

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Petra Giertlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Riziko malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

RNDr. Pavel Suchánek

Autor práce:

Petra Giertlová

4. 5. 2012

Abstrakt

Název práce: Riziko malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním

Schizofrenie je závažné onemocnění a většina nemocných potřebuje celoživotní léčbu. U pacientů se schizofrenií je vyšší prevalence rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky, dyslipidemie, nadváhy, obezity. Většina schizofreniků má nevhodné stravovací návyky, nedostatek pohybové aktivity, trpí nikotinismem. Taktéž dlouhodobé užívání antipsychotických léků se podílí na přírůstku tělesné hmotnosti.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsem čerpala z odborné literatury, popisuji malnutrici, schizofrenii a její typy, léčbu a rizika spojená s tímto onemocněním. Praktická část je zaměřená na výzkum, jehož cílem bylo zjistit výskyt malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním, vliv antipsychotické medikace a zmapovat informovanost ošetřujícího personálu v Domově se zvláštním režimem Libnič. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou, formou nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořily čtyři všeobecné sestry z Domova. Dále byla provedena analýza zdravotnické dokumentace, kterou bylo zjištěno, že u převážné většiny schizofreniků se kromě jejich základního onemocnění vyskytují další onemocnění, zejména obezita, hypertenze, diabetes 2. typu, hyperlipidemie. Výsledky výzkumu dále prokázaly, že ošetřující personál má znalosti o možných rizikových faktorech pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění u schizofrenických klientů v důsledku nevhodných stravovacích návyků či vlivem antipsychotické medikace. Rozhovorem s všeobecnými sestrami vyplynulo, že malnutrici považují pouze za stav podvýživy. Nutriční péči si shodně spojují s prací nutričního terapeuta a jeho péči o výživu klientů, nutriční podporu sestry znají, ale mají nízkou úroveň znalostí v produktech modulární dietetiky.

Touto prací bych chtěla poukázat na to, že schizofreničtí pacienti jsou ohroženi zvýšenou mortalitou a morbiditou nejen v důsledku základního onemocnění, ale také antipsychotickou léčbou a nevhodným životním stylem, proto by péče o výživu a nutriční podpora měla být důležitou součástí léčby u psychiatrických onemocnění.

Abstract

Title: Risks of malnutrition for people with schizophrenia

Schizophrenia is a serious mental illness. The majority of people suffering from this illness require lifelong treatment. The prevalence of risk factors such as development of cardiovascular disease, diabetes, dyslipidemia, overweight, obesity is higher with regard to the patients with schizophrenia. A large number of these people have bad eating habits, lack of physical activity and nicotine dependence. The use of antipsychotic medications also contributes to increased storage of fat and overweight.

This Bachelor Thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part, based on the professional literature, describes malnutrition, schizophrenia and its different types, treatment and risks associated with this illness. The practical part focuses on research the main objective of which is to find out the incidence of malnutrition among patients with schizophrenia, the influence of antipsychotic medication and survey whether the nursing staff at the Nursing home with special care in Libníč is sufficiently informed. The survey is accomplished by means of the qualitative method using non-standardized interview. Research file consists of data submitted by four general nurses from the aforementioned Nursing home. The analysis of health documentation reveals that the majority of schizophrenic patients suffer from other illness, such as obesity, hypertension, diabetes and hyperlipidemia. The results of this survey prove that nursing staff are sufficiently informed and aware of possible risk factors associated with the development of cardiovascular disease with regard to the schizophrenic patients due to incorrect eating habits or antipsychotic medication. The interview with the nurses implicates that malnutrition is considered as undernourishment. Accordingly, they identify nutrition care with the work of nutrition therapist and his care of patient nutrition. The nurses are aware of nutrition support. However, they have low level of knowledge regarding the products of modular dietetics.

The main objective of this work is to demonstrate that schizophrenic patients are

in Langer of higher mortality and morbidity rate, not only as a results of their illness, but also due to the antipsychotik medication treatment and inappropriate life style. This is the mason why the nutrition care should not be marginalized, nor neglected during the treatment of mental illnesses.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Riziko malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2012

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce RNDr. Pavlu Suchánkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení při psaní mé bakalářské práce. Velmi si vážím této spolupráce. Zároveň chci poděkovat PhDr. Bc. Kateřině Valentové, MSc. a MUDr. Lukášovi Krejčů za poskytnuté materiály.

Obsah

Úvod.....	11
1. Současný stav	12
1.1 Malnutrice.....	12
1.1.2 Malnutrice z nedostatku vitamínů nebo stopových prvků	13
1.1.3 Nutriční podpora při malnutrici	13
1.1.4 Malnutrice z nadvýživy	14
1.1.5 Příčiny obezity	15
1.1.6 Hodnocení obezity	15
1.1.7 Zdravotní rizika obezity.....	16
1.2 Nutriční problematika v psychiatrii.....	18
1.2.1 Mentální anorexie a bulimie	18
1.3 Psychózy.....	19
1.4 Schizofrenie	19
1.4.1 Aktuální klasifikace schizofrenie.....	21
1.4.2 Typy schizofrenního onemocnění.....	22
1.4.3 Průběh a prognóza schizofrenie	24
1.5 Léčba schizofrenie a resocializace	24
1.5.1 Léčba psychofarmaky	25
1.5.2 Historie léčiv u schizofrenního onemocnění	25
1.5.3 Intoxikace vodou u schizofrenie	26
1.5.4 Jiné účinky antipsychotik.....	28
1.6 Organizace péče o osoby s duševním onemocněním	29
1.7 Zdravý životní styl u psychóz.....	30
1.7.1 Preventivní programy	32
2. Cíle práce a výzkumné otázky	34

2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3. Metodika	35
3.1 Popis metodiky	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4. Výsledky	36
4.1 Analýza zdravotnické dokumentace	36
4.2 Rozhovory se sestrami	39
5. Diskuze	47
6. Závěr	51
7. Seznam použitých zdrojů	54
8. Klíčová slova	58
9. Přílohy	59

Úvod

Výživa patří mezi základní potřeby člověka. Správná výživa je velmi důležitá pro člověka nemocného, ale i zdravého. S výživou úzce souvisí riziko malnutrice. Do malnutrice lze zahrnout poruchy výživového stavu v důsledku nedostatku, nadbytku nebo nevyváženého zastoupení energie, proteinů a ostatních složek.

U osob trpících psychiatrickým onemocněním se vyskytují poruchy výživy jak z nedostatku živin (mentální anorexie, bulimie), tak z nadbytku živin (nadváha, obezita, metabolický syndrom). Mezi nemocnými schizofrenií je obezita a její výskyt velmi častý. Důvodem jsou negativní příznaky schizofrenie, nemocní jsou apatičtí, trpí sociální izolací a velmi často porušují životosprávu. Svůj podíl má i antipsychotická léčba, léky úspěšně potlačují projevy schizofrenního onemocnění, ale jejich nežádoucími účinky jsou přírůstky na hmotnosti, zvýšení chuti k jídlu, vliv na krevní tlak, srdeční frekvenci. Schizofrenici mají vyšší prevalenci rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, nadváhy, obezity, těžké obezity, dyslipidemie; mají nevhodné stravovací návyky, nedostatek pohybové aktivity, trpí nikotinismem. Proto v léčbě schizofrenie je důležitá spolupráce psychiatra s nutričním terapeutem a vedle medikamentů kládá důraz na změnu životního stylu a stravovacích návyků schizofreniků.

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala, protože již přes 18 let pracuji s lidmi trpícími schizofrenií. Vím jak je těžká spolupráce takto nemocného člověka, který je uzavřený do sebe a nemá zájem na tom cokoliv měnit.

1. Současný stav

1.1 Malnutrice

Malnutrici lze vysvětlit jako špatný výživový stav člověka (27). Do malnutrice se zahrnují poruchy výživového stavu v důsledku úplného nebo relativního nedostatku, nadbytku nebo nevyváženého zastoupení jedné nebo více složek výživy (3). Podle chybějící složky můžeme malnutrici rozdělit na energetickou, proteinovou a smíšenou. Podle stavu organismu během hladovění pak malnutrici dělíme na nekomplikovanou a komplikovanou.

Nekomplikované hladovění:

- malnutrice charakteru marasmu
- proteinová malnutrice
- smíšená forma malnutrice – marasmus-kwashiorkor

Komplikované hladovění (stresové):

- kwashiorkor-like-malnutrice (13)

Hladovění je skutečná absence nutrice. Později přechází v marasmus, kdy nastává naprosté rozvrácení metabolismu a ani lékařská intervence pacienta nezachrání (12). Marasmus je nejčastějším typem podvýživy na psychiatrických odděleních. U psychiatrických chorob je to mentální anorexie a bulimie, schizofrenie vedoucí až ke katatonnímu stuporu, těžké depresivní poruchy, demence různé etiologie, paranoidní bludy s odmítáním potravy. U potíží, které nejsou psychiatrického původu, ale mohou komplikovat psychiatrická onemocnění, to je všeobecně u starých pacientů, u osob s defektním chrupem nebo špatnou zubní protézou, u postižení slinných žláz, onemocnění dutiny ústní, hltanu, jícnu, GIT a jater a u intolerance potravy v rámci malabsorpčního syndromu (13).

Proteinová malnutrice se vyskytuje u osob, které přijímají dostatečné množství energie, ale je u nich nedostatečný příjem bílkovin. S touto malnutricí se můžeme setkat u alkoholiků, u osob s těžkými depresemi, u starých lidí, u některých skupin s odlišnými

stravovacími návyky, například makrobiotici nebo vegani (13).

Kombinací marasmu a proteinové malnutrice vzniká marasmus-kwashiorkor a vyskytuje se v pozdních fázích těchto dvou typů malnutrice. V typické podobě se vyskytuje v pozdních stádiích chronického alkoholismu. Bývají při ní deficity vitaminů, minerálních látek a stopových prvků.

Komplikované hladovění - stresové hladovění – kwashiorkor-like-malnutrice. Tento typ malnutrice je kombinací hladovění a zároveň probíhajícího těžkého onemocnění. Stresové hladovění je charakterizováno zvýšeným katabolismem svalových bílkovin, vyskytují se generalizované otoky, které překrývají obraz úbytku svaloviny (13).

