloutkové, ty mám moc ráda. Někdy si koupím diabetickou sušenku, ale to spíš zřídka kdy.*“

Tabulka č. 30: Dokupujete si nějaké další potraviny navíc ke stravě ze zařízení? (Zdroj: vlastní)

<b>P1</b>	Ne
<b>P2</b>	Ne
<b>P3</b>	Ano, tvarohy, banány a pomeranče
<b>P4</b>	Ne
<b>P5</b>	Ne
<b>P6</b>	Ne
<b>P7</b>	Ano, oplatky a sušenky
<b>P8</b>	Ne
<b>P9</b>	Ano, bílý nízkotučný jogurt, vločky
<b>P10</b>	Ne



## 5 Diskuze

Tato bakalářská práce si klade za cíl zmapovat nutriční stav pacientů užívajících návykové látky. Zabývá se také změnou nutričního stavu během pobytu v léčebném zařízení.

Z provedených rozhovorů bylo zjištěno, že nutriční stav pacientů užívajících návykové látky je zhoršený vlivem nedostatečného přijímání makronutrientů. Tímto tématem se zabývá Jeynes a Gibson (2017). Pacienti v době aktivního užívání návykové látky nepřijímají žádnou či dostatečnou stravu. Přijímají prázdné kalorie ve formě alkoholu, kde 2 l vodky představují 19000 kJ energetického příjmu.

Většina pacientů z výzkumného souboru dávala přednost drogám před jídlem. Pacienti užívající pervitin nemají chuť k jídlu, nejedli i několik dní, což mělo za následek zhoršený nutriční stav. Pacienti užívající pervitin neměli potřebu jíst, vymizel pocit hladu či na jídlo neměli čas, popřípadě vědomě užívali pervitin za účelem cíleného snížení tělesné hmotnosti. U alkoholu byla důvodem nepřijímání potravy přítomnost abstinenčních příznaků, jako je nechutenství, zvracení a nevolnost, jak v literatuře popisuje Kalina (2015). Pacienti udávají, že při nevolnostech způsobených návykovou látkou byli schopni přijímat lehce stravitelnější potravu, jako je mléko, jogurtový nápoj, banán nebo polévku.

Ve výzkumném souboru je pět uživatelů pervitinu, konkrétně P2, P3, P5, P9 a P10, kteří v době aktivního užívání této látky neměli chuť k jídlu a konzumovali nedostatečnou či žádnou stravu. Tomuto tématu se věnuje i Jeřábková (2013), uvádí že pervitin působí jako stimulační droga, která potlačuje chuť k jídlu, čímž dochází ke zhoršení nutričního stavu.

Překvapil mě velký zájem doplňování vitaminů z řady pacientů a znalosti ohledně možného nedostatku těchto mikroživin. Všichni pacienti v době aktivního užívání návykové látky udávali nepravidelnost ve stravě, absenci ovoce a zeleniny. Naopak v době abstinence vnímají pravidelnost ve stravování jako důležitou, mají potřebu přijímat minimálně jedno teplé jídlo za den, přijímat vitaminy z ovoce a zeleniny, někteří pacienti mají potřebu doplňovat vitaminy ve formě potravinových doplňků. Kalina (2015) udává jako nežádoucí účinky užívání alkoholu zvracení, nevolnost, poruchy trávení, poškození gastrointestinálního traktu a avitaminózu vitamínu B1. Zároveň Stránský et al.

(2019) popisují jako negativní vliv alkoholu poruchu resorpce esenciálních živin v tenkém střevě.

