

Dietary Habits and Changes in Nutrition among Clients of Selected Contact Centres



KONEČNÁ, M., ČABLOVÁ, L.

Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Konečná, M., Čablová, L. (2013). Stravovací zvyklosti a změny ve výživě u klientů ve vybraných kontaktních centrech. *Adiktologie*, 13(3–4), 192–200.

BACKGROUND: While nutrition has a significant impact on health and is currently one of the most topical issues, in the context of addiction services, it has received little research interest. This study focuses on the quality of food and nutritional habits of the clients of selected low-threshold contact centres in the Czech Republic. **OBJECTIVE:** The aim is to explore eating habits in terms of the daily intake of essential nutrients, a balanced diet, drinking regime, and qualitative changes in the diet of a selected target group of drug users. **PARTICIPANTS:** The sample consisted of 88 participants, with women and men accounting for 42% and 58% respectively. The participants were divided into five categories according to their age.

DESIGN AND MEASUREMENTS: The research was conducted using a questionnaire survey, which collected demographic data (age, current height and weight, and information on housing and employment) and the factors related to substance use (type, form, and frequency) and eating habits (frequency of intake of essential nutrients and liquids, nutritional preferences, and qualitative changes in diet). **RESULTS:** The results indicate that more than 50% of the participants have inappropriate nutritional habits. The results also show qualitative differences in diet between specific groups of users (loss of appetite and weight loss in users of opioids and stimulants and increased appetite in users of cannabis and hallucinogens).

KEY WORDS: DIETARY HABITS – SUBSTANCE USE – MALNUTRITION – CONTACT CENTRE

Submitted: 11 / FEBRUARY / 2013

Accepted: 20 / NOVEMBER / 2013

Grant support: This study was supported by an institutional grant support scheme of Charles University, Prague (PRVOUK-P03/LF1/9)

Address for correspondence: Lenka Čablová / cablova@adiktologie.cz / Department of Addictology, 1st Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

Stravovací zvyklosti a změny ve výživě u klientů ve vybraných kontaktních centrech



KONEČNÁ M., ČABLOVÁ, L.

Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Citace: Konečná, M., Čablová, L. (2013). Stravovací zvyklosti a změny ve výživě u klientů ve vybraných kontaktních centrech. *Adiktologie*, 13(3–4), pp. 192–200.

VÝCHODISKA: Vliv výživy na zdraví patří mezi nejdiskutovanější témata současnosti, v kontextu adiktologických služeb se však zatím jedná o poměrně málo prozkoumanou oblast. Výzkumná studie se proto zaměřuje na kvalitu stravování a nutriční návyky klientů v nízkoprahových kontaktních centrech na území České republiky. **CÍL:** Cílem práce je zmapovat stravovací návyky z pohledu denního příjmu základních živin, vyváženosti diety, pitného režimu a kvalitativních změn ve výživě u vybrané cílové skupiny uživatelů drog. **SOUBOR:** Výzkumný soubor činil 88 participantů. Procentuálně obsahoval soubor 42 % žen a 58 % mužů. Dle věku byli participanté rozděleni do pěti kategorií. **METODY:** Výzkum byl realizován prostřednic-

tvím dotazníkového šetření, kdy byly zjišťovány demografické údaje (věk, aktuální váha, výška, informace o bydlení a zaměstnání), skutečnosti týkající se užívání návykových látek (druh, forma, frekvence) a stravovací návyky (frekvence příjmu základních živin a tekutin, nutriční preference a kvalitativní změny ve výživě). **VÝSLEDKY:** Výsledky naznačují, že u více než 50 % participantů se vykytují nevhodné nutriční návyky. Ve výsledcích se současně objevují významné kvalitativní rozdíly ve stravování mezi jednotlivými skupinami uživatelů (ztráta chuti a snížení hmotnosti u uživatelů opioidních látek a stimulantů; zvýšená chuť k jídlu u uživatelů konopí a halucinogenů).

KLÍČOVÁ SLOVA: NUTRIČNÍ ZVYKLOSTI – UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK – MALNUTRICE – KONTAKTNÍ CENTRUM

Došlo do redakce: 11 / ÚNOR / 2013

Přijato k tisku: 20 / LISTOPAD / 2013

Grantová podpora: Vznik článku byl umožněn v rámci institucionální podpory v programu PRVOUK-P03/LF1/9

Korespondenční adresa: PhDr. Lenka Čablová / cablova@adiktologie.cz / Klinika adiktologie, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

● 1 ÚVOD

Užívání návykových látek poškozuje lidský organismus dvěma způsoby. Nejprve účinkem látky samotné a následně negativními změnami životního stylu, jakými jsou nepravdělné stravovací návyky a nevhodná výživa (Dugdale, 2010). Ve vztahu ke konkrétním návykovým látkám je možné určit převládající vliv na zvýšení či snížení chuti k jídlu. Nikotin je považován za látku, která snižuje chuť k jídlu. Tato látka je svým účinkem sice anorektikum, ovšem jeho působení je jen krátkodobé (Perkins, 1992). Jeho užívání se zároveň projevuje účinky parasymptomimetickými, což znamená, že urychluje střevní peristaltiku (Pilařová, 2003). Pravidelné kouření je spojeno s redukcí hmotnosti a má negativní vliv na způsob, jakým naše tělo využívá vitamíny a minerální látky. Každá vykouřená cigareta zničí přibližně 25–100 mg vitamínu C. Kouření dále ovlivňuje vstřebávání vitamínu D, který napomáhá a zvyšuje vstřebávání vápníku (Perkins, 1992).