1.1.2 Malnutrice z nedostatku vitamínů nebo stopových prvků

- anémie z nedostatku železa
- onemocnění spojená s deficitem jódu
- pelagra – z nedostatku niacinu
- beri-beri – z nedostatku thiaminu
- kurděže – z nedostatku kyseliny askorbové (3)

1.1.3 Nutriční podpora při malnutrici

Perorální cestou, kdy je potrava přijímána ústy, je optimální způsob nutriční podpory. Příjem potravy ústy, vůně a dotyk vyvolávají řadu reflexů, které napomáhají správnému trávení, resorpci i asimilaci potravin. Nutriční terapeut sleduje celkový stav nemocného, jeho stravovací návyky. Pokud je to možné, vyhledá dietu nejvíce odpovídající přáním pacienta. Používá se modulovaná dieta, kdy je základní strava obohacena o některé složky. Přídavek tuku zvyšuje energetickou hodnotu i chutnost

diety. Sacharidy zvyšují energetickou hodnotu a nezatěžují gastrointestinální trakt. Používají se také proteinové a kombinované preparáty. Pro speciální výživu jsou určeny tekuté preparáty, tzv. sipping (6). Mají přesně definované množství substrátů a jsou obohaceny o vlákninu. Indikují se při nedostatečném perorálním příjmu u nemocných s poruchou výživy s akutním onemocněním (pneumonie, sepse, poškození dutiny ústní, záněty jícnu), při zvýšené potřebě energie u některých chorob (Alzheimerova demence, nádory), v období realimentace, rekonvalescence. Gastrická cesta – výživa je podávána do žaludku, je upřednostňována před parenterální cestou, protože žaludek je přirozeným rezervoárem pro uvolňování stravy do střeva. Dochází k plnému využívání trávicí a resorpční kapacity jejunum a ileum. Kyselé prostředí žaludku má antimikrobiální účinek, kterým se snižuje riziko infekce. Podávaná strava může být ve formě farmaceuticky připravené výživy, která je dostačující a vyvážená. Jinou formou je mixovaná strava, která má některé nevýhody, je nedostatečná s ohledem na složení, existuje riziko z hlediska infekce a může ucpávat sondu. Gastrická strava může být podána nasogastrickou sondou, punkční endoskopickou a chirurgickou gastrostomií. Jejunální výživa je zvláštním typem stravy podávané sondou do jejunum. Jsou podávány výhradně farmaceuticky vyráběné přípravky, aby nedošlo k zavlečení infekce a strava byla vyvážená. Parenterální výživa je výživa podávaná do cévního řečiště. Je indikována v situaci, kdy nemocný nemůže být živěn enterální cestou. Nejčastěji pro obtíže gastrointestinálního traktu, u nespolupracujících nemocných a k překlenutí těžkých nutričních deficitů (28).

1.1.4 Malnutrice z nadvýživy

Malnutrice z nadvýživy - obezita je chronické onemocnění spojené s řadou jiných poruch. Obezita je rizikovým faktorem řady dalších chorob, které jsou označovány jako civilizační choroby. Jde o poruchy lipidového metabolismu spojených s kardiovaskulárními problémy, diabetes, hypertenze, artrózy (14).

1.1.5 Příčiny obezity

- nepoměr mezi příjmem a výdejem energie
- nízká pohybová aktivita
- genetické dispozice
- hormonální vlivy
- léky (antipsychotika, neuroleptika apod.)
- psychogenní faktory a jídelní zvyklosti (17)

1.1.6 Hodnocení obezity

Nejčastějším ukazatelem je index tělesné hmotnosti (body mass index – BMI). Jeho nevýhodou je, že nedává představu o rozložení tělesného tuku. BMI získáme podílem tělesné hmotnosti v kilogramech a výšky v m². Přesnějším ukazatelem je obvod pasu (1).

Hodnoty BMI:

méně než 18,5 – nízká hodnota

18,5-24,9 - normální hodnota

25-29,9 - nadváha

30 a více - obezita

30-34,9 - obezita I. stupeň

35-39,9 - obezita II. stupeň

40 - obezita III. stupeň (17)

Obvod pasu (ve středu mezi posledním žebrem a kyčelním hrbolem) se měří vestoje, po mírném výdechu. Hodnoty u žen nad 80 cm a u mužů nad 94 cm představují zvýšené riziko srdečně cévních chorob. Muži s obvodem pasu přes 102 cm a ženy nad 88 cm jsou statisticky významně více ohroženi zdravotními komplikacemi, zejména pak srdečně cévními (1).

Rozlišujeme dva typy obezity. Gynoidní (ženský) typ obezity se vyznačuje větším nahromaděním tuku na bocích a hýždích a není spjat se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění. Naproti tomu obezita androidní (mužská), u které se tuk ukládá hlavně v okolí pasu je považována za rizikový faktor vzniku kardiovaskulárních onemocnění (1).

Příčiny obezity nejsou zatím zcela objasněny. Genetické faktory se podílejí cca 40% na vzniku obezity, hlavní roli hrají exogenní faktory, především výživa a životní styl (17).

1.1.7 Zdravotní rizika obezity

Zvýšená tělesná hmotnost a obezita zvyšují riziko pro řadu onemocnění a patologických stavů:

- srdeční infarkt
- srdeční nedostatečnost
- hypertenze
- žilní nedostatečnost
- inzulinová rezistence
- diabetes II. typu
- dyslipidemie
- hyperurikemie

- hyperfibrinogemie
- ztučnění jater
- žlučnickové kameny
- degenerativní onemocnění kloubů
- intertrigo
- hirsutismus
- strie
- rakovina dělohy, prsu, prostaty, žlučníku
- snížená fertilita, porodní komplikace
- komplikace při operacích
- spánková apnoe

Problémy, které vnímají pacienti zatížení obezitou

- ztížené vyšetřování pacienta
- malé sebevědomí
- snížená pohyblivost a vytrvalost
- sociální izolace, diskriminování
- partnerské problémy
- problémy v zaměstnání

Obezita hraje důležitou roli při vzniku metabolického syndromu, který je charakterizován hypertenzí, poruchou glukózové tolerance resp. diabetem II. typu, dyslipidemií, inzulinovou rezistencí a obezitou mužského typu (24).

1.2 Nutriční problematika v psychiatrii

Péče o výživu a nutriční léčba jsou stále opomíjenou součástí terapie u psychiatricky nemocných. Psychiatrická péče bývá spíše orientována především na oblast psychosociálních potřeb pacienta, na jeho duševní stav, a může se tak paradoxně stát, že jsou při hospitalizaci fyzické potřeby pacienta opomenuty či odloženy (10). Zde je velmi důležitá všímatost středního zdravotnického personálu a jeho spolupráce s lékařem a nutričním terapeutem. U pacientů s psychiatrickým onemocněním se setkáváme jak s poruchami výživy z nedostatku příjmu živin, tj. obvykle u mentální anorexie a mentální bulimie, ale i onemocnění z nadbytečného příjmu, tj. obezita, nadváha a s tím související onemocnění. Nedostatečný příjem potravy je také závažným problémem u pacientů, kteří trpí paranoidními bludy či halucinacemi (13).

1.2.1 Mentální anorexie a bulimie

Mentální anorexie a bulimie se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Ve větší míře postihuje dívky. Jsou to mezní polohy nutričního chování, neschopnost jíst s mírou, přiměřeně potřebě svého organismu – od život ohrožujícího omezování příjmu potravy, které vede k hladovění až po přejídání se spojené s užíváním projímadel, diuretik a zvláště zvracením. Obě poruchy se vyznačují intenzívním úsilím o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu - obava z jídla, strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem. S mírou podvýživy souvisejí další psychické a somatické příznaky (17). Léčba představuje zdoluhavý a obtížný proces, většina nemocných se nakonec vyléčí. Důležitou roli hraje psychoterapie a nutriční poradenství. Je třeba co nejrychleji vyhledat lékaře a zabránit následkům nedostatečné výživy. Nezastupitelnou a nejdůležitější roli má aktivita a spolupráce nemocného, jeho motivace a trpělivost. Důležitá je i spolupráce rodiny (17).

1.3 Psychózy

Psychiatrická klasifikace rozeznává několik psychotických onemocnění, podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize:

- schizofrenie
- schizotypní porucha
- trvalé duševní poruchy s bludy
- akutní a přechodné psychotické poruchy
- indukovaná porucha s bludy
- schizoafektivní poruchy

Mezi projevy psychózy patří nespavost, změny chuti k jídlu, úzkost a strach. Nemocný postupně ztrácí kontakt se skutečností. Přednost dává svým vlastním psychotickým prožitkům, podle nichž se i chová. Zároveň si je jist, že je zcela v pořádku. Toto se nazývá ztráta náhledu na onemocnění. Mezi nejčastější psychotické projevy patří bludy a halucinace, v psychiatrii se označují jako pozitivní příznaky (25).

1.4 Schizofrenie

Dějiny psychiatrie nejsou tak úzce spojeny s žádnou jinou nemocí jako se schizofrenií (16). Schizofrenie je těžká duševní porucha, patří do velké skupiny psychóz, tedy do takových poruch, které závažným způsobem porušují schopnost člověka pracovně a sociálně se adaptovat. Narušují samotnou strukturu osobnosti, zasahuje především oblast myšlení a vnímání. Vědomí a inteligence zůstávají obvykle nedotčeny nebo jsou dotčeny málo (22).

Ze symptomů se u schizofrenie nejčastěji vyskytují bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity (11). Bludy jsou mylná přesvědčení, při

jejichž vzniku hraje důležitou roli chybná interpretace vjemů či prožitků. Pro blud je typická chorobnost (vzniká v důsledku nemoci) a nevývratnost. Obsah bludů je různý - perzekuční, paranoidní, somatický, religiózní, grandiózní. Pro schizofrenii jsou nejtypičtější:

- bludy vztahovačnosti – různé situace si pacient vztahuje ke své osobě, např. lidé si o něm povídají, všechno o něm vědí
- paranoidně-perzekuční bludy – nemocný se cítí pronásledován rozvědkou, sousedem, mimozemšťany
- bludy ovlivňování a kontrolování – pacient má pocit, že na něj někdo působí na dálku, např. kosmickými paprsky, laserem a tím mu ruší myšlení
- religiózní bludy – jsou spjaty se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem

Odlišit blud od pevného přesvědčení o určité skutečnosti je velmi obtížné. Pro schizofrenii jsou typické bizardní bludy. Bizardní blud je zřetelně nepravděpodobný, nepochopitelný a neodvoditelný z běžné životní situace. Např. nemocný si je jist, že mu někdo na dálku přemístil orgány z dutiny břišní do hrudníku. Za bizardní se považují ty bludy, které se týkají ztráty kontroly nad vlastním tělem nebo myslí. Patří sem i intrapsychické halucinace, což je přesvědčení o odnímání nebo vkládání myšlenek nějakou zevní silou, například mimozemskými civilizacemi. Nebizardní blud je kupříkladu přesvědčení o pronásledování policií (11).

