

Role sestry při péči o tělesné zdraví nemocných schizofrenií

Mgr. Jiřina Hosáková, doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Nemocní se schizofrenií oproti duševně zdravým lidem trpí zvýšenou předčasnou mortalitou a závažnou tělesnou morbiditou. Cílem této přehledové práce je seznámit čtenáře s možnostmi, jak sestry mohou pomáhat lékařům v lepší péči o tělesné zdraví pacientů se schizofrenií. Možnost zapojení sester v prevenci závažných tělesných onemocnění osob trpících schizofrenií spočívá zejména v edukaci a následném monitorování, které se týká zdravého životního stylu, množství a složení stravy, pohybové aktivity a zneužívání návykových látek. Tato oblast byla v České republice doposud zanedbávána, chybí ošetrovatelské studie z našeho prostředí a nebyla formulována vodítka, jak při edukaci o zdravém životním stylu postupovat. Lze však předpokládat, že v souvislosti se započatou reformou psychiatrické péče v ČR a narůstajícím významem komunitní péče dojde k pokroku i v této oblasti psychiatrie.

Klíčová slova: schizofrenie, tělesné zdraví, prevence, edukace, ošetrovatelství.

Role of nursing in the care about physical health in patients with schizophrenia

Patients with schizophrenia as compared to mentally healthy people suffer from increased premature mortality and serious physical morbidity. The aim of this review is to describe how nurses can help physicians in a better care about physical health in schizophrenia patients. The basis of nursing in the prevention of physical morbidity in schizophrenia lies in education and monitoring related to a healthful living style, quality of nourishment, physical activity and substance abuse. This field has been neglected in the Czech Republic so far. Nursing studies from the Czech setting and nursing educational guidelines are still missing. However, we can anticipate a progress in this part of psychiatry in a connection with the initiated mental health care reform and an increasing stress on extramural care for mentally ill people.

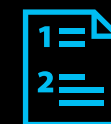
Key words: schizophrenia, physical health, prevention, education, nursing.

Psychiatr. praxi 2015; 16(1e): e22–e26

Úvod

Pacienti, kteří onemocněli schizofrenií, mají častěji výskyt některých závažných tělesných komplikací oproti duševně zdravým lidem. To nejen ovlivňuje celkový zdravotní stav, ale také zhoršuje kvalitu života duševně nemocných. Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 uklá-

dá sestrám mimo jiné i povinnost edukace a podpory zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí nemocných prostřednictvím cílených aktivit. U pacientů se schizofrenií jsou zaznamenány některé tělesné zdravotní komplikace, které může sestra pravidelně monitorovat a cílenou péčí ovlivnit. Conolly (1) uvádí, že příčinou



úmrtí nemocných schizofrenií jsou nejčastěji kardiovaskulární onemocnění a onemocnění dýchacího ústrojí. Přispívat k jejich vzniku může i nevhodný životní styl a nezáměr o vlastní zdraví (2). Cílem tohoto příspěvku je orientačně zmapovat výskyt nejčastějších tělesných zdravotních komplikací u nemocných se schizofrenií a identifikovat roli sestry v péči o tuto skupinu pacientů. Cílem našeho článku naopak není podat vyčerpávající přehled somatické problematiky u nemocných schizofrenií, neboť ta je podrobně popsána v lékařské literatuře (např. 3, 4).

Metodika

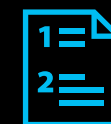
Relevantní studie k danému tématu byly vyhledány v níže uvedených elektronických databázích. Za použití Booleovských operátorů a kombinace klíčových slov „schizofrenie, sestra, zdraví a životní styl“ v českém a anglickém jazyce byly prohledány databáze SCOPUS, EBSCO, CINAHL, BioMed Central a Web of Science. Výběr nalezených studií byl omezen na plnotextové publikace zveřejněné v období 1997 až 2014. Z generovaných odkazů byly vyřazeny studie, které monitorovaly zdravotní stav v souvislosti s léčebnými postupy, zahrnující psychiatrickou problematiku jen okrajově a jejichž výsledky neměly dopad na ošetrovatelskou péči.

Výsledky

Z nalezených závěrů vyplynulo, že lidé se schizofrenií mají vyšší předčasnou mortalitu a vyšší riziko fyzických zdravotních problémů oproti celkové populaci. Tosh (3) upozorňuje na vyšší výskyt kardiovaskulárních problémů, infekčních chorob (včetně HIV a AIDS), diabetu, onemocnění dýchacích cest a onkologických onemocnění. Ve zvýšené míře byla zaznamenána i obezita nemocných. (4) Studie

opakovaně prokazují oproti obecné populaci také 2–3krát vyšší předčasnou mortalitu. (např. 4, 5) Joukamaa (6) poukazuje i na průměrnou délku života, která je u nemocných se schizofrenií o 10 let kratší oproti duševně zdravým lidem. Z ošetrovatelského hlediska jsou významné i poruchy hybnosti a případná inkontinence pacientů, trpících schizofrenií. U nemocných se schizofrenií lze zachytit chyby ve stravování a nevhodný životní styl, dalším častým rizikovým faktorem je kouření. Na vzniku některých zdravotních komplikací se částečně podílí i nespolupráce pacientů se zdravotníky. Jiné tělesné zdravotní komplikace, například tromboembolie, mohou být navozeny psychofarmaky (7).