Alkohol je na rozdíl od jiných návykových látek z nutričního hlediska velmi kalorický. Vypije-li člověk 6 piv denně, získá téměř polovinu denní potřeby kalorií. Alkohol však poskytuje jen prázdné kalorie a i přes to, že má energetickou hodnotu, chybí mu vyváženost živin (bílkoviny, tuky a sacharidy). Pravidelná konzumace alkoholu je největší příčinou nedostatku vitamínů v organismu. V těle konzumenta obsadí alkohol zpravidla místa nezbytných bílkovin nebo v některých případech zabrání odpovídajícímu vstřebávání a uskladňování důležitých vitamínů (Dugdale, 2010). Alkohol nejčastěji ovlivňuje množství vitamínu B6, vitamínu B1 (thiaminu) a kyseliny listové. Při konzumaci alkoholu také dochází k dehydrataci organismu (Wiese et al., 2000).

Marihuana patří z pohledu účinných látek mezi kannabinoidy, její neaktivnější látkou je -trans- Δ^9 -tetrahydrocannabinol. V zásadě mají kannabinoidy takové účinky, že zvyšují chuť k jídlu, především na sladké (Marečková et al., 2007). V této souvislosti dochází často u jejich uživatelů ke zvýšenému příjmu kalorií a k nárůstu tělesné hmotnosti (Smit & Crespo, 2001).

Kachlík et al. (2002) zjistili, že kuřáci marihuany mají nižší příjem živočišných bílkovin, vitamínů A a B1, vyšší příjem kyseliny linolové, nedostatečný příjem obilnin, zeleniny, ovoce a mléčných výrobků, nadměrný příjem sladidel, tuků a olejů oproti normálním hodnotám. Podle vztahu k jídlu se považují za labužníky, častěji nesnídají, téměř denně konzumují alkohol a neužívají vitamínovou suplementaci.

Nejčastěji užívané opioidní drogy jsou heroin, metadon, kodein a braun. Užívání této skupiny látek ovlivňuje některé významné funkce gastrointestinálního traktu (Neale et al., 2011). Opioidy způsobují útlum pohyblivosti, vzestup napětí svalstva zažívacího traktu a vyvolávají těžkou zácpu. U uživatelů opioidních látek jsou nejvíce rozšíře-

ny nepravdělné stravovací návyky, vynechávání jídel a špatná chuť k jídlu (Mahadevan & Fisher, 2010). Tito uživatelé mají tendenci konzumovat více cukru a sladkostí (Nolan & Scagnelli, 2007) a naopak méně ovoce a zeleniny (Smit et al., 1996). Častý je obecně nízký zájem o jídlo (ve smyslu sociální, příjemné činnosti) a komorbidita poruch příjmu potravy (Krug et al., 2008; Root et al., 2010). Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání a extrémní vyhublosti (kachexii). K příznakům typickým po vysazení opiátů patří příznaky zrcadlové k jejich účinku. Vyskytuje se průjem, nevolnost, bolest břicha a zvracení, které mohou vést až k nutriční deprivaci a nerovnováze elektrolytů obsahujících sodík a draslík v organismu (Minařík, 2003). U uživatelů v léčbě na metadonu byly zaznamenány vyšší váhové nárůsty než u ostatních uživatelů opiátového typu (Neale et al., 2011).

Užívání stimulantů (metamfetamin – pervitin, amfetamin, extáze, kokain) má za následek výrazné potlačení chuti k jídlu, zejména kokain je silné anorektikum. To se může projevovat velmi rychlým úbytkem na váze, někdy i více než o 10 kg za měsíc, a špatným fyzickým stavem. Tyto ztráty společně s nezdravou výživou a zvýšenou aktivitou vedou k viditelné nezdravé vyhublosti, neboť organismus trpí podvýživou (Svobodová & Václavík, 2006). Stimulancia se často užívají v několikadenních tazích, které jsou provázeny jen konzumací alkoholu, a zapomíná se na příjem jídla a tekutin. V důsledku pak dochází ke snížení hmotnosti a dehydrataci a následkem toho nastává v těle nerovnováha elektrolytů v organismu a vyčerpání vitamínů B a C (Minařík, 2003). Stimulancia mohou zasahovat do metabolismu některých živin, zejména tuků, a přispívat k poškození jaterních buněk. Dlouhodobé užívání způsobuje v neposlední řadě zvýšenou kazivost zubů (Therkel, 2010).

Tělkavé látky neboli inhalační drogy (toluen, aceton, éter a chloroform) nemají přímé účinky na trávicí trakt, při aplikaci ale mohou vzniknout akutní nežádoucí účinky v podobě nevolnosti (Minařík, 2008). Z dlouhodobého hlediska rozpouštějí tyto látky buňky tukové povahy a poškozují molekuly bílkovin. To se projeví zejména poškozením orgánů, jako jsou mozek, játra, ledviny či kostní dřev (Marečková et al., 2007). V důsledku užívání návykových látek dochází k narušení přirozených fyziologických procesů a objevují se problémy s dehydratací, výskyt malnutrice a podvýživy, hypovitaminózy či avitaminózy. Vzhledem k výše uvedeným zdravotním komplikacím je důležité podporovat vhodné stravování u osob, které aktuálně užívají návykové látky, ale také u těch, jež směřují k abstinenci. Dle výzkumů se nutriční terapie a podpora uplatňuje zejména v prevenci relapsu. Therkel (2010) uvádí, že 75–80 % klientů má vyšší úspěšnost v porovnání s typickou terapií relapsu bez nutriční podpory. Autor dále uvádí, že nutriční terapie hledá příčiny symptomů vznikajících v důsledku užívání drog. Nayle et al. (2011) popisují, že pokud se lidé cítí lépe, je méně prav-

děpodobné, že by užíli alkohol či jinou návykovou látku. Miller (2010) naznačuje, že podpora zdravého stravování a zdravého životního stylu uživatele drog je něco, co může dotyčný udělat sám nebo s pomocí svých blízkých. Změna ve stravování současně neznamená jen výběr vhodných potravin, jedná se o změnu v celkovém přístupu a životním stylu (Tarman & Dewar, 2011).