Halucinace - existují halucinace všech smyslů (16). U schizofrenie se vyskytují halucinace, pseudohalucinace, iluze a neobvyklé prožitky. Nejčastěji se u schizofrenie vyskytují halucinace sluchové, nemocní je popisují jako hlasy. Jejich obsah je většinou nepříjemný, pacienti slyší jeden nebo více hlasů, typické pro schizofrenii jsou hlasy nepřetržitě komentující pacientovy myšlenky nebo chování. Hlasy se hádají, radí pacientovi – teleologické halucinace nebo přikazují – imperativní halucinace. Neobvyklé zážitky spočívají v distorzi vnímání skutečného objektu, výsledný prožitek neodpovídá normální kvalitě vjemu. Iluze jsou poruchy vnímání reálně existujícího

objektu. Pseudohalucinace jsou vjemy bez existujícího objektu, ale nejsou u schizofrenie moc časté (11).

Dezorganizované myšlení a řeč, chování - myšlení je nesouvislé, nemocný mluví z cesty, má nápadné chování, zanedbává péči o svůj zevnějšek, nepřijímá potravu. Není schopen udržet kolem sebe pořádek a jakýkoli denní režim. Pohybové změny se projevují tím, že nemocný jakoby „zamrzne“ nebo naopak bezcílně pobíhá (25).

1.4.1 Aktuální klasifikace schizofrenie

Schizofrenie je takzvaná polythetická diagnóza, protože pro tuto nemoc nelze formulovat žádný vedoucí symptom. Pro stanovení diagnózy schizofrenie je nutný alespoň jeden jednoznačný symptom uvedený pod bodem 1. nebo nejméně dva symptomy uvedené pod bodem 2.

1. Nejméně jeden z následujících znaků:

- a) slyšení vlastních myšlenek, odnímání nebo vkládání myšlenek, vysílání myšlenek
- b) blud kontrolovanosti, blud ovlivňování, ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla a končetin nebo specifickými myšlenkami, aktivitami, pocity, bludné vnímání
- c) komentující nebo dialogové hlasy, které mluví o pacientovi a jeho chování, nebo hlasy, které vycházejí z různých částí těla
- d) neustávající, kulturně nepřiměřené a plně nerealistické bludy (například, že člověk dokáže kontrolovat počasí nebo je v kontaktu s mimozemšťany)

2. Nejméně dva z následujících znaků:

- a) přetrvávající jakékoliv smyslové halucinace, doprovázené buď prchavými, nebo neúplně vytvořenými bludnými myšlenkami bez jasného afektivního obsahu, které se objevují denně po dobu týdnů nebo měsíců
- b) neologismy, záznamy nebo vkládání do toku myšlenek, což vede k inkoherencím, nepřiměřená řeč
- c) katatonii syndromy – nepokoj, stereotypní držení těla, vosková poddajnost, negativismus, stupor, mutismus
- d) negativní symptomy – výrazná apatie, ochuzená řeč, oploštělost, nepřiměřenost emočních reakcí, většinou vedoucí k sociálnímu stažení a poklesu sociální aktivity; musí se vyloučit, zda tyto symptomy nebyly způsobené depresí nebo neuroleptickými léky

jednoznačné a povšechné kvalitativní změny jednání nemocného, nemocný má projevy nečinnosti, bezcílného chování, je sociálně stažen do sebe (16).

1.4.2 Typy schizofrenního onemocnění

Rozdělení schizofrenie na typy vzniklo v důsledku mnohotvárných klinických obrazů akutního onemocnění a podle pozorovatelných změn symptomů v individuálním průběhu onemocnění. Pokud je nemoc v akutní fázi, je v různé míře postiženo myšlení, emocionální prožitek a i psychomotorika (16).

Paranoidní schizofrenie - je to nejčastější forma schizofrenie, charakterizovaná především bludy a akustickými halucinacemi (16). Výrazné jsou poruchy myšlení, které jsou přizpůsobené bludnému výkladu reality, inkoherece, neologismy (7). Může se často projevit agresivita vůči domnělým nepřátelům (22).

Hebefrenní schizofrenie - tento typ schizofrenie je charakteristický pro adolescentní věk. Vyznačuje se vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou, nepřiměřeně nezbednými a nevypočitatelnými projevy, které vedou k fragmentaci chování, je zde dezorganizované myšlení. U nemocných jsou projevy pseudofilozofování, nápadný je i nepřiléhavý projev i ustrojení, grimasy, ztráta citových vztahů. Nemocní mají manýrované, strojené chování. U této formy není typická přítomnost bludů a halucinací. Dominuje zde porucha chování, pacient budí dojem probíhající přehnané puberty (22).

Katatonní schizofrenie - v popředí jsou poruchy psychomotoriky. Rozlišujeme produktivní a stuporózní formu.

Produktivní forma – projevuje se nadměrnou aktivitou, neobvyklými pohyby, impulzivními činy, vyskytuje se povelový automatismus, nadměrná vzrušenost, bezcílný neklid, stereotypie v motorickém a verbálním projevu.

Stuporózní forma – projevuje se tím, že tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách, hypertonií svalů, tzv. vosková ohebnost (*flexibilitas cerea*). Klinicky se projevuje pasívní polohou pacienta, často v nepohodlné poloze (7). Halucinace a systemizované bludy nejsou přítomny. Pacient nereaguje na žádné podněty, ale vědomí neztrácí (22).

Simplexní schizofrenie - tato forma je málo častá. Její průběh je nenápadný, plazivý. V popředí jsou změny chování s úpadkem vůle, lhostejností, zpovrchněním, ztráta zájmů, oploštělé emoce, autismus, alogie. Dochází k nápadné změně ve školním prospěchu k horšímu, postižený postupně nezvládá nároky, které jsou na něj ve škole kladeny. Chybí zde zjevné pozitivní psychotické příznaky (22).

Reziduální schizofrenie - tato forma je spíše vztažena na průběh onemocnění. Do této formy mohou vyústit příznaky po odeznění akutních příznaků schizofrenního onemocnění. Je charakterizována snížením psychomotorického tempa, snížením emotivity, pasivitou, nedostatkem iniciativy. Je zde snížená sociální výkonnost a péče o sebe (22).

1.4.3 Průběh a prognóza schizofrenie

Kvalita pacientova života závisí na průběhu onemocnění. Průběh schizofrenního onemocnění je velmi variabilní, rozdílný a forma onemocnění mohou být velmi rozmanité. U schizofrenie v podstatě rozlišujeme tři časové úseky:

- začátek onemocnění – je charakterizovaný náhlým propuknutím symptomů, zde hovoříme o akutním začátku, pokud se symptomy vyvíjejí pomalu, jedná se o plazivý začátek.
- průběh onemocnění – jestliže se v dalším průběhu onemocnění střídají schizofrenní epizody s obdobími bez symptomů, hovoříme o fázovém průběhu. Jestliže však symptomy zůstávají více či méně stejné, označujeme to jako chronický průběh.
- konečný stav – může být také rozmanitý. Po letech se může onemocnění zlepšit nebo může nadále zůstat zřetelné postižení (15).

Propuknutí akutního začátku předchází prodromální fáze. Vyskytuje se u většiny pacientů s první epizodou schizofrenie. Tato fáze je charakterizovaná nespecifickými příznaky. Nejčastěji je přítomna snížená koncentrace pozornosti, snížené úsilí a motivace, depresivní nálada, poruchy spánku, úzkost, sociální stažení, podezřívavost. Délka prodromální fáze je variabilní a může trvat roky nebo jen dny (15).

1.5 Léčba schizofrenie a resocializace

Schizofrenie je léčitelná nemocí. Léčba této nemoci ale může trvat velmi dlouho a v průběhu nemoci může docházet k různým výkyvům. Mnohdy však nemusí dojít k úplnému uzdravení. Léčba schizofrenie se opírá hlavně o psychofarmakologickou terapii, dále o psychoterapii, socioterapii a další terapeutické programy (21).

1.5.1 Léčba psychofarmaky

Tato léčba slouží obecně k uklidnění nemocného, k regulaci psychických projevů a ke zvýšení odolnosti. V současnosti se při léčbě schizofrenie používají antipsychotika, dříve se používal název neuroleptika. Tyto léky snižují úzkost, napětí a zmírňují pozitivní a akutní příznaky schizofrenie. Nemocný musí užívat léky pravidelně a přesně tak, jak mu je předepíše lékař. V akutní fázi je často nevyhnutelná hospitalizace nemocného. Tito nemocní často nespolupracují s lékařem a léky odmítají užívat (8).

Správnou psychofarmakologickou léčbu musí předcházet správná diagnóza nemoci. Po zhodnocení stavu nemocného a podmínek jeho léčby, sestaví lékař léčebný plán. S léčbou by se mělo vždy začít co nejdříve. Důležitý pro léčbu je terapeutický vztah pacienta s terapeutem, který je založen na důvěře v lékaře a léčbu ze strany pacienta a zároveň v respektování názorů ze strany lékaře (8).

1.5.2 Historie léčiv u schizofrenního onemocnění

Před objevem antipsychotických léků se k léčbě schizofrenního onemocnění používaly barbituráty, případně bromové přípravky. Objevení antipsychotických účinků sedativního antihistaminika chlorpromazinu na počátku padesátých let 20. století bylo počátkem změny v léčbě schizofrenního onemocnění a také rozvoje sociálně psychiatrických postupů. Účinek antipsychotických léků byl prokázán v rozsáhlých klinických zkouškách v šedesátých letech 20. století. Po užití těchto léků se symptomatologie výrazně zlepšila u 70% – 80% nemocných. Pokračující studie prokázaly, že podávání antipsychotických léků v počátečním stadiu onemocnění snižuje budoucí potřebu hospitalizovat nemocného. Udržovací léčba antipsychotiky zabraňuje dalším atakám psychózy, výskytu relapsu a poskytuje nemocnému prostor k rehabilitaci a jeho návratu do běžného života (8).

Antipsychotické léky dělíme podle účinnosti na léky s vysokou, střední a nízkou účinností. Kritériem pro zařazení do těchto skupin je výše denní dávky těchto léků.

Hlavním vedlejším účinkem klasických antipsychotických léků bývají extrapyramidové příznaky, tzv. parkinsonská hypokineze, tremor, rigidita a jiné. Také se mohou objevit extrapyramidové motorické poruchy – tzv. dyskineze, tj. kroutivé pohyby jazyka, v obličeji i s končetinami, žvýkání, žmoulání. Tyto nežádoucí účinky se vyskytovaly u 60% - 70% nemocných. Také závisí na dávce a léčbě nemocného. Toto je jeden z důvodů, proč nemocní přestanou léky užívat a tím se sami vystavují návratu onemocnění (8).