Jeynes a Gibson (2017) ve svém výzkumu upozorňují na opomíjenou nutriční podporu při léčbě závislostí. V pokynech k léčení závislostí není nutriční podpora uvedena. Z mého výzkumu vyplývá, že ve zdejším zařízení není nutriční podpoře věnována dostatečná pozornost. Jídelníčky neodpovídají zastoupení základních nutričních živin, zejména zelenina a ovoce. V tomto zařízení se soustředí spíše na kvantitu stravy, kde jsou vařena více kalorická jídla z důvodu nasycení pacientů (knedlíky, omáčky). Další příčinou nedostatečné stravy je zaběhnutý systém v tvoření jídelních lístků, které jsou zastaralé a málo flexibilní. Nedostatečný příjem ovoce a zeleniny je způsoben i cenovou nedostupností v zimním období.

Tři pacienti mužského pohlaví (P3, P5 a P9) léčící se se závislostí na pervitinu mají nižší energetický příjem oproti optimálnímu dennímu příjmu. Naopak pacienti závislí na alkoholu (P4, P6, P7, P8) nebo v kombinované závislosti alkoholu a pervitinu (P1, P2, P10) mají energeticky vyšší příjem oproti vypočtenému optimálnímu příjmu. Všichni pacienti kromě P3 a P5 mají vyšší příjem tuků.

I přes malé množství zkoumaných pacientů se ukázalo, že poruchy příjmu potravy mohou souviset s užíváním návykových látek. Konkrétně P1, P2 a P8 udávají v anamnéze poruchy příjmu potravy, zároveň uvádějí vědomé užívání návykových látek za účelem snížení či udržení tělesné hmotnosti. Schroeder a Higgins (2016) taktéž zmiňuje problémy nedostatečného příjmu živin s užíváním návykových látek v souvislosti s poruchami příjmu potravy.

U pacientek, které mají v anamnéze poruchy příjmu potravy, (P1, P2 a P8) se prokázal přírůstek na váze v prvních dvou týdnech léčby. Následně si začaly svoji hmotnost hlídat a váha již nenarůstala. Výjimkou je P4, která v anamnéze poruchy příjmu potravy nemá, ale váhu si po počátečním přírůstu hmotnosti začala hlídat a váha se stabilizovala. Naproti tomu u pacientů užívajících pervitin (P3, P7, P9 a P10) tělesná hmotnost nepřetržitě stoupá. Zřejmá je i souvislost hmotnosti s psychickým stavem pacienta (Kukla, 2016). U P5 se snížila hmotnost v důsledku zhoršeného psychického stavu. U P6 se po nástupu do léčebny prudce zhoršil zdravotní stav (Covid-19, delirium tremens), proto došlo k úbytku na tělesné hmotnosti. Po stabilizaci zdravotního stavu začala váha kontinuálně růst.

## 6 Závěr

V bakalářské práci jsem se zaměřila na vliv návykových látek na nutriční stav pacientů. Dle mého názoru je velice důležité věnovat výživě uživatelů návykových látek velkou pozornost. Uživatelé přicházejí do léčby často ve velmi špatném nutričním stavu, bez jakýchkoliv stravovacích návyků a je potřebné zajistit stálý a vyvážený příjem potravy.

Mým cílem bylo zmapovat nutriční stav pacientů užívajících návykové látky. Ze vstupní anamnézy byl zjištěn skutečný nutriční stav pacientů před zahájením léčebného procesu. Z výsledků vyplynulo, že pacienti během pobytu v léčebně vlivem pravidelného stravování zvýšili svoji hmotnost. Ke zlepšení nutričního stavu pacientů přispěla velkou měrou úplná abstinence od návykových látek. Toto společně s částečně nutričně vyváženou stravou přispělo ke zlepšení jak fyzického, tak psychického stavu pacientů.

Cíl mé bakalářské práce byl splněn, na obě výzkumné otázky bylo odpovězeno. Závěrem této práce je, že nastolení a dodržování energeticky vyvážené stravy bez užívání návykových látek vede ke zlepšení a stabilizování nutričního stavu pacientů závislých na návykových látkách. Součástí výstupu mé práce je doporučení pro aktualizaci a doplnění dietního systému pro zkoumané pacienty v uvedené léčebně. Doporučila bych zařadit do jídelníčku více zeleniny a ovoce, zredukovat příjem tuků ve stravě a zaměřit se spíše na kvalitu připravované stravy.