Cílem naší studie bylo zkoumat stravovací návyky klientů navštěvujících kontaktní centra v Jihomoravském kraji. Ve výzkumu jsme se zaměřili na ověření, jak se liší míra zdravého stravování a pitného režimu mezi uživateli jednotlivých typů drog, a zda dochází ke kvalitativním změnám ve stravování v souvislosti s užíváním konkrétní návykové látky.

● 2 METODY

● 2 / 1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal z klientů kontaktních center v Jihomoravském kraji – konkrétně se jednalo o města Brno, Břeclav, Hodonín a Kyjov. Celkový počet participantů činil 88 osob. Nejvyšší zastoupení mělo kontaktní centrum v Brně, kde bylo dotazováno celkem 19 mužů a 11 žen, dále Hodonín, kde dotazník vyplnilo 13 mužů a 10 žen, v Kyjově činil počet respondentů 22, z toho 13 mužů a 9 žen, a v Břeclavi bylo celkem 13 respondentů – 6 mužů a 7 žen. Vyšší zastoupení měli muži s počtem 51 oproti 37 ženám. Procentuálně tedy soubor obsahoval 42 % žen a 58 % mužů. Věk respondentů byl rozdělen do pěti kategorií. Nejnižší kategorie zahrnovala věkového rozpětí 0–19 let, následuje věková kategorie 20–29 let, dále 30–39 let, 40–49 let a 50 a více let. *Tabulka 1* ukazuje počty participantů dle sledovaných charakteristik.

● 2 / 2 Aplikovaná metodika

Pro výzkumné šetření byl vytvořen dotazník, který byl sestaven s ohledem na zjištění relevantních skutečností týkajících se stravovacích návyků respondentů. Část otázek byla převzata ze zahraniční studie zabývající se tematikou stravování u uživatelů heroinu (Alves et al., 2011). V dotazníku byly použity 2 typy otázek – uzavřené a otevřené. V uzavřených položkách měl respondent v nabídce několik možných variant odpovědí. Mohl označit jednu nebo více možností, které se nejvíce přibližovaly jeho názoru. Otevřené otázky zjišťovaly váhu, výšku, počet dnů, kdy se klient nijak nestravuje, a v poslední otázce byla možnost doplnit doporučení, co by se v potravinovém servisu daného zařízení mělo změnit. Otázky byly sestaveny tak, aby svou náročností vyhovovaly cílové skupině respondentů s ohledem na jejich zdravotní stav a časovou náročnost při vyplňování dotazníku či případnou intoxikaci.

Po obsahové stránce byl dotazník rozdělen do tří částí. V úvodu dotazníku se nachází otázky zaměřené na základní

Tabulka 1 / Table 1

Charakteristiky souboru
Sample characteristics

Charakteristiky výzkumného souboru	Počet
Pohlaví	
Muži	51
Ženy	37
Věk	
0–19	12
20–29	40
30–39	25
40–49	9
≤ 50	2
Primární droga	
Stimulancia	43
Konopí	25
Opiáty	7
Halucinogeny	7
Jiné*	6

* toluen, léky

demografické údaje týkající se respondenta (věk, aktuální váha, výška, informace týkající se zaměstnání a bydlení). Druhá část obsahuje otázky zaměřené na užívání návykové látky (druh, forma, frekvence). Třetí část sestává z otázek týkajících se způsobu stravování. Otázky jsou zaměřeny na frekvenci příjmu jednotlivých složek potravy, chuť k jídlu a kvalitativní změny ve stravování v souvislosti s užíváním drog.

Na základě zjištěných údajů z dotazníku byly jednotlivé otázky týkající se nutričních návyků klientů obodovány. Tyto otázky vycházely z dokumentu WHO (2003) Food based dietary guidelines in the WHO European Region – Twelve steps to healthy eating. Konkrétně se jednalo o položky zjišťující množství ovoce a zeleniny zkonsumované za den (krok č. 3 – jezte výživnou a vyváženou stravu spíše rostlinného původu a několikrát za den konzumujte ovoce a zeleninu, nejlépe čerstvou a místní – minimálně 400 g za den). Na základě kroku č. 2 (několikrát denně jezte chléb, obiloviny, těstoviny, rýži a brambory) byla vytvořena otázka, která směřuje ke konzumaci sacharidů (chléb, pečivo, rýži, těstoviny). Položka v dotazníku zkoumající, jak často respondent konzumuje maso, vychází z kroku č. 6 (tučné maso nahraďte rybami, drůbeží či libovým masem). Otázka zjišťující denní konzumaci mléčných výrobků vychází z kroku č. 7 (konzumujte mléko a mléčné výrobky – kefir, kyselé mléko, jogurt a sýr, zejména s nízkým obsahem tuku a soli). Otázka zaměřená na denní spotřebu cukrovinek a sladkých jídel byla zařazena díky kroku č. 8 o snížení zejména rafinovaného cukru a četnosti slazených nápojů a cukrovinek (WHO, 2003).