Výrazným zlepšením bylo zavedení antipsychotik II. generace neboli atypických antipsychotik. Mají stejný antipsychotický účinek a nedochází k vedlejším účinkům nebo jen v malé míře. Lépe také ovlivňují negativní příznaky a příznaky deprese a úzkosti. Mezi antipsychotika II. generace patří risperidon, olanzapin, amisulprid a klozapin, sertindol, ziprasidon. Nižší výskyt nežádoucích vedlejších účinků u těchto antipsychotik zvyšuje kvalitu života nemocných a jejich zastávání životních rolí (8). Ale pozor v případě užívání některých antipsychotik, např. carbamazepin, kyselina valproová, haloperidol, může dojít u osob trpících schizofrenií k poruchám regulace osmolarity a následné intoxikaci vodou.

1.5.3 Intoxikace vodou u schizofrenie

Jedná se o rozvrat vnitřního prostředí v důsledku retence vody v organismu. Příčinou je porucha regulace osmolarity – syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH – syndrome of inappropriate secretion of ADH). Může se vyskytovat u různých chorobných stavů – organická onemocnění centrální nervové soustavy, pooperační stavy, duševní poruchy, nádorová onemocnění a další. Také se popisuje v důsledku užívání některých léků – carbamazepin, kyselina valproová, haloperidol a další. U osob s psychiatrickým onemocněním, zvláště u nemocných trpících chronickou schizofrenií se popisují časté poruchy v hospodaření vodou s natriem. U chronických psychiatrických pacientů se vyskytuje primární polydipsie, tj. porucha způsobená pravděpodobně sníženým osmotickým prahem pro

žízeň pod úroveň prahu pro sekreci ADH. Nadměrný příjem tekutin může být způsoben i vedlejšími účinky psychofarmak – pocitem suchosti v ústech (9).

ADH – antidiuretický hormon = vazopresin je hormon uvolňovaný z neurohypofýzy a je důležitý pro zajištění propustnosti distálních částí nefronu pro vodu a tím pro konečnou úpravu moče (12).

Sekreci ADH zvyšuje narůstající osmolarita séra nad prahovou hodnotu 280 mmol/l, dále hypovolémie a náhlý pokles krevního tlaku, chorobné stavy, některé léky, stres a další. Pokud sekrece ADH pokračuje i při osmolalitě, která klesá pod dolní mez 280 mmol/l, jedná se o syndrom nepřiměřené sekrece ADH. V organismu se zadržuje voda, dochází k poklesu osmolarity extracelulární tekutiny, voda se přesouvá intracelulárně a dochází k otoku mozku (9).

Klinický obraz:

- porucha vědomí různého stupně (neklid, úzkost, zmatenost, apatie, somnolence, někdy nastane i kóma)
- svalová slabost, křeče, závratě
- nauzea, zvracení
- vzestup krevního tlaku
- polyurie
- laboratorní nález – hyponatremie pod 115 mmol/l

Nemocný je ohrožený komplikacemi vyplývajícími z poruchy vědomí a z rozvratu vnitřního prostředí:

- aspirace zvratků
- úraz způsobený pádem
- krvácení do gastrointestinálního traktu
- selhání oběhu a dechu
- infekce – bronchopneumonie (9)

Léčba podle závažnosti probíhá na interním oddělení nebo na JIP a je převážně symptomatická:

- zajištění životních funkcí
- pomalá infuze hypertonického NaCl
- restrikce příjmu čisté vody
- diuretika v nízkých dávkách
- léčba edému mozku
- prevence recidivy SIADH – omezení příjmu tekutin na 1,5 l denně (9)

1.5.4 Jiné účinky antipsychotik

Uvedením antipsychotických léků II. generace do klinické praxe se výrazně zkvalitnila léčba schizofrenie. Hlavním vedlejším účinkem antipsychotik II. generace je obezita, hyperglykemie, hyperlipidemie, kardiální komplikace. Výběr vhodného antipsychotika musí být přísně individuální s ohledem k profitu na straně jedné a případných rizik na straně druhé. Antipsychotika druhé generace zvyšují tělesnou váhu více ve srovnání s antipsychotiky první generace. Největší vzestup váhy je spojován s klozapinem a olanzapinem. Vzestup váhy u pacientů užívajících antipsychotika je doprovázen zvýšením hladiny leptinu. U pacientů léčených klozapinem a olanzapinem dochází k významnému vzestupu tělesné váhy, ale i sérových hladin triglyceridů a leptinu. Zvýšení tělesné váhy v souvislosti s užíváním antipsychotik je důležitým faktorem spolupráce. Obézní pacienti častěji nedodržují léčebný režim a vynechávají častěji léky než pacienti s normální tělesnou hmotností (2).

1.6 Organizace péče o osoby s duševním onemocněním

Péče o duševní zdraví je v České republice poskytována v různých formách. Cílem je poskytnout kvalitní péči v oblasti psychiatrické, psychologické, ošetrovatelské a sociální. Systém péče o psychicky nemocné v zařízení můžeme rozdělit na péči institucionální v psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, a na péči poskytovanou mimo instituce, například denní centra nebo chráněné dílny. Neméně důležité jsou psychiatrické ambulance a krizová centra. Psychiatrická zařízení jsou vedena jako samostatná pracoviště nebo tvoří součást vyššího zdravotnického zařízení. Cílem je, aby v České republice v každém regionu byla potřebná nabídka psychiatrických, psychoterapeutických, psychologických a sociálních služeb (10). Systém péče pro duševně nemocné lze rozdělit na několik resortů:

Ambulantní péče - psychiatrická ambulantní péče tvoří základ pro celkovou psychiatrickou péči nemocného. Hlavním úkolem ambulantní péče je prevence, diagnostika, léčba, resocializace, rehabilitace a posuzování duševních nemocí (10).

Lůžková péče - psychiatrická oddělení nemocnic – jsou určena pro krátkodobou a dobrovolnou hospitalizaci nemocného akutní duševní poruchou, ale i s nedobrovolnou hospitalizací. Psychiatrická oddělení provádí diagnostiku, terapie, rehabilitace. Tyto oddělení musí mít zajištěno laboratorní a další pomocná vyšetření, konziliární službu po dobu 24 hodin denně (10).

Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic – poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči, zdravotnické služby, výuku studentům. Psychiatrická klinika bývá propojena s lékařskými fakultami a slouží ke spojení klinické praxe psychiatrie s klinickým výzkumem, vědou a vzděláváním. Tato pracoviště poskytují psychiatrickou péči zejména v závažných a složitých případech (10).

Psychiatrické léčebny – jsou určeny pro dlouhodobou léčbu a rehabilitaci duševně nemocných všech věkových kategorií. Psychiatrické léčebny hospitalizují pacienty k dobrovolné i nedobrovolné péči. V těchto léčebnách jsou hospitalizováni nemocní s různými psychiatrickými diagnózami, nejčastěji však se schizofrenií, léčí

se zde závislost na návykových látkách a poruchy osobnosti, jsou přijímáni i osoby hospitalizované k vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti. Léčebny zajišťují i péči odborníků z jiných medicínských oborů, např. gynekologie, neurologie a jiné (10).

Gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti – zajišťují péči osobám se stařeckými psychickými poruchami.

Sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí – poskytují služby osobám s chronickým duševním onemocněním.

Oddělení poruch paměti - snahou je oddálit demenci a její průvodní projevy, zachytit organické psychosyndromy a léčit je (10).

Intermediární péče - jedná se o komunitní přístup k duševnímu zdraví, prosazuje se péče individuální a respektování individuálních potřeb nemocného. Tento typ péče zahrnuje krizová centra, chráněné bydlení, centra denních aktivit, domácí péče (23).

Meziresortní zařízení - tyto zařízení poskytují zdravotnickou, sociální, právní pomoc, například centra denních aktivit a služeb. Umožňují klientům smysluplně trávit volný čas, zdokonalovat se v pracovních, praktických a sociálních dovednostech, navazovat společenské vztahy. Ve formě klubů se mohou organizovat i různé programy, například rekreační, informační, osvětové a právní. Zahrnují se zde protidrogová kontaktní centra, chráněné bydlení, zařízení na podporu práce a zaměstnání, rehabilitační a chráněné dílny, sociální družstva (23).

1.7 Zdravý životní styl u psychóz

Lidé trpící psychózou se často potýkají s různými tělesnými nemocemi, nejčastěji je to obezita, cukrovka a nemoci oběhového systému (4). Nemocní se v důsledku úzkostí a stresu přejídají, nemají dostatečnou motivaci k pohybové aktivitě. Zvýšenou chuť k jídlu způsobují i vedlejší účinky některých antipsychotických léků (19).

Co znamená zdravý životní styl?

Jednoduchým návodem by mohla být potravinová pyramida (5). Je to doporučení ke správné skladbě výživy. Pyramida je rozdělena na několik pater:

1. Do této nejrozsáhlejší skupiny patří těstoviny, obiloviny, rýže, různé ovesné výrobky, kukuřice, chléb, celozrnné výrobky, brambory a luštěniny. Tyto potraviny jsou bohaté nejen na sacharidy, které tělu dodávají rychle využitelnou energii, ale také některé vitaminy a minerální látky a jsou důležitým zdrojem vlákniny.

Doporučená denní dávka: 3 - 6 porcí potravin z této skupiny denně.

2. Ovoce a zelenina, druhá významná skupina potravin. Jsou bohaté na vitaminy, zejména vitamin C, antioxidanty jako ochranné složky, minerální látky a vlákninu.

Doporučená denní dávka: 3 - 5 porcí zeleniny, 2 - 4 porce ovoce.

3. Třetí skupinu lze rozdělit na další dvě menší skupiny. Řadí se sem potraviny jako libové maso, drůbež, ryby a vejce, které jsou bohaté nejen na bílkoviny, nezbytné pro většinu základních funkcí organismu a obnovu buněk, ale také na minerální látky, například železo, zinek a hořčík a vitaminy skupiny B.

Doporučená denní dávka: vzhledem k tomu, že organismus potřebuje relativně méně bílkovin, je stanovena na 1 - 3 porce denně.

4. Čtvrtou skupinu, která by měla být v denní skladbě potravin zastoupena v nejmenším množství, představují jídla s vysokým obsahem tuků a cukrů. Při výběru tuků upřednostňujeme rostlinné oleje (řepkový, olivový, slunečnicový) a tuk obsažený v rybách. Cukr jako sladidlo, čokolády, cukrovinky, moučníky a ostatní sladké potraviny by měly být zařazeny do denní skladby potravin s rozvahou.

Doporučená denní dávka: maximálně 1 - 5 porcí s doporučeným poměrem tuk: sacharidy = 3 : 2.