Bakalářská práce pro mě byla velkým přínosem a bylo by zajímavé ve výzkumu pokračovat. V praktické části pro mě bylo velmi přínosné vést osobní rozhovory s pacienty, poznat příčiny jejich závislosti a zjištění, že je strava pro ně v období aktivního užívání návykových látek zcela nepodstatná. I nadále bych se chtěla věnovat nutriční terapii ve spojitosti s adiktologií.

## 7 Literatura

1. © European Food Safety Authority, 2019. In: Dietary Reference Values for the EU [online]. Italy [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://efsa.gitlab.io/multimedia/drvs/index.htm>
2. AZZI, V. et al., 2021. *Drunkorexia and Emotion Regulation and Emotion Regulation Difficulties: The Mediating Effect of Disordered Eating Attitudes. International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 18, Issue 5 [online]. Switzerland, [cit. 2021-03-09]. DOI: 10.3390/ijerph18052690. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2690>
3. CANAN, F. et al., 2017. *Eating disorders and food addiction in men with heroin use disorder: a controlled study. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, Vol. 22, Issue 5 [online]. Switzerland, s. 249-257 [cit. 2021-03-22]. DOI: 10.1007/s40519-017-0378-9. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s40519-017-0378-9>
4. COULBAULT, L. et al., 2019. Thiamine and phosphate esters concentrations in whole blood and serum of patients with alcohol use disorder: a relation with cognitive deficits. *Nutritional Neuroscience*. [online]. UK, s. 1-12 [cit. 2021-03-10]. DOI: 10.1080/1028415X.2019.1652438. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1028415X.2019.1652438>
5. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepr. vydání. Praha: Grada Publishing, 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
6. EVANS, J., et al, 2020. Development of a clinical pathway for screening and integrated care of eating disorders in a rural substance use treatment setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 29, Issue 5 [online]. Australia, s. 878-887 [cit. 2021-02-16]. DOI: 10.1111/inm.12722. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inm>

7. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
8. JEŘÁBKOVÁ, Z., 2013. *Poruchy příjmu potravy v kontextu adiktologie*. [online]. Doktorweb.cz. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <http://www.doktorweb.cz/archiv-studentskych-praci/>
9. JEYNES, K.D., GIBSON, E.L., 2017. The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 179 [online]. UK, s. 229-239 [cit. 2021-03-26]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.07.006. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871617303915>
10. KALINA, K., 2011. *Terapeutická komunita Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti* [online]. Praha: Grada Publishing, 400 s. [cit. 2021-03-08]. ISBN 978-80-247-7018-5. Dostupné z: [https://docplayer.cz/42303261-Terapeuticka-komunita-obecny-model-a-jeho-aplikace-v-lecbe-zavislosti.html#show\\_full\\_text](https://docplayer.cz/42303261-Terapeuticka-komunita-obecny-model-a-jeho-aplikace-v-lecbe-zavislosti.html#show_full_text)
11. KALINA, K., 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing. 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
12. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 696 s. ISBN 878-80-247-4331-8.
13. KELNAROVÁ, J., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přepr. a dopl. vydání., Praha: Grada Publishing. 180 s. ISBN 978-80-247-4200-7.
14. KOHOUT, P., 2019. *Vybrané kapitoly z fyziologie, patofyziologie a klinické medicíny: pro studijní program Nutriční terapeut*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 163 s. ISBN 978-80-7394-727-9.
15. KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 432 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
16. MINAŘÍK, J., 2003. Opioidy a opiáty. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, s.