● 2 / 3 Proces získání dat

Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření ve čtyřech městech Jihomoravského kraje. V Brně a Břeclavi výzkum probíhal opakovanými návštěvami kontaktních center a dotazníky byly vyplňovány s pomocí výzkumného asistenta. V Hodoníně a Kyjově si je na vlastní žádost vyplnili s klienty sami pracovníci daných kontaktních center. Během vyplňování tak byl přítomen výzkumný asistent či poučený pracovník zařízení pro zodpovězení případných dotazů. Díky spolupráci s danými pracovníky center a přítomnosti výzkumného asistenta činila celková návratnost dotazníků 100 %. Dotazníkové šetření bylo realizováno v období květen – červenec 2012. V rámci výzkumu byla dodržena a respektována etická pravidla ve vztahu k účastníkům výzkumu – dotazník byl zcela anonymní, respondenti poskytli informovaný souhlas a byli následně odměněni müsli tyčinkou.

● 2 / 4 Proces zpracování dat

K vyhodnocení výsledků dotazníku zjišťujícího nutriční zvyklostí klientů byla zvolena jednotná stupnice 1–3, kde čísla představují kladné hodnoty. To znamená, že odpovědi nejvíce vyhovující zdravým stravovacím návykům byly ohodnoceny 3 body, za zhoršené stravovací návyky byly přiděleny 2 body a za ne zcela vyhovující stravovací návyky byl otázce přidělen 1 bod. Po součtu všech bodů bylo možné získat nejméně 9 bodů a nejvíce 27. Byl zvolen rozptyl udávající počet bodů v jednotlivých kategoriích. V první kategorii nazvané jako nedostatečně zdravé stravovací návyky se nachází bodové rozmezí 9–14 bodů, ve druhé skupině s názvem zhoršené stravovací návyky byly zařazeny výsledky s rozptylem 15–20 bodů a ve třetí kategorii nazvané zdravé stravovací návyky se budou nacházet body 21–27. Všechny stupnice pro hodnocení stravovacích návyků i příjmu tekutin byly vytvořeny v souladu s doporučeními WHO (2003). *Tabulka 2* ukazuje rozdělení výsledků dle míry zdravých stravovacích návyků.

Tabulka 2 / Table 2

Rozdělení výsledků dle míry zdravého stravování

Classification of results according to healthy eating levels

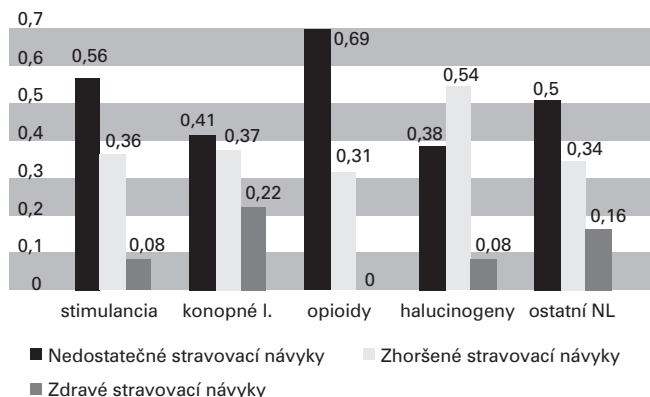
Nedostatečně zdravé stravovací návyky	Zhoršené stravovací návyky	Zdravé stravovací návyky
9–14 bodů	15–20 bodů	21–27

Data získaná pomocí dotazníkového šetření byla přepsána do programu MS Excel 2010. V programu byly následně provedeny popisné statistické analýzy – zpracování výsledků dle míry zdravotnosti stravovacích návyků a užívání návykové látky, kterou klient určil jako svou primární drogu, počet dnů, kdy se jedinec nestravoval, a množství přijatých tekutin dle jednotlivých skupin návykových látek. Vý-

sledky byly převedeny na procenta a následně zaneseny do grafů a tabulek v programech MS Excel 2010 a MS Word 2010.

● 3 VÝSLEDKY

Výsledky ukazují, že téměř u všech skupin návykových látek převládá trend nedostatečně zdravých stravovacích návyků. Na základě *grafu 1* je možné vyčíst, že nejméně vyhovující stravovací návyky se vyskytují u respondentů užívajících návykové látky opiatového typu. Současně u prvních převládajících dvou skupin – uživatelů stimulancií a konopných drog, je zřetelná jistá odlišnost. Uživatelé stimulancií jsou na tom se stravovacími zvyklostmi podstatně hůře, než je tomu u skupiny konopných drog, u kterých se vyskytují zdravé stravovací zvyklosti pouze u necelé čtvrtiny respondentů. U ostatních uživatelů jsou zdravé stravovací návyky nižší, u uživatelů opioidních návykových látek dokonce nulové.

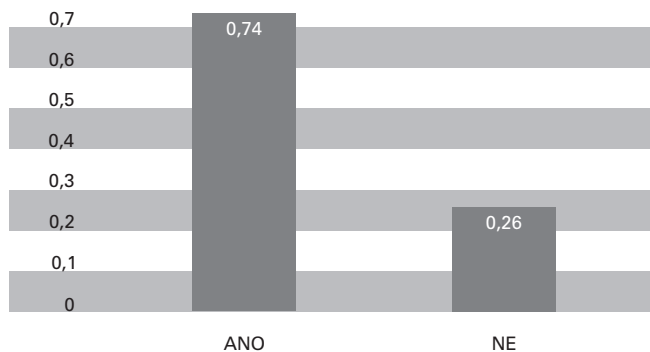


Graf 1 / Graph 1

Rozdělení míry zdravotnosti u jednotlivých skupin návykových látek

Levels of healthy eating for specific groups of substances

Studie dále zjišťovala počet dnů, kdy se respondent nestravuje. Celkový výsledek tohoto zjištění znázorňuje *graf 2*.