5. Tekutiny, dostatečný příjem tekutin je nezbytný pro správnou funkci organismu.

Doporučená denní dávka je 1,5 - 2 litry denně. V horkých letních dnech, při ztrátách tekutin pocením nebo průjmy je nutné množství nápojů zvýšit až na 3 litry denně (5).

Velmi důležitá je také pohybová aktivita, pokud nemůžete provozovat nějakou sportovní aktivitu, alespoň 30 minut denně rychle chod'te (14).

1.7.1 Preventivní programy

Pro osoby s psychotickým onemocněním probíhá v České republice několik preventivně edukačních programů. Významný je preventivně edukační program proti relapsu psychózy – PREDUKA.

Preduka je jednodenní šestihodinový preventivně edukační program proti relapsu psychózy. Účastnit se ho mohou nemocní s psychózou, ale i jejich příbuzní či blízcí. Program vede psychiatr, psycholog a zdravotní sestra. Pro zajištění názornosti je výklad doprovázen promítáním. Účastníci dostanou brožuru s informacemi, do níž si mohou psát poznámky. Témata jsou zpracována ve třech okruzích:

- obecné informace pro nemocné a jejich příbuzné
- informace a rady pro příbuzné
- informace o programu prevence relapsu psychotického onemocnění ITAREPS

Programu se účastní pacienti i jejich blízcí společně: 5 hodin se probírají obecné informace o psychózách a jejich léčbě, na jednu hodinu se pacienti a příbuzní rozdělí; zájemci o program ITAREPS se zdrží na 20 minut po ukončení programu. Účast je bezplatná. Sledování výsledků programu je součástí výzkumného projektu (26).

Dalším významným programem je Program pro dobré zdraví (PPDZ). Tento program je desetihodinový skupinový edukační program zaměřený na dravou životosprávu.

Účastníci se zábavnou formou učí, jak se správně stravovat, jak sportovat a jak si udržet dobrou životní kondici a stabilní tělesnou hmotnost. Účastnit se mohou všichni pacienti s psychotickým onemocněním. Program vede vyškolená zdravotní sestra, instruktorka programu. Každé setkání trvá přibližně 90 minut, jednou týdně. Každý dostane pracovní sešit, do kterého si píše domácí úkoly a poznámky. Témata jsou zpracována ve dvou okruzích: výživa a pohyb. Obecné informace jsou doplněny praktickými ukázkami receptů, exkurzí do prodejny se zdravou výživou, nácvikem měření pulzu, výpočtem indexu tělesné hmotnosti, atd. (26)

Program má v České republice pětiletou tradici a v současné době probíhá v mnoha centrech na území celé republiky. Do srpna 2010 se jej zúčastnilo 1534 pacientů, 85% pacientů hubne nebo nepřibývá na váze po dobu sledování 8-16 týdnů. Více se o programu dozvíte na www.ppdz.cz. (26)

Odborným garantem programu je doc. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D., která je zástupcem vedoucího výuky psychiatrie 3. LF UK a vedoucí denního stacionáře pro terapii psychóz. Předmětem jejího klinického i výzkumného zájmu jsou rodinné psychoedukační programy a další psychosociální intervence pro pacienty se schizofrenií a bipolární poruchou (26).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit výskyt malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním, kteří žijí v Domově se zvláštním režimem, vliv antipsychotických léků.

Cíl 2

Zmapovat informovanost ošetřujícího personálu o možném riziku malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním v zařízení pro psychicky nemocné. Zjistit možnost nutriční péče a nutriční podpory dlouhodobě léčených psychicky nemocných osob.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaký je výskyt malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním, umístěných v Domově se zvláštním režimem a má nějaký vliv antipsychotická medikace?

Výzkumná otázka 2

Jaké znalosti má ošetřující personál o možném riziku či výskytu malnutrice u osob se schizofrenií? Jak se orientují v možnostech nutriční péče a nutriční podpory u osob se schizofrenií, kteří se dlouhodobě léčí?

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

V práci bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených okruhů, ze kterých vyplynuly jednotlivé otázky.

První část rozhovoru byla zaměřena na identifikační údaje respondentů, druhá na zdravý životní styl obecně, třetí se soustředila na život klientů v Domově a čtvrtá byla věnována nutriční péči a podpoře. Všichni dotazovaní byli upozorněni před začátkem rozhovoru, že rozhovor bude anonymní a výsledky budou použity v bakalářské práci. Pro splnění prvního cíle bylo provedeno prostudování zdravotnické dokumentace, jak lékařské, tak ošetrovatelské.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili 4 zaměstnanci z řad ošetřujícího personálu z Domova se zvláštním režimem Libníč. Soubor byl tvořen 4 všeobecnými sestrami ze čtyř oddělení. Sestry byly vybrány náhodně, souhlasily s rozhovorem. Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem vrchní sestry Domova. Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna 2011 do dubna 2011.

4. Výsledky

4.1 Analýza zdravotnické dokumentace

Domov se zvláštním režimem Libnič (dále DZR) poskytuje služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním, zejména se schizofrenií, z toho 46 mužů a 34 žen. V rámci první výzkumné otázky jsem prostudovala zdravotnickou dokumentaci klientů. Zaměřila jsem se především na hodnoty BMI a přidružená onemocnění. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 80 schizofrenických klientů má pouze 13 osob hodnotami do 24,9 a nemá žádné jiné somatické onemocnění. U ostatních 67 osob se vyskytuje nadváha, obezita, těžká obezita, hyperlipidemie, diabetes mellitus, hypertenze, hypercholesterolemie, metabolický syndrom. Všichni klienti užívají trvalou antipsychotickou medikaci naordinovanou psychiatrem. Po prostudování příbalových informací léčiv a po konzultaci s ošetřujícím psychiatrem o jednotlivých účincích léků byla vytvořena tabulka s možnými nejčastějšími vedlejšími účinky léků, které mají tito lidé naordinované.

Léčba schizofrenie antipsychotiky znamená pro většinu nemocných užívání těchto léků až do konce života.

Tabulka 1 - počet nemocných schizofrenií v DZR

Klienti se schizofrenií celkem	Muži	Ženy
80	46	34

Zdroj: vlastní výzkum

Zastoupení schizofrenických klientů v DZR je tvořeno 46 (57%) muži a 34 (43%) ženami.

Tabulka 2 – počet osob s BMI do 24,9 a bez metabolické poruchy

Klienti se schizofrenií celkem	BMI do 24,9	Ostatní nemocní
80	13	67

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 80 osob se schizofrenií má pouze 13 (16%) osob hodnotu BMI do 24,9 a nemá žádnou metabolickou poruchu. U ostatních 67 (84%) klientů se vyskytuje obezita, těžká obezita, vysoký krevní tlak, hyperlipidemie, diabetes mellitus, hypercholesterolemie.

Tabulka 3 – účinky antipsychotické medikace

Účinky antipsychotické medikace	TK	TF	Hmotnost	Chuť k jídlu
Rispera 2mg	snižuje	–	zvyšuje	–
Tisercin	zvyšuje	–	snižuje	–
Tiapridal	zvyšuje	–	–	–
Amitriptylin	snižuje	zvyšuje	–	–
Trittico	zvyšuje	zvyšuje	snižuje	zvyšuje
Invega 6mg	snižuje	zvyšuje	zvyšuje	zvyšuje
Abilify 15mg	–	zvyšuje	–	–
Zalasta 10mg	–	–	zvyšuje	–
Cisordinol 25mg	–	zvyšuje	zvyšuje	zvyšuje
Leponex 100mg	–	zvyšuje	zvyšuje	–
Zyprexa 10mg	-	-	zvyšuje	zvyšuje
Olpinat 5mg	-	-	zvyšuje	zvyšuje
Mirtazapin 15mg	–	–	zvyšuje	zvyšuje
Haloperidol 1,5mg	snižuje	zvyšuje	–	snižuje
Afluditen inj.	zvyšuje	–	–	–
Haloperidol dec. Inj.	snižuje	zvyšuje	–	–

Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedené tabulky vyplývá, že většina antipsychotické medikace, kterou užívají klienti v DZR má vliv na hmotnostní přírůstek, hodnotu krevního tlaku, rychlost srdeční frekvence a chuť k jídlu.

4.2 Rozhovory se sestrami

Rozhovor 1

Všeobecná sestra 35 let, studium na střední zdravotnické škole zakončené maturitou. Délka její praxe je 16 let a celých 16 let pracuje v Domově se zvláštním režimem.

Na otázku zdravého životního stylu sestra odpovídá pohotově, jmenuje některé zásady, např. dostatečný pitný režim, pohybová aktivita, dostatek vlákniny, omezení živočišných tuků, pestrá strava s dostatkem zeleniny a ovoce. Přiznává, že zdravý životní styl se jí nedaří dodržovat, protože v třísměnném provozu je to pro ni celkem složité, ale snaží se aspoň doma vařit zdravěji kvůli svým malým dětem. BMI zná a umí spočítat, mezní hodnoty pro jednotlivé kategorie zná jen přibližně.

Pojem malnutrice dotazovaná sestra definuje jako podvýživu. S podvyživenými klienty se již setkala, ale to bylo v době, kdy zdejší zařízení fungovalo jako Domov pro seniory. V současné době na svém oddělení mají jednu klientku, která vykazuje známky podvýživy, ale ta nemá diagnostikovanou schizofrenii.

O životním stylu schizofrenických klientů vypovídá sestra, že je „určitě odlišný od životního stylu zdravých osob“. Konstatuje na základě vlastní zkušenosti, že pro tyto nemocné nemá správný životní styl žádnou důležitost. Tito lidé nepřemýšlí o tom, co je zdravé a co není. Klienti nemají zájem se o sebe starat. Mléčné výrobky nebo ovoce si mezi sebou vyměňují za cigarety nebo je vyhodí se slovy „to mi nechutná, to nejím“.

Pravidelné kontroly hmotnosti klientů provádí 1x měsíčně, také když odcházejí na dovolenou ke svým příbuzným, převáží se před odchodem a i po návratu z dovolené, vše se zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Výkyvy hmotností se s lékařem konzultují, momentálně nejsou výrazné změny, zvýšenou kontrolu má jedna klientka, která váží 140 kilogramů a má diabetes 2. typu a hypertenzi.

V antipsychotické medikaci se sestra vyzná dobře, o jejím vlivu na hmotnost, krevní tlak a chuť k jídlu povědomí má, sama vyzdvihuje svůj zájem o naordinované

léky, v případě zájmu se dotazuje psychiatra. Z léků, které mají vliv na přírůstek hmotnosti, jmenuje oslovená ošetřující sestra Zyprexu, Zalastu, Mirtazapin.