- 159-164 [cit. 2021-02-03]. ISBN 80-86734-05-6. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1648/742/drogy\\_a\\_drog\\_zavislosti\\_dil1.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf)
17. MIOVSKÝ, M., 2003. Halucinogenní drogy. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 169-174 [cit. 2021-02-03]. ISBN 80-86734-05-6. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1648/742/drogy\\_a\\_drog\\_zavislosti\\_dil1.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf)
18. MIOVSKÝ, M., 2003. Konopné drogy. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 174-180 [cit. 2021-02-03]. ISBN 80-86734-05-6. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1648/742/drogy\\_a\\_drog\\_zavislosti\\_dil1.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf)
19. MIOVSKÝ, M., 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2.
20. MOUREK, J. et al, 2013. *Fyziologie, biochemie a metabolismus pro nutriční terapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 100 s. ISBN 978-80-7394-438-4.
21. MUNN-CHERNOFF, M.A. et al., 2020. *Eating disorders in a community-based sample of women with alcohol use disorder and nicotine dependence. Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 212, Article 107981 [online]. USA, s. 1-7 [cit. 2021-03-06]. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107981. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871620301460>
22. NEŠPOR, K., 2013. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. aktual. vydání. Praha: Portál, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
23. PINEDA-GARCÍA, G. et al, 2020. *Assessment of Alcohol Consumption and Anxiety as Predictors of Risk of Anorexia and Bulimia in Non-Clinical Samples. International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17, Issue 17 [online]. Switzerland, s. 1-10 [cit. 2021-03-04]. DOI: 10.3390/ijerph17176293. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6293>

24. PRESL, J., 2012. *Drogy: poznej svého nepřítele* [online]. Praha: Medea kultur s.r.o., 27 s. [cit. 2021-03-12] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/doc/drogy-poznej-sveho-nepriatele-2012.pdf>
25. PRUCKNER, N. et al., 2019. Thiamine Substitution in Alcohol Use Disorder: A Narrative Review of Medical Guidelines. *European Addiction Research*, Vol 25, Issue 3 [online]. Switzerland, s. 103-110 [cit. 2021-03-12]. DOI: 10.1159/000499039. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/FullText/499039>
26. Referenční hodnoty pro příjem živin, 2019. V ČR 2. vydání. Praha: Společnost pro výživu, z.s. 269 s. ISBN 978-80-906659-3-4
27. RIEGEL, K.D. et al, 2020. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 238 s. ISBN 978-80-262-1596-7.
28. RŮŽIČKA, J., 2011. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. Praha: Triton, 344 s. ISBN 978-80-7387-467-4.
29. SCHROEDER, R.D., HIGGINS, G.E., 2016. *You Are What You Eat: The Impact of Nutrition on Alcohol and Drug Use*, Vol. 52, Issue 1 [online]. UK, s. 10-24 [cit. 2021-03-15]. DOI: 10.1080/10826084.2016.1212603. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10826084.2016.1212603>
30. SLABÁ, Š., KŘÍŽOVÁ, J., 2019. Problematika neuropsychiatrických onemocnění. In: ZLATOHLÁVEK, L. *Klinická dietologie a výživa*. 2. rozš. vydání. Praha: Current media, s. 365-371. ISBN 978-80-88129-44-8.
31. SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU, ©2021. *Závislost na tabáku: úvod* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/432-zavislost-na-tabaku-uvod>
32. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, ©2021. *Halucinogenní drogy: LSD* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/306-lsd>

33. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, ©2021. *Kokain* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/304-konopne-drogy-marihuana-hasis>
34. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, ©2021. *Konopné drogy, marihuana, hašiš* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/262-kokain>
35. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, ©2021. *Opiáty* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>
36. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, ©2021. *Závislost na alkoholu: příznaky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/245-opiaty>
37. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, ©2021. *Závislost: co to je?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>
38. STRÁNSKÝ, M. et al, 2019. *Výživa a dietetika v praxi: (fyziologie a epidemiologie výživy, dietetika)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 297 s. ISBN 978-80-7394-766-8.
39. ŠEVELA, K., ŠEVČÍK, P., 2011. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3146-9.
40. TUČEK, M., SLÁMOVÁ, A., 2018. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. 2., doplň. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 218 s. ISBN 978-80-2463-932-1.