Ze závěrů nalezených studií vyplývá, že častým problémem jsou poruchy v oblasti výživy. Zajištění plnohodnotné stravy a tekutin v dostatečném množství není v silách nemocných. U pacientů se schizofrenií je zachycen vysoký výskyt obezity z důvodu nevyvážené stravy, hrozí však i riziko podvýživy. Hardy a Grey (8) sledovali po dobu jednoho týdne složení a příjem stravy u nemocných schizofrenií, žijících v domácím prostředí. Jejich šetření prokázalo závažné nedostatky ve stravě. Většina nemocných přijímala minimum ovoce a zeleniny, jídla se opakovala a často se jednalo o potraviny z konzerv. Strava byla příliš bohatá na cukry. Nemocní uváděli, že ovoce a zelenina jsou pro ně nedostupné z finančních důvodů. Preferenci konzervovaných potravin odůvodňovali tím, že nejsou schopni si teplé jídlo uvařit nebo je zajistit jiným způsobem. Studie prokázala, že pro změnu jídelníčku měl sledovaný vzorek respondentů nedostatečné znalosti a vlastní stravu považoval za dobrou. U většiny sledovaných respondentů byl rovněž zaznamenán nedostatečný příjem tekutin, jako důvod nemocní uváděli chybějící pocit žízně. Po intervenci sester došlo částečně ke změně stravovacích návyků.



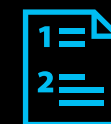
Nutriční stav lze orientačně určit hodnotou Indexu tělesné hmotnosti (Body Mass Index, BMI). Vhodným, ale časově náročným na vyhodnocení, je vedení stravovacích deníků pacientem. Dále lze použít některý ze standardizovaných testů, například Škálu pro hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment) nebo Nottinghamský dotazník. Pro hodnocení rizika malnutrice slouží screeningový nástroj Malnutrition Universal Screening Tool, pro hodnocení malnutrice u seniorů je určen dotazník Škála pro orientační hodnocení stavu výživy (Mini Nutritional Assessment, MNA) (9). U nemocného by měla být zároveň hodnocena úroveň schopnosti sebepéče. Zde je možno využít například Barthelův test základních všedních činností (ADL), Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ), Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ) nebo Bristolskou škálu aktivit denního života (DADLS-CZ). Tyto nástroje jsou k dispozici v české verzi.

Častým psychiatrickým problémem u schizofrenie je nadužívání návykových látek. Nejčastěji se jedná o kouření. I když není jasně prokázán pozitivní účinek nikotinu na kognitivní funkce, je dokumentována souvislost mezi kouřením, klinickými příznaky, snížením anxiety a úpravou sociálního kontaktu u schizofrenních pacientů, kdy kouření napomáhá ke zlepšení stavu (10). Masopust (4) uvádí, že kouření je u pacientů se schizofrenií rizikovým faktorem, který zvyšuje předčasnou mortalitu 2–3× oproti duševně zdravé populaci. Nelze předpokládat, že pacienti zcela přestanou kouřit. Sestra ale může informovat o rizicích spojených s užíváním návykových látek a vést nemocné alespoň ke snížení denního počtu cigaret.

Komplikací při užívání některých psychofarmak je přítomnost inkontinence moči a výjimečně i stolice, kdy nemocný většinou není schopen dojít na toaletu včas nebo necítí naléhavost defekace. Inkontinence ovlivňuje subjektivní vnímání kvality života pacientů.

Psychofarmaka nemusejí být jedinou příčinou inkontinence. Bonney et al. (11) sledovali výskyt urgentní inkontinence u nemocných se schizofrenií, afektivní poruchou a jinou psychiatrickou diagnózou. U schizofrenních nemocných prokázali statisticky významně zvýšený výskyt mozkových abnormalit spojených s urgentní inkontinencí. Příčinou inkontinence nebyla podávaná medikace, ale hyperreflexie močového měchýře. Při snížení tělesné aktivity a dlouhodobém užívání některých psychofarmak dochází naopak k výskytu zácpy. Tento stav může být negativně podpořen i nedostatečným příjmem tekutin a nevhodným složením stravy. Sestra při hodnocení stavu nemocného může cílenými dotazy zjistit přítomnost inkontinence, informovat o možnostech získání a způsobu používání vhodných kompenzačních pomůcek a doporučit úpravu stravy a hydratace. Tato opatření mohou vést k pozitivnímu ovlivnění daného problému.

U pacientů se schizofrenií je opakovaně zaznamenána nízká úroveň fyzické aktivity. Převážně bývá důvodem nedostatek zájmu a motivace. Sedavý způsob života je rizikovým faktorem kardiovaskulárních poruch, vede ke zhoršené tělesné pohyblivosti a celkovému zhoršení tělesného stavu. Sigmundová a Látalová (2) uvádějí výsledky studie nemocných se schizofrenií, kteří absolvovali tříměsíční program na podporu fyzické kondice. Po jeho ukončení bylo u účastníků zjištěno zvýšení síly, vytrvalosti a pohybové flexibility, došlo ke snížení tělesné hmotnosti i poklesu hodnot krevního tlaku. Subjektivně pacienti udávali pocit zlepšení tělesného stavu. Autorky (2) upozorňují i na skutečnost, že nevhodný životní styl nemocných se schizofrenií je obecně známým faktem, není však nijak systémově řešen. Existují definované stanovené doporučené postupy při farmakologické léčbě, není ale stanoven postup pro zajištění zdravého životního stylu. Východisko vidí v diskuzi širo-



ké odborné veřejnosti, složené z psychiatrů, praktických lékařů a dalších odborníků a následně ve vytvoření behaviorálních přístupů a laboratorních screeningových vyšetření, která povedou ke zlepšení zdravotního stavu této specifické skupiny nemocných. Určitým pokrokem v této oblasti je Program pro dobré zdraví, skupinový edukační program určený pro ambulantní pacienty trpící psychotickým onemocněním. Jeho úkolem je zlepšení celkového životního stylu, zdravotního stavu a udržení