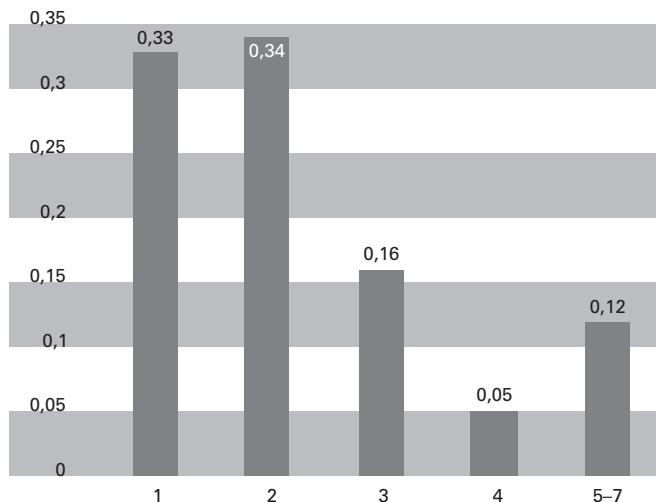


Graf 2 / Graph 2

Výskyt dnů, kdy se respondent nestravuje

Days of no food intake

Je alarmující, že téměř 3/4 participantů, tedy 74 %, uvedlo, že jsou někdy dny, kdy nepřijímají žádné živiny. Pokud res-



Graf 3 / Graph 3

Počet dnů, kdy participant nepřijímá potravu
Number of days of no food intake

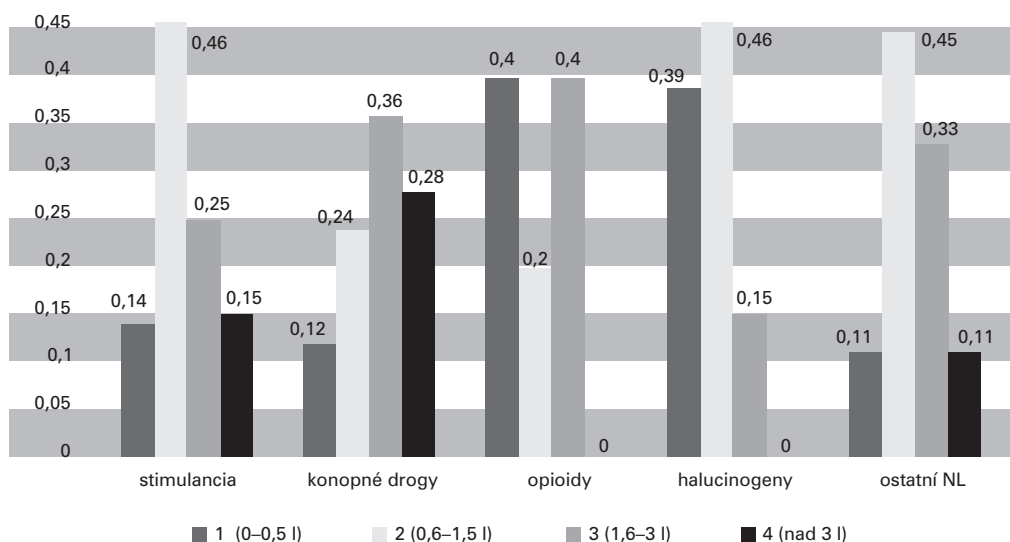
pondent označil odpověď ano, měl možnost doplnit počet dnů jdoucích za sebou, kdy se nestravuje. Graf 3 ukazuje počet dnů, kdy jedinec nepřijímal vůbec žádnou potravu.

Graf 3 ukazuje rozdělení dnů, kdy se respondenti nestravují. Nejčastěji se vyskytující odpovědi, kterou doplnilo 21 respondentů (34 %), byly 2 dny. 20 respondentů (33 %) odpovědělo, že se nestravují 1 den, u 10 respondentů se vyskytuje hladovění v délce tří dnů a u 3 respondentů jsou to 4 dny. Je alarmující, že 7 respondentů nepřijímá žádné živiny v délce přesahující 5 dnů. Nejvyšší počet dnů, který se v dotaznících objevil, dosahoval doby 7 dnů jdoucích za sebou. Průměrná vypočítaná hodnota se pohybuje okolo 2,7 dnů.

Ke zdravým stravovacím návykům patří denní příjem dostatečného množství nealkoholických tekutin. Stejně jako u stravovacích návyků byla i zde použita bodovací stup-

nice, nyní ovšem od 1 do 4. Nejnižší bod značí nedostatek tekutin přijatých za den a rovná se příjmu 0–0,5 l tekutin za den, 2 body byly přiděleny za příjem 0,6 l–1,5 litru tekutin, 3 body byly uloženy za 1,6–3 litry za den a 4 body připadly za více než 3 litry tekutin za den. Výsledky naznačují, že nejnižší příjem tekutin (0–1,5 litru) vykazují respondenti užívající halucinogeny, konkrétně 85 % z nich. U uživatelů stimulancií a opioidů stejné množství uvádí 60 % z nich. U uživatelů konopných drog lze pozorovat zvýšený příjem tekutin, a to zejména ve 3. bodové kategorii, kde respondent uvádí vypít 1,6–3 litrů tekutin za den. Tento příjem obecně odpovídá standardním nutričním doporučením týkajícím se adekvátního množství denního příjmu tekutin (WHO, 2003). Poslední kategorii, kde je uveden příjem 3 litrů tekutin, uvedlo pouze 28 % uživatelů konopných drog, 15 % uživatelů stimulancií, 11 % z kategorie ostatních drog. U uživatelů halucinogenů a opiátů nezvolil tuto možnost nikdo. Graf 4 ukazuje množství přijatých tekutin dle uživatelů jednotlivých skupin návykových látek.