41. ZADÁK, Z., KVĚTINA, J., 2011. *Metodologie předklinického a klinického výzkumu v metabolismu, výživě, imunologii a farmakologii*. Praha: Galén, 333 s. ISBN 978-80-7262-748-6.
42. ZLATOHLÁVEK, L., 2019. Dietní systém. In: ZLATOHLÁVEK, L. *Klinická dietologie a výživa*. 2. rozš. vydání. Praha: Current media, s. 21-31. ISBN 978-80-88129-44-8.
43. ZLATOHLÁVEK, L., KŘÍŽOVÁ, J., 2019. Vyšetření stavu výživy. In: ZLATOHLÁVEK, L. *Klinická dietologie a výživa*. 2., rozš. vydání. Praha: Current media, s. 67-76. ISBN 978-80-88129-44-8.
44. ZLATOHLÁVEK, L., PEJŠOVÁ, H., 2019. Alkohol. In: ZLATOHLÁVEK, L. *Klinická dietologie a výživa*. 2. rozš. vydání. Praha: Current media, s. 48-53. ISBN 978-80-88129-44-8.

## 8 Seznam příloh a obrázků

Obr. č. 1	Změna hmotnosti u P1 (Zdroj: vlastní) .....	28
Obr. č. 2	Změna hmotnosti u P2 (Zdroj: vlastní) .....	30
Obr. č. 3	Změna hmotnosti u P3 (Zdroj: vlastní) .....	32
Obr. č. 4	Změna hmotnosti u P4 (Zdroj: vlastní) .....	34
Obr. č. 5	Změna hmotnosti u P5 (Zdroj: vlastní) .....	36
Obr. č. 6	Změna hmotnosti u P6 (Zdroj: vlastní) .....	39
Obr. č. 7	Změna hmotnosti u P7 (Zdroj: vlastní) .....	41
Obr. č. 8	Změna hmotnosti u P8 (Zdroj: vlastní) .....	43
Obr. č. 9	Změna hmotnosti u P9 (Zdroj: vlastní) .....	45
Obr. č. 10	Změna hmotnosti u P10 (Zdroj: vlastní) .....	47
Tab. č. 1	Konzumace alkoholu v ČR (v %) (Stránský et al., 2019) .....	16
Tab. č. 2	Informace o pacientech (Zdroj: vlastní) .....	25
Tab. č. 3	Ukázka z týdenního jídelníčku P1 (Zdroj: vlastní) .....	28
Tab. č. 4	Energetický příjem u P1 (Zdroj: vlastní) .....	29
Tab. č. 5	Ukázka z týdenního jídelníčku P2 (Zdroj: vlastní) .....	31
Tab. č. 6	Energetický příjem u P2 (Zdroj: vlastní) .....	31
Tab. č. 7	Ukázka z týdenního jídelníčku P3 (Zdroj: vlastní) .....	33
Tab. č. 8	Energetický příjem u P3 (Zdroj: vlastní) .....	33
Tab. č. 9	Ukázka z týdenního jídelníčku P4 (Zdroj: vlastní) .....	35
Tab. č. 10	Energetický příjem u P4 (Zdroj: vlastní).....	35
Tab. č. 11	Ukázka z týdenního jídelníčku P5 (Zdroj: vlastní) .....	37