Dále byla sestra diskutována na téma naordinovaných diet. V dietním systému se orientuje dobře, klienti mají diety naordinované ošetřujícím lékařem. Většina klientů má ale problémy své diety dodržovat. Často jsou mrzutí, když si nemohou dát jídlo, které dříve jedli a teď ho nedostanou. Jídelníček sestavuje vedoucí stravovacího úseku společně s šéfkuchařem, což podle sestry není vhodná volba. V zařízení chybí kvalifikovaný nutriční terapeut.

Následuje dotaz na edukaci klientů ve správném stravování. Sestra podotýká, že edukaci provádějí neustále, ale odezva je minimální. Někteří klienti jsou ochotni naslouchat, ale většina neprojevuje zájem.

DZR nabízí pohybové aktivity. Jsou zde možnosti vycházek, cyklistiky, v zimě běžky. V budově je i pěkná tělocvična a rotopedy. Sestra doporučuje fyzickou aktivitu individuální, protože na oddělení mají klienty, kteří se nemohou účastnit vycházek vzhledem k věku nebo zdravotnímu stavu. Připomíná nedostatek fyzioterapeutů, kteří by se mohli věnovat jednotlivým klientům a také klienti pohyb spíše odmítají, což dle jejího pozorování převažuje.

Na dotaz v čem vidí největší problém ve výživě u nemocných schizofrenií, sestra odpovídá, že valná většina těchto lidí se přejídá a i při snaze o edukaci o správném stravování je malá šance na zlepšení. Klienti se chodí „dojít“ do obchodu a je jim prakticky jedno, zda nakoupené jídlo je pro ně vhodné či ne. Převážná většina schizofreniků je závislá na nikotinu a nadměrném pití kávy.

Nutriční péči sestra vidí ve spolupráci s nutričním terapeutem, který je ve svém oboru kvalifikovaný. V DZR nutriční terapeut není, což považuje za dost velký nedostatek. Chybí zde individuální přístup k jednotlivým onemocněným, protože doporučení lékaře, který dochází za klienty jednou týdně, pro tyto osoby není dostatečný. Diety nedodržují, neuvědomují si důsledky svého chování. Klienti budou stárnout a ve stáří jsou pak problémy s výživou výraznější, zvláště pokud nějaký klient zůstane dlouhodobě upoután na lůžku. Pak přichází na řadu nutriční podpora, kterou zde také již bylo využito, hlavně formou různých přípravků k dodání potřebných živin.

Sestry zde používají zejména „Nutridrinků“, které podávají klientům mezi jídly. Nové trendy ve vývoji modulární dietetiky však sestra nezná ani nesleduje.

Rozhovor 2

Všeobecná sestra 52 let. Ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, pracuje jako vedoucí sestra. Délka její praxe je 33 let, v DZR pracuje již 20 let.

Zásady správného životního stylu sestra přirovnává k pyramidě zdraví. Přiznává, že se jimi příliš neřídí. Mnohdy přichází domů unavená, její 3 dcery jsou již dospělé a ona si pro sebe nevaří. BMI dotazovaná zná, hodnotu spočítat také umí.

K významu pojmu malnutrice sestra konstatuje nedostatečnou výživu, zejména podvýživu. Domnívá se, že malnutrice je hlavně problém u hospitalizovaných seniorů dlouhodobě upoutaných na lůžko. Na svém oddělení klienty s podvýživou nemají, pokračuje sestra.

Na otázku, zda je životní styl osob se schizofrenií odlišný od osob zdravých, odpovídá sestra „jednoznačně ano“. Hlavně v oblasti péče o vlastní osobu, hygienické návyky a tedy i stravování a nevhodná výživa je u těchto lidí značný problém. Klienti nedodržují diety, nadměrně se stravují. Často dochází k situacím, kdy někteří dojírají nesnědené jídlo po ostatních nebo si mezi sebou jídlo vyměňují.

Pravidelné kontroly hmotností provádějí, hodnoty pak předkládají lékaři k posouzení a tak konzultují výkyvy hmotností. Momentálně ale žádné výrazné hmotnostní úbytky klienti nemají, spíše přírůstky.

Jako vedoucí sestra má velmi dobrý přehled o antipsychotické medikaci a potvrzuje i vliv léků na hmotnost a chuť k jídlu. Z naordinovaných léků jmenuje sestra Zyprexu, Mirzaten.

Dalším okruhem rozhovoru jsou diety a jejich význam. V dietním systému se sestra orientuje, jmenuje jednotlivé diety jejich klientů na svém oddělení. Dále sděluje, že diety zřídka dodržují, většinou se přejídají. Také rodinní příslušníci, kteří docházejí na návštěvu za svými blízkými, nedbají příliš doporučení sester a nosí

klientům nevhodné potraviny, přestože jsou informováni o zdravotních problémech a určené dietě.

Edukaci klientů sestra komentuje slovy, že ačkoliv se snaží o edukaci ve správném stravování a dodržování doporučení lékaře, nedochází k žádným pozitivním změnám v chování těchto nemocných osob. Navíc při náročnosti práce s psychicky nemocnými nemají na edukaci dostatek času.

Fyzickou aktivitu v DZR dotazovaná sestra vidí jako značný problém. Na jedné straně klienti pohybovou aktivitu odmítají a neprojevují zájem a na druhé straně si myslí, že počet fyzioterapeutů neodpovídá počtu klientů.

Za největší potíže ve výživě klientů se schizofrenií sestra považuje především jejich nespolupráci. Nemají zájem cokoli měnit na svém životním stylu. Většinou jsou uzavření do sebe, izolují se od ostatních a mnozí ani nechtějí komunikovat. Dalším problémem u těchto osob je sklon k přejídání, nedostatečný pitný režim nebo naopak nadměrné pití vody. Ještě dodává, že převážná část klientů je závislá na nikotinu.

Možnosti nutriční péče si sestra především představuje ve spolupráci nutričního terapeuta, lékaře a ošetřujícího personálu. V DZR tato spolupráce chybí, nutričního terapeuta nezaměstnávají a tak problémy s výživou se snaží sestry řešit vlastními silami. Nutriční podporu dotazovaná zná, zmiňuje sipping, výživu do sondy, přípravky na podporu hojení dekubitů, ale v současnosti ji nevyužívají.

Rozhovor 3

Třetí dotazované sestře je 36 let, má ukončené vysokoškolské vzdělání, bakalářské studium. Její praxe ve zdravotnictví je 16 let, v DZR pracuje 6 let.

Zásady zdravého životního stylu se sestra snaží dodržovat i vzhledem k tomu, že má manžela s diabetem. Jmenuje dostatek vlákniny, rostlinné tuky, denní příjem zeleniny a ovoce, dostatečný pitný režim, pohybovou aktivitu. Snaží se sledovat nové postupy v léčbě diabetu. Přesné hodnoty BMI sestra nezná, jen přibližné, ale index spočítat umí, sama ochotně počítá ten svůj.

Pojem malnutrice sestra vysvětluje jako podvýživu, stav nedostatku živin důležitých pro funkci lidského organismu.

Rozdíly v životním stylu osob se schizofrenií od zdravých osob sestra spatřuje zejména v tom, že nemocní zahánějí úzkostné stavy kouřením, alkoholem, někteří se přejídají, jiní stravu úplně odmítají. Klienti trpí halucinacemi a tak se domnívají, že jídlo je otrávené. Hmotnosti klientů se kontrolují pravidelně, podle zápisů lze tak lépe sledovat výkyvy, které pak konzultují s lékařem.

Antipsychotickou medikaci sestra zná dobře, zdůrazňuje vliv léků na srdeční frekvenci, krevní tlak, přírůstek hmotnosti. Protože s léky denně pracuje, bez problémů jmenuje léky, které mají klienti naordinované, například Zyprexu.

Popsat dietní systém a jednotlivé diety dotazované osobě problém nedělá, než nastoupila do DZR, pracovala v nemocnici. Jídelní lístek by podle sestry měl sestavovat nutriční terapeut, v zařízení ho sestavuje vedoucí stravovacího úseku společně s vedoucím kuchařem.

Edukaci klientů sestra popisuje jako každodenní činnost, na kterou však nevidí zpětnou reakci. Určitě ji nehodnotí jako zbytečnou, ale při své práci a počtu nemocných nemá ten správný efekt.

Pohybovou aktivitu dotazovaná sestra hodnotí jako velmi důležitou v životě těchto nemocných lidí. Každý den se setkává s odmítáním a negativním přístupem klientů na nabízené aktivity. DZR nabízí vycházky do přírody, jízdu na kolech, nordic walking, plavání. V létě jezdí klienti na rekreační středisko a v zimě na Šumavu. Doporučuje více individuální přístup pro méně schopné klienty, ale k tomu je v DZR nedostatek fyzioterapeutů.

Největším problémem ve výživě osob se schizofrenií podle sestry je především nadměrný příjem nevhodných potravin, které si mohou klienti dokoupit v obchodě, nízká nebo žádná pohybová aktivita, závislost na nikotinu a nezájem o svou osobu. Také je problém v pitném režimu, značná část klientů dává přednost pití kávy, vhodné tekutiny odmítají. Několik klientů naopak musí v pití tekutin mírnit, aby nedocházelo k přepíjení.

Dle slov sestry nutriční péče v DZR není adekvátní, chybí zde nutriční terapeut, který by měl na starost jídelní lístek, přípravu diet a péči o výživu klientů. Denně by sledoval problémové klienty, prováděl by edukaci a spolupracoval s lékaři. Nutriční podporu v současnosti na oddělení nepoužívají, zatím podle sestry není potřeba, protože zde nemají klienty s podvýživou.

Rozhovor 4

Čtvrté dotazované sestře je 29 let, má ukončenou střední zdravotnickou školu. Délka její praxe je 5 let, v DZR pracuje čtvrtým rokem jako všeobecná sestra.

Dotazovaná sestra zásady zdravého životního stylu ovládá, jako návod popisuje pyramidu zdraví, dodává však, že zdravý životní styl vůbec nedodržuje. Hlavním důvodem je pro ni nedostatek času. BMI vysvětluje sestra jako index tělesné hmotnosti, popisuje jeho výpočet a hranice hodnot. Pojem malnutrice sestra vysvětluje jedním slovem jako podvýživu.

Životní styl osob se schizofrenií sestra hodnotí jako špatný. Takto nemocní lidé jsou v neustálém stresu a psychickém napětí, nadměrně kouří a pijí kávu, přejídají se nebo naopak stravu odmítají.

Hmotnosti klientů se kontrolují pravidelně, u některých klientů se kontroly provádějí častěji. Naměřené hodnoty se zapisují do dokumentace a předkládají se ošetřujícímu lékaři.

Na otázku vlivu antipsychotické medikace sestra vyzdvihuje léky, které zvyšují chuť k jídlu. U některých klientů je tento vliv žádoucí, ale u většiny je to naopak. Z ordinovaných léků u klientů v DZR jmenuje Zyprexu, Mirtazapin, Leponex.

Dietní systém a diety si sestra ještě dobře pamatuje ze svého studia na zdravotnické škole, považuje jej za základní znalost každé všeobecné sestry. Naordinované diety dle slov sestry klienti zřídka dodržují, nezáleží jim na předcházení zdravotních potíží, jídlo si vyměňují bez ohledu na jejich dietu či zdravotní potíže. Jídelní lístek je málo pestrý, komentuje sestra.

O edukaci klientů se snaží neustále, ale kladný efekt nepřichází. Převážná část klientů nemá základy správného stravování. Dle sestry je důvodem jejich psychiatrické onemocnění nebo je základům v rodině nikdo nenaučil.

Fyzickou aktivitu klientů sestra hodnotí jako nedostatečnou, DZR sice nabízí vycházky, cvičení v tělocvičně, míčové hry, ale klienti neprojevují zájem o pohyb. Také starší a méně pohybliví potřebují podle sestry individuální cvičení.

Problémy ve výživě schizofrenických klientů sestra nedovede specifikovat. Uvádí, že u každého klienta bychom našli alespoň jeden problém, který souvisí s nesprávnou výživou. Nakonec sestra dodává, že asi nejzávažnějším problémem je přejídání a nikotinismus.

Nutriční péči si dotazovaná sestra spojuje především v práci nutričního terapeuta, který by se staral o výživu klientů, sestavoval jídelní lístek a sledoval výživový stav klientů a navrhoval postupy v léčbě problémů s výživou těchto lidí. Nutriční podpora dle sestry spočívá v přípravcích, které jsou doplňkem stravy, zvláště u podvyživených klientů, při problémech s polykáním a u dlouhodobě ležících.

Tabulka 4 – identifikační údaje sester

	S1	S2	S3	S4
Věk	36	52	36	29
Vzdělání	SZŠ	SZŠ	VŠ	SZŠ
Délka praxe	16 let	33 let	16 let	5 let
Délka zaměstnání v DZR	16 let	20 let	6 let	4 roky

Dotazované sestry se pohybují ve věkovém rozmezí 29 – 52 let, tři sestry mají středoškolské vzdělání, jedna sestra je vysokoškolsky vzdělaná. Délka zaměstnání v DZR je od 4 let do 20 let.

5. Diskuze

Tato práce se zabývá rizikem malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním. Výzkumné šetření probíhalo v Domově se zvláštním režimem, který poskytuje služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním, především schizofrenií. Byly položeny dvě výzkumné otázky.

První výzkumná otázka měla zodpovědět, jaký je výskyt malnutrice u osob se schizofrenií v Domově se zvláštním režimem a zda má nějaký vliv antipsychotická medikace.

Byla provedena analýza zdravotnické dokumentace, zaměřila jsem se na hodnotu BMI a ostatní přidružená onemocnění. Z této analýzy bylo zjištěno, že z celkového počtu 80 schizofrenických klientů pouze 13(16%) osob má hodnotu BMI do 24,9 a žádné přidružené onemocnění. Ostatních 67(84%) nemocných trpí nadváhou, obezitou, někteří až těžkou obezitou, hyperlipidemií, diabetem 2. typu, hypercholesterolemií, hypertenzí. Švestka uvádí, že 43 – 50% schizofreniků trpí současně somatickými chorobami, nejčastěji kardiovaskulární onemocnění, obezita, hyperlipidemie, diabetes mellitus typu 2, hypertenze, osteopenie (20). Z tohoto zjištění vyplývá, že osoby trpící schizofrenií jsou ohroženi zvýšenou úmrtností v důsledku těchto přidružených onemocnění.

Léčba schizofrenie spočívá především v podávání psychofarmak, tzv. antipsychotik. Dlouhodobé podávání antipsychotik snižuje riziko relapsu psychózy a potlačuje projevy schizofrenie – halucinace, bludy. Kromě žádoucích účinků farmakologické léčby mají léky také nežádoucí účinky, zejména vliv na vzestup či snížení hmotnosti, chuť k jídlu, hodnoty krevního tlaku (tabulka 3). Dle mého názoru je léčba schizofrenie individuální záležitostí a před naordinováním konkrétní medikace je třeba zvážit metabolické riziko pro pacienta. Svačina ve své publikaci popisuje vliv psychofarmak na vzestup hmotnosti a možný výskyt diabetu 2. typu u schizofreniků při léčbě olanzapinem (19).

Druhá výzkumná otázka se zabývala znalostmi ošetřujícího personálu o možném riziku či výskytu malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním v DZR. Informace

byly získávány formou nestandardizovaného rozhovoru. Byly osloveny čtyři všeobecné sestry ze čtyř oddělení.

První část rozhovoru byla věnována identifikačním údajům respondentek. Všechny čtyři dotazované sestry mají ukončenou střední zdravotnickou školu, jedna sestra má vysokoškolské vzdělání – bakalářské studium ošetrovatelství. Všechny respondentky pracují jako všeobecné sestry bez odborného dohledu, jedna je na pozici vedoucí sestry.

Druhá část rozhovoru se týkala zásad zdravého životního stylu a BMI, malnutrici. Dotazované sestry znají zásady zdravého životního stylu, ale prakticky je vůbec nedodržují. Důvodem pro ně je třísměnný provoz a vyčerpávající práce s psychicky nemocnými lidmi. Myslím si, že není tak obtížné pozměnit životní styl i ve velkém pracovním vytížení a při nakupování pro rodinu nebo jen pro sebe pozměnit sortiment nakupovaných potravin. A při cestě domů ze zaměstnání vystoupit o jednu či dvě zastávky dříve a trochu se projít nebo vyměnit výtah za schody. BMI sestry znají celkem dobře, dovedou index spočítat, ale přesnější hodnoty neznají.

Pojem malnutrice všechny čtyři dotazované sestry definovaly jako podvýživu. V současné době je malnutrice považována za závažný problém u dlouhodobě ležících hospitalizovaných pacientů. Je třeba si uvědomit, že malnutrice není jen stav podvýživy, ale také stav nadvýživy, tedy obezity. Taktéž obezita je významným problémem populace nejen v České republice, ale po celém světě (1). Z tohoto zjištění vyplývá, že sestry považují malnutrici pouze jako podvýživu.

Třetí část rozhovoru byla zaměřena na životní styl klientů v DZR. Všechny čtyři sestry se shodly v rozdílech životního stylu schizofreniků od životního stylu zdravých osob. Uvedly, že nemocní schizofrenií se přejídají, jsou závislí na nikotinu, mají nízkou nebo žádnou pohybovou aktivitu, dvě dotazované sestry zmínily i odmítání stravy v důsledku základního psychiatrického onemocnění. Pravidelně kontrolují hmotnosti svých klientů, provádějí záznamy do ošetrovatelské dokumentace a výkyvy hmotností konzultují s ošetřujícím lékařem. V antipsychotické medikaci naordinované psychiatrem se sestry orientují dobře, znají nežádoucí účinky na hmotnost, chuť k jídlu a krevní tlak (20).

Dietní systém a diety považují dotazované sestry za základní znalost ošetrovatelské péče, jako nedostatek v DZR uvádějí sestavování jídelního lístku vedoucí stravovacího provozu a kuchařem. V zařízení jim chybí nutriční terapeut.

Klienty sestry edukují samy, ale všechny se shodují, že jimi prováděná edukace je nedostatečná a nemá pozitivní odezvu. Hlavním důvodem pro sestry je nedostatek času při péči o nemocné psychózou.

Nabídku pohybových aktivit v DZR respondentky hodnotí kladně. DZR nabízí vycházky, nordic walking, běžky, rekreační pobyty na Šumavě, cvičení v tělocvičně. Problémem je nezájem ze strany klientů a také nedostatek fyzioterapeutů. Všechny čtyři sestry kladly důraz na důležitost individuální terapie pro jednotlivé klienty. Důvodem je jejich věk, zdravotní stav a vliv základního onemocnění. Sigmundová poukazuje na problém nedostatku tělesné aktivity u schizofreniků a nedostatek literatury zaměřené na téma cvičebního programu pro nemocné schizofrenií (18). Domnívám se, že zvýšení pohybové aktivity u těchto klientů přispěje ke zlepšení psychického stavu, ale také zkvalitnění spánku, snížení krevního tlaku a u diabetiků snížení hladiny krevního cukru.

Za největší problém ve výživě schizofrenických klientů shodně všechny čtyři sestry uvádějí především nadměrné stravování, nikotinismus a nízkou pohybovou aktivitu. Stejně uvádí Sigmundová ve svém článku, že kouření, nedostatek pohybové aktivity a nevhodné stravovací návyky jsou 3 důležité faktory životního stylu schizofrenických pacientů (18).

Sama ze své praxe mohu potvrdit, že schizofreničtí klienti jsou uzavření do sebe, nemají zájem o svou osobu ani okolí, stresové stavy zahánějí nadměrným kouřením, přejídáním nebo vůbec celý den nevstanou z postele. Vyhýbají se komunikaci a je obtížné navázat s nimi kontakt. Proto je důležitá profesionalita ošetřujícího personálu.

Čtvrtou částí rozhovoru byla orientace ošetřujícího personálu v možnostech nutriční péče a nutriční podpory u osob se schizofrenií. Všechny oslovené sestry naprosto stejným způsobem uvedly, že nutriční péči si spojují s prací nutričního terapeuta, který by se staral o výživu klientů, správné stravovací návyky, prováděl

by edukaci a úzce spolupracoval s ošetřujícím lékařem a psychiatrem. Sestavoval jídelní lístek, podílel se na přípravě stravy a individuálně se věnoval nutriční péči konkrétním klientům. Pod pojmem nutriční podpora si dotazované sestry představují zejména enterální výživu. Při své práci se setkaly se sippingem, sondovou výživou, přípravky na podporu hojení dekubitů. Mají však pouze malé znalosti, které plynou z nízké informovanosti o nových výrobcích na trhu. Přiznávají, že se o modulární dietetiku blíže nezajímaly. Bylo by dobré zvážit možnost vzdělávání sester formou seminářů nebo prezentací firem, které distribuují výrobky nutriční podpory. Důležitý je také fakt, že nutriční podpora je zaměřena na podvýživu u seniorů, onkologických a jiných onemocnění, ale specifická nutriční podpora při léčbě schizofrenie není známa. Při zpracování této bakalářské práce jsem se potýkala s nedostatkem literatury k tématu výživa a schizofrenie.

6. Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním.

Schizofrenie je závažné onemocnění, které postihuje v průměru 1% populace. Léčba schizofrenie je založena především na farmakoterapii antipsychotiky, ale neméně důležitá je i spolupráce nemocného.

Stanovila jsem si dva cíle, které byly splněny. Prvním cílem bylo zjistit výskyt malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním a vliv antipsychotických léků. Druhým cílem bylo zmapovat informovanost ošetřujícího personálu o možném riziku malnutrice u klientů se schizofrenií, kteří jsou umístěni v zařízení pro psychicky nemocné a jak se sestry orientují v možnostech nutriční péče a nutriční podpory dlouhodobě léčených schizofreniků.

Výzkum probíhal v Domově se zvláštním režimem v Libníči. Toto zařízení poskytuje služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním, zejména lidem se schizofrenií. V Domově žije 110 klientů, z toho 80 klientů trpí schizofrenií. Prostudovala jsem dokumentaci všech těchto schizofrenických klientů, zaměřila jsem se na hodnotu BMI a přidružená onemocnění k základní diagnóze. Bylo zjištěno, že pouze 13 (16%) osob má hodnotu BMI do 24,9 a nemá jiné somatické onemocnění metabolického charakteru. Alarmující je zjištění, že 67 (84%) osob trpí nadváhou, obezitou, těžkou obezitou (BMI nad 40), zvýšeným krevním tlakem, hyperlipidemií, diabetem 2. stupně, hypercholesterolemií. Velký podíl má i antipsychotická medikace, kterou klienti užívají. Po prostudování příbalových informací těchto léků, byla vytvořena tabulka s nežádoucími účinky antipsychotik. Nejvíce se na přírůstku na hmotnosti podílí léky s účinnou látkou olanzapinem – Zyprexa, Zalasta, Olpinat, dále léky s klopazinem, např. Leponex. Výzkumným šetřením byl splněn první cíl a zodpovězena první výzkumná otázka týkající se výskytu malnutrice u schizofrenických klientů.

Druhým cílem bylo zmapovat informovanost ošetřujícího personálu o riziku malnutrice u těchto osob. Bylo provedeno kvalitativní šetření formou nestandardizovaného rozhovoru. Prostřednictvím rozhovorů byly získány informace,

od čtyř všeobecných sester ze čtyř oddělení v DZR. Rozhovor byl rozdělen na 4 okruhy - části, ze kterých vyplynuly další otázky. Výsledky potvrdily, že všeobecné sestry mají dostatečné informace o možných metabolických rizicích u osob trpících schizofrenií, dobře se orientují v antipsychotické medikaci a znají nežádoucí účinky těchto léků. Zdravý životní styl sestrám není neznámý, ale přiznávají, že ho příliš nedodržují, přesto se snaží edukovat klienty ve správném stravování a v úpravě životního stylu. Bohužel se denně setkávají s negativním přístupem převážné většiny klientů. Naordinované diety klienti nedodržují, přejídají se. Stejný přístup mají k fyzické aktivitě. Jen malá část těchto lidí projevuje zájem o pohybové aktivity nabízené v DZR. Všechny čtyři sestry považují počet fyzioterapeutů v zařízení za nedostatečný, uvítaly by individuální přístup k věkově starším klientům. Překvapujícím zjištěním pro mne bylo, že sestry malnutrici považují pouze za stav podvýživy, očekávala bych hlubší znalosti k tomuto tématu. Nutriční péči si sestry shodně představují v práci nutričního terapeuta, který by sledoval výživový stav klientů a úzce spolupracoval s ošetřujícími lékaři. V DZR kvalifikovaný nutriční terapeut není, což považuji za velký nedostatek. V případě problému s výživou klienta sestry kontaktují lékaře, který však do Domova dojíždí pouze 1x týdně. V nutriční podpoře jsem se u sester shledala s nedostatkem informací o modulární dietetice, za vhodné považuji zvýšit povědomí personálu o výrobcích používaných při specifických výživových nárocích. Cíle byly splněny a otázky zodpovězeny.

Na základě výsledků získaných šetřením si dovoluji navrhnout následující doporučení. Léčba schizofrenického pacienta by měla být přísně individuální, před podáním antipsychotika zvážit metabolické riziko pro pacienta, v případě již existující obezity, hyperlipidemie, vysokého krevního tlaku navázat spolupráci s nutričním terapeutem. Zvláště v zařízení pro dlouhodobě léčené psychicky nemocné by nutriční terapeut měl být součástí ošetřovatelského týmu, prováděl by edukaci, sestavoval vhodný jídelníček, spolupracoval s fyzioterapeuty, sledoval výživový stav klientů, navrhoval léčebné postupy. Zároveň by prohluboval vědomosti ošetřujícího personálu formou seminářů, přednášek apod.

Myslím si, že práce by mohla posloužit jako zdroj informací nejen pro zdravotnický personál v podobných zařízeních, ale i pro laickou veřejnost. Většina z nás netuší, že lidé postižení schizofrenií kromě svého základního už tak těžkého psychického onemocnění jsou mnohem více ohroženi rizikem kardiovaskulárních onemocnění.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita*. Vydání 1. Brno: Facta Medica, 2009. 122 s. ISBN 978—80-904260-5-4.
2. ANDRES, M. a Jaromír ŠVESTKA. Metabolické účinky antipsychotik. *Bulletin Academia Medica Pragensis*. 2004, vol.1, no.2.s.5-7. ISSN 1801-0466.
3. BENCKO, Vladimír, et al. *Hygiena: Učební texty k seminářům a praktickým cvičením*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Karolinum, 2002. 206 s. ISBN 80-7184-551-5.
4. CITROME, L. a B. WREELAND. Schizophrenia, obesity, and antipsychotik medications: what can we do?. *Postgrad Med*. 2008, č. 120, s. 18-33.
5. *Fórum zdravé výživy: Česká pyramida zdraví* [online]. 2003 [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/>
6. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
7. HAHLOWEG, K., MATTHIAS, D. 2000. *Schizofrénia*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. 2000. 122 s. ISBN 80-88952-03-4.
8. LIBIGER, J. Schizofrenie. In RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. a kol.(ed.) *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

9. CHVAL, Josef. Intoxikace vodou u psychiatrických pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, 2, s. 94-96. ISSN 1213-0508.
10. MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ, M. BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
11. MOTLOVÁ, L. KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
12. MOUREK, J. *Fyziologie*. Praha: Grada, 2005, 204 s. ISBN 80-247-1190-7
13. NAVRÁTILOVÁ, Miroslava; ČEŠKOVÁ, Eva; SOBOTKA, Luboš. *Klinická výživa v psychiatrii*. Vydání 1. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.
14. PÁNEK, Jan. *Základy výživy*. Vyd.1. Praha: Svoboda-servis, 2002. 207 s. ISBN 80-86320-23-5.
15. PEČEŇÁK, J. et al. 2005. *Kapitoly o schizofrénii*. 1. vyd. Martin: Osveta. 2005. 195 s. ISBN 80-8063-201-4.
16. RAHN, Ewald. *Psychiatrie*. Vydání 1. Praha : Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0.

17. STRÁNSKÝ, Miroslav; RYŠAVÁ, Lydie. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. Vydání 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.
18. SIGMUNDOVÁ, Zuzana. Rizikové faktory životního stylu schizofrenických pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, č. 1, s. 20-23. ISSN 1803-5272.
19. SVAČINA, Štěpán. *Obezita a psychofarmaka*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-253-2.
20. ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii*, Praha: TIGIS, 9, Suppl.1s. 3-3. ISSN 1211-7579. 2005.
21. TARABA, P. Resocializace a rehabilitace v psychiatrii. In HOSÁKOVÁ, J. a kol. (ed.) *Ošetrovatelská práce v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
22. TUČEK, Jan; CHODURA, Vladimír. *Psychiatrie*. Vydání 3. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání 3. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
24. *Obezita.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-05-16]. Obezita.cz. Dostupné z WWW: <obezita.cz>

25. *Psychozy.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-05-16]. Psychozy.cz. Dostupné z WWW: <psychozy.cz>.
26. *Ppdz.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-05-16]. Ppdz.cz. Dostupné z WWW: <ppdz.cz>.
27. URBÁNEK, L. *Klinická výživa v současné praxi*. Vydání 2. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 978-80-7013-525-9.
28. *Vyzivavnemoci* [online]. 2011 [cit. 2011-05-16]. Vyzivavnemoci. Dostupné z WWW: <vyzivavnemoci.cz>.

8. Klíčová slova

Antipsychotika

Malnutrice

Nutriční péče

Obezita

Schizofrenie

9. Přílohy

Nestandardizovaný rozhovor – okruhy

1. Identifikační údaje

- věk
- dosažené vzdělání
- délka praxe celková
- délka zaměstnání v DZR

2. Zásady zdravého životního stylu

- dodržování zásad zdravého životního stylu
- BMI – co to je, hodnoty, výpočet
- malnutrice – vysvětlení pojmu

3. Klienti v DZR

- životní styl schizofrenických klientů
- hmotnosti – kontrola, jak často
- antipsychotická medikace – vliv
- příklady léků
- diety, jídelníček, dodržování diet
- edukace klientů
- pohybové aktivity
- problémy ve výživě schizofreniků

4. Nutriční péče a podpora

- co si představujete pod těmito pojmy
- znalosti nutriční podpory

Žádost (souhlas) o provedení výzkumného šetření

Jméno: Petra Giertlová

Datum narození: 26. 8. 1973

Telefon: 606 524 787

Email: petra.giertlova@seznam.cz

Adresa: Libnič 69, 37371 Rudolfov

Škola/fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Obor studia: Nutriční terapeut

Téma závěrečné práce: Riziko malnutrice u osob se schizofrenním onemocněním

Vedoucí práce: RNDr. Pavel Suchánek

Požadavek: Náhled do zdravotnické dokumentace, rozhovor

Způsob provedení sběru dat: Nestandardizovaný rozhovor s oš. personálem

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Domov se zvláštním režimem Libnič

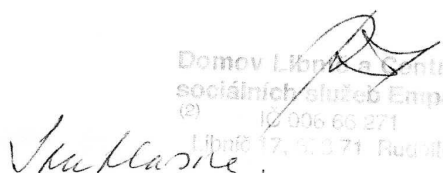
Náklady pro zařízení: žádné

Termín sběru dat: leden 2011 – duben 2011

Zavazuji se k mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvím v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité záznamy z rozhovorů a pozorování budou anonymní.

Datum: 21. 1. 2011

Podpis:


Domov Libnič a Centrum
sociálních služeb Empatie
(2) 606 60 271
Libnič 69, 37371 Rudolfov