Výzkum dále ověřoval kvalitativní změny u respondentů týkající se stravování a hmotnosti v souvislosti s užíváním návykových látek. Na základě zjištěných údajů se ukazuje, že nejvyšší ztrátu chuti pociťují uživatelé opioidních látek, kteří tuto skutečnost uvedli v 42 % případů. Dále následují uživatelé stimulancií, u kterých se ztráta chuti objevuje u 27 % participantů. U uživatelů zbývajících látek nevykazuje ztrátu chuti více jak 15 % uživatelů. Naopak zvýšená chuť k jídlu byla nejčastěji zaznamenána u respondentů užívajících konopné drogy. U nich se zvýšená chuť vyskytuje u 41 % respondentů. Dále jsou poměrně početnou skupinou uvádějící zvýšenou chuť k jídlu uživatelé halucinogenů, kteří tuto variantu zvolili v 28 % případů. Snížení hmotnosti v souvislosti s užíváním návykových látek v dotazníkovém šetření uvedlo nejvíce respondentů. Nejpocet-



Graf 4 / Graph 4

Množství přijatých tekutin dle jednotlivých skupin uživatelů návykových látek
Quantity of liquids taken in by the different drug user groups

něji zastoupenou skupinou, co se snížení hmotnosti týče, se stali uživatelé ze skupiny látek opiátového typu, kde tuto variantu označila polovina z tohoto souboru. U uživatelů stimulantů se úbytek vyskytuje ve 41 %, u skupiny ostatních návykových látek byl potvrzen váhový úbytek v 39 %, čtvrtina (25 %) uživatelů konopných látek a 16 % uživatelů halucinogenů. Zvýšení hmotnosti respondenti příliš často neuvádějí. Nejvíce ji uvádějí uživatelé konopných drog, a to ve 20 %. Dále se vyskytuje u 16 % uživatelů halucinogenů, 9 % stimulantů a 8 % ostatních látek. Participanti užívající látky opiátového typu zvýšení hmotnosti neuvodili ani v jednom případě. Kategorii „jiné změny“ zvolili pouze 2 respondenti. U jednoho z participantů se změna v souvislosti s užíváním návykových látek projevovала zvýšenou chutí zaměřenou na mléčné výrobky, druhý účastník uvedl poruchy příjmu potravy.

● 4 DISKUZE A ZÁVĚR

Téma nutričních návyků a změn ve výživě v důsledku užívání návykových látek nepatří mezi významně prozkoumané oblasti. V současné době se na toto téma zaměřuje několik výzkumných studií (Forrester, 2006; Santolaria-Fernández et al., 1995; Threlkel, 2010; Alves et al., 2011). V České republice se jedná o poměrně jedinečný výzkum. Prezentovaná studie byla realizována prostřednictvím dotazníkového šetření s cílem zmapovat nutriční návyky a zjistit kvalitativní změny ve stravování u jedinců užívající různé typy návykových látek. Zjištěné výsledky naznačují, že cílová skupina participantů má stravovací návyky, jež nejsou v souladu se současnými výživovými doporučeními (WHO, 2003; 2012). Tuto skutečnost potvrzují i zahraniční studie (Forrester, 2006; Alves et al., 2011). V naší studii se ukazuje, že u tří z pěti skupin návykových látek (konkrétně: stimulantů, opioidů, léky a toluen) se vyskytují ve více než v 50 % nedostatečně zdravé nutriční návyky. Ve výsledcích se objevily významné rozdíly v kvalitě stravování mezi jednotlivými skupinami uživatelů návykových látek, nízké bodové skóre vykazující špatné stravovací návyky se obzvláště vyskytuje u uživatelů opiátů, stimulantů a halucinogenů. Nevhodné návyky při stravování se odrážejí zejména v nepravdivosti ve stravě a nevyvážené skladbě jídelníčku. To lze pozorovat zvláště v nedostatku důležitých složek potravy, jako jsou ovoce, zelenina, celozrnné výrobky a mléčné výrobky, a naopak v nadbytku tělu neprospěšných, až nevhodných potravin, například tučného masa, jídla z rychlého občerstvení a cukrovinek. Je znepokojující, že zdravých stravovacích návyků nedosahuje ani čtvrtina z každé skupiny uživatelů návykových látek. Zhoršené stravovací návyky se objevují přibližně u 36 % z každé skupiny, u uživatelů halucinogenů přesahuje počet polovinu respondentů. Současně bylo zjištěno, že u 74 % zúčastněných se vyskytují dny, kdy nepřijímají prakticky žádné živiny. Průměrná hodnota byla vypočítána na 2,7 dne. Nabízí se otáz-

ka, co přesně je příčinou nedostatečných stravovacích zvyklostí u uživatelů drog? V prvé řadě můžeme poukázat na psychologické principy a sociální aspekty, které se mohou uplatňovat v životě uživatele drog. Mezi hlavními stojí změna životního stylu v souvislosti s počátkem drogové kariéry, která vedla ke ztrátě zájmu o všechno včetně jídla. Samotná specifika stravy vycházejí nepochybně také z prostředí, ve kterém se uživatelé drog pohybují. Jejich nejčastějším útočištěm je ulice, na které jsou prostředky k dosažení dobré stravy prakticky nulové. Rovněž se na struktuře stravování podílí i vliv samotné návykové látky, která buď stimuluje, či popírá chuť k jídlu (Marečková et al., 2007; Svobodová, Václavík, 2006). Respondenti užívající konopné látky vykazují oproti jiným skupinám návykových látek zvýšené skóre a lze říci, že se u nich vyskytují lepší stravovací návyky než u ostatních skupin drog. Tento fakt nemusí ovšem znamenat, že by tito klienti oproti jiným žili zdravěji, domníváme se proto, že výsledek souvisí spíše s charakterem konopné látky, která právě stimuluje chuť k jídlu, a proto se u těchto participantů může objevovat například vyšší frekvence příjmu potravin.

Zdravé stravovací návyky jsou současně spjaté s dostatečným příjmem tekutin. Bylo zjištěno, že pro vhodné fungování organismu je zapotřebí vypít minimálně 1,5 litru tekutin, optimální pitný režim se pohybuje okolo 2–3 litrů tekutin (WHO, 2003). Naší hypotézou u této oblasti byl nižší příjem tekutin, což se potvrdilo u tří z pěti skupin návykových látek. Druhou kategorií, tedy příjem 0,6–1,5 litru tekutin za den vykazuje téměř polovina participantů ze skupiny stimulantů, halucinogenů a skupiny ostatních návykových látek. 36 % uživatelů konopí a 40 % uživatelů opioidních látek uvedlo, že za den vypijí doporučené množství tekutin, tj. 1,6–3 litry tekutin.

Hodnoceny byly taktéž kvalitativní změny ve stravování, které vznikly v souvislosti s užíváním návykových látek. U jednotlivých skupin návykových látek lze pozorovat značné odlišnosti. Signifikantní změnou vyskytující se ve stravování v souvislosti s užíváním drog je dle respondentů snížení hmotnosti, které se nejčastěji objevuje u uživatelů látek opiátového typu a stimulantů. Dalším významným faktorem je ztráta chuti, kterou uvádí 42 % uživatelů opioidních látek a 27 % uživatelů stimulantů. U ostatních skupin ztrátou hmotnosti netrpí více jak 15 % účastníků. Zvýšení hmotnosti v souvislosti s užíváním drog uvádí nejvíce uživatelé konopných látek, a to ve 20 %, u ostatních skupin návykových látek se tato možnost vyskytuje maximálně u 16 % účastníků.

Výsledky studie naznačují, že kvalita stravovacích návyků může být důležitým faktorem ovlivňujícím zdravotní stav a kvalitu života uživatele návykových látek. Správné stravování totiž nepřináší jen pocit sytosti, ale slouží především jako prostředek ke zlepšení jak psychického, tak fyzického stavu. Výživa může významně ovlivnit proces léčby

a detoxikace organismu od návykových látek, včetně pozitivního vlivu na metabolismus a funkce jednotlivých orgánů. Kvalitní stravovací návyky jako součást zdravého životního stylu mohou přispět k vyrovnanějšímu duševnímu stavu, prevenci relapsu a vyšší kvalitě života. Současné nutriční návyky mohou být u klientů na začátku drogové kariéry ještě relativně dobré, ale s postupem času (a změn v oblasti preferencí a hodnot) se jejich stav zhoršuje. Bylo by proto zajímavé v navazujícím výzkumu sledovat tyto proměnné z pohledu dalších psychologických fenoménů, zejména z oblasti motivace a životních hodnot.

Závěrem je nutné zohlednit výsledky studie v celkovém kontextu a výzkumném designu. Hlavní limity vycházely nejvíce z charakteru výzkumného souboru, přičemž příčiny pramení především z nízkého počtu respondentů, neúplné vyrovnanosti v demografických proměnných, dobrovolnosti participace a použití sebesposuzovacích metod. Ve vztahu k prezentovaným výsledkům je potřeba uvést, že u klientů byly údaje o frekvenci přijímané potravy zjišťovány v rámci celkem 8 otázek dotazníku, jež byly vyhodnoceny souhrnně – společně s dalšími údaji týkajícími se nutriční skladby jídelníčku pomocí zvolených kategorií: nedostatečné stravovací návyky, zhoršené stravovací návyky, zdravé stravovací návyky. Výsledky jsou prezentovány souhrnně v rámci daných kategorií. Informace o počtu dnů, kdy se jedinec nestravuje vůbec, byla zjišťována pouze jako doplňující a vzhledem k přehlednosti prezentace výsledků neuvádíme členění dle jednotlivých typů návykových látek. U klientů současně nebyla sledována drogová kariéra, pouze

frekvence a typ užívané návykové látky / kombinace látek. Vzhledem k primárnímu fokusu článku na nutriční návyky a přehlednosti výsledků však výsledky těchto proměnných podrobněji neuvádíme.

Cílem naší studie bylo přispět k pochopení problematiky stravovacích zvyklostí u uživatelů drog z širší perspektivy a přinést podklady pro další výzkumy či praktické aplikace na toto téma především v oblasti nízkoprahových služeb. Vhodné rozšíření studie by mohlo být jednak formou aplikace krátké nutriční intervence a edukace klientů přímo v kontaktních centrech a současně rozšířením metod evaluace služeb potravinového servisu (např. Gabrhelík, Charvát & Miovský, 2005; Šťastná et al., 2011). První možnou cestou aplikace nutriční intervence do oblasti adiktologických služeb je adaptace již zavedeného nutričního programu ze zahraničí (např.: Neale et al., 2011; Tarman & Dewar, 2011) nebo vytvoření nové intervence na základě současných nutričních doporučení s ohledem na potřeby dané cílové skupiny. Třetí varianta je individuální cesta poradenství klientům – např. v rámci adiktologického poradenství či ve formě spolupráce s praktickými lékaři a nutričními terapeuty. Zásady zdravé výživy by totiž měly proniknout ke všem sociálním skupinám populace prostřednictvím alespoň základních nutričních programů a krátkých intervencí, jako je tomu v zahraničí (Neale et al., 2011; Tarman & Dewar, 2011) a být součástí komplexní péče v rámci přístupu harm reduction (Giesbrecht & Haydon, 2006; Vacek & Vondráčková, 2012) ve sféře adiktologických služeb.

LITERATURA / REFERENCES

- Alves, D., Costa, A. F., Custódio, D., Natário, L., Ferro-Lebres, V. & Andrade F. (2011). Housing and employment situation, body mass index and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment. *Heroin addiction & Related clinical Problems*, 13(1), 11–14.
- Dugdale, D. C. (2010). *Diet and substance abuse recovery – Overview*. Retrieved 26, June 2012 from <http://www.umm.edu/ency/article/002149.htm#ixzz1yq6rTnsx> Reviewed last on: 3/18/2010.
- Forrester, J. (2006). Nutritional alterations in drug abusers with and without HIV. *American Journal of Infectious Diseases*, 2(3), 173–179. Retrieved 30, June 2012, from National Center for Biotechnology Information website: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820890/?tool=pubmed>.
- Gabrhelík, R., Charvát, M. & Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském kraji. *Adiktologie*, 5(1), 22–33.
- Giesbrecht, N., & Haydon, E. (2006). Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug & Alcohol Review*, 25(6), 633–646.
- Kachlík, P., Kubíniová, M., Matějová, H. & Šimůnek, J. (2002). Stravovací zvyklosti kuřáků marihuany. *Adiktologie* 2(1), 10–21.
- Krug, I., Treasure, J., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V. & ... Wagner, G. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1), 169–179, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.04.015.
- Mahadevan M., & Fisher C. B. (2010). Factors influencing the nutritional health and food choices of African American HIVpositive marginally housed and homeless female substance abusers. *Applied Developmental Science*, 14, 72–88.
- Marečková, J., Orliková, B., Minařík J., Koryntová G., Justinová, J. & Kubů, J. (2007). *Drogy: otázky a odpovědi*. Příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese. Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM. Praha: Portál.
- Miller, R. P. (2010). *Nutrition in addiction recovery*. Dokument centra Many Hands Sustainability Center (MHSC). Retrieved 19, June 2012 from <http://mhof.net/articles/pdfs/6.pdf>.
- Minařík, J. (2003). Opioidy a opiáty. In: K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering L. & Fischer J. (2011). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. Society for the Study of Addiction. *Addiction*, 107, 635–641.
- Nolan L. J. & Scagnelli L. M. (2007). Preference for sweet foods and higher body mass index in patients being treated in longterm methadone maintenance. *Substance Use Misuse*, 42, 1555–1566.
- Perkins, K. A. (1992). Effects of tobacco smoking on caloric intake. *British Journal of Addiction*, 87, 193–205. Retrieved 30, June 2012 from <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb02693.x/pdf>.

- Pilařová, L. (2003). Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 205–208. Retrieved 28, June 2012 from <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf>.
- Root, T. L., Pinheiro, A., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H. & ... Bulik, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 14–21. doi:10.1002/eat.20670.
- Santolaria-Fernandez, F. J., Gomez-Sirvent J. L., Gonzalez-Reimers C. E., Batista-Lopez J. N., Jorge-Hernandez J. A., Fermin Rodriguez-Moreno, F., Martinez-Riera A. & Hernandez-Garcia, M. T. (1995). Nutritional assessment of drug addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 38(1), 1–18.
- Smit, E. & Crespo, C. J. (2001). Dietary intake and nutritional status of US adult marijuana users: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Public Health Nutrition*, 4(3), 781–786.
- Smit, E., Graham, N. M., Tang, A., Flynn, C., Solomon, L. & Vlahov, D. (1996). Dietary intake of community-based HIV-1 seropositive and seronegative injecting drug users. *Nutrition*, 12(7–8), 496–501.
- Svobodová, J. & Václavík, M. (2006). Detoxifikace u závislosti na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 282–284.

- Štastná, L., Nevoralová, M., Pavlovská, A., Čablová, L. & Mladá, K. (2011). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.
- Tarman, V. & Dewar S. (2011). *What does a food addict eat? A diet vs a food plan*. Retrieved 5, June 2012 from <http://addictionsunplugged.com/2011/10/09/a-diet-vs-a-food-plan/>.
- Threlkel, D. E. (2010). *Nutritional attitudes of the metamphetamine addicted*. Sacramento: California state university. Retrieved 5, June 2012 from <http://csus-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.9/937/Final%20PDF.pdf?sequence=1>.
- Vacek, J. & Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, 12(2), 138–151.
- Wiese, J. G., Shlipak, M. G. & Browner, W. S. (2000). The Alcohol hangover. *Annals of Internal Medicine*, 132, 897–902.
- World Health Organisation. (2012). *BMI – Body Mass Index*. Retrieved 4, June 2012 from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- World Health Organisation. (2003). *Food based dietary guidelines*. Denmark: WHO.

Quality Patient Care Kvalitní péče o pacienta

Reckitt Benckiser Pharmaceuticals vyvinul iniciativu “Kvalitní péče o pacienta”, cílem které je pomoci lékařům při jejich péči o pacienty závislé na opioidech.

Nastavení a zvládnutí cílů léčby

Posílení potřeby dlouhodobé léčby vzhledem ke chronické povaze stavu pacienta

Obnovení kvality života

Zlepšení kvality života pacienta



Management rizika

Minimalizace rizik, která souvisejí s léčbou závislosti na opioidech

Správná terapeutická praxe

Podpora správné praxe za pomoci farmakologické léčby a psychosociálního poradenství

Další informace obdržíte na adrese:

Reckitt Benckiser (Czech) s.r.o.
Reckitt Benckiser Pharmaceuticals
Vinohradská 151 – Budova A
130 00 Praha 3
E-mail: info.rbp@rb.com
a na telefonním čísle +800 270 81 901

 **Reckitt Benckiser**
Pharmaceuticals