Tab. č. 12	Energetický příjem u P5 (Zdroj: vlastní) .....	37
Tab. č. 13	Ukázka z týdenního jídelníčku P6 (Zdroj: vlastní) .....	39
Tab. č. 14	Energetický příjem u P6 (Zdroj: vlastní) .....	40
Tab. č. 15	Ukázka z týdenního jídelníčku P7 (Zdroj: vlastní) .....	42
Tab. č. 16	Energetický příjem u P7 (Zdroj: vlastní) .....	42
Tab. č. 17	Ukázka z týdenního jídelníčku P8 (Zdroj: vlastní) .....	44
Tab. č. 18	Energetický příjem u P8 (Zdroj: vlastní) .....	44
Tab. č. 19	Ukázka z týdenního jídelníčku P9 (Zdroj: vlastní) .....	46
Tab. č. 20	Energetický příjem u P9 (Zdroj: vlastní) .....	46
Tab. č. 21	Ukázka z týdenního jídelníčku P10 (Zdroj: vlastní) .....	48
Tab. č. 22	Energetický příjem u P10 (Zdroj: vlastní) .....	48
Tab. č. 23	Byl důvod užívání návykové látky spojen s vaší hmotností? (Zdroj: vlastní).....	49
Tab. č. 24	Co v současné době vnímáte ve stravě jako důležité a při užívání návykové látky jste to neměl? (Zdroj: vlastní) .....	50
Tab. č. 25	Máte nějaké dietní omezení? Je ve stravě něco, co vám dělá problémy? (Zdroj: vlastní).....	51
Tab. č. 26	Dodržujete pitný režim? Je pro vás pitný režim podstatný? (Zdroj: vlastní).....	52
Tab. č. 27	Berete nějaké doplňky stravy? (Zdroj: vlastní).....	53
Tab. č. 28	Pocítujete rozdíl ve váze od doby přijetí na léčbu? (Zdroj: vlastní).....	54
Tab. č. 29	Je pro vás pravidelnost ve stravě důležitá? (Zdroj: vlastní).....	55
Tab. č. 30	Dokupujete si nějaké další potraviny navíc ke stravě ze zařízení? (Zdroj: vlastní).....	56

## **9 Seznam zkratk**

<b>LSD</b>	Diethylamid kyseliny lysergové
<b>THC</b>	Tetrahydrokanabinol
<b>PCP</b>	Fencyklidin
<b>CNS</b>	Centrální nervová soustava
<b>MDMA</b>	3,4-methylendioxy-N-metamfetamin
<b>MDEA</b>	methyldiethanolamin
<b>MDA</b>	3,4-methyldioxyamfetamin
<b>BMI</b>	Body mass index
<b>ČR</b>	Česká republika

## 10 Přílohy

### Otázky k semistrukturovaným rozhovorům s pacienty:

- Jaká je vaše závislost?
- Jak dlouho jste závislý? Jaký byl primární důvod užívání návykové látky?
- V jaké životní a finanční situaci se nacházíte?
- Měl jste někdy problém s vaší hmotností?
- Máte nějakou zkušenost s poruchami příjmu potravy?
- Dodržujete pitný režim?
- Je pro vás ve stravě něco důležité a v době aktivního užívání návykové látky jste to neměl?
- Vnímáte pravidelnost ve stravě jako důležitou?
- Máte nějaké dietní omezení nebo Vám dělá něco ve stravě problém?
- Berete nějaké doplňky stravy?
- Pociťujete rozdíl v hmotnosti od doby nástupu do léčebny?
- Byl důvod užívání návykové látky spojen s vaší hmotností?
- Jak jste se stravovali v době aktivního užívání návykové látky?

## **Vzorový souhlas:**

### **Prohlášení a souhlas pacientů s jejich zapojením do výzkumu**

Jmenuji se Kateřina Jílková a jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty obor Nutriční terapeut na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. V současné době píši bakalářskou práci na téma Vliv návykových látek na nutriční stav pacientů. Výzkum probíhá formou rozhovoru s pacienty a sběrem týdenního jídelníčku. Veškerá získaná data budou použita výhradně do mé bakalářské práce a zaručuji Vám, že bude zachována anonymita.

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu bakalářské práce. Měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a dostal/a jsem jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat.

Jméno a příjmení pacienta:.....

Podpis pacienta: .....

V .....dne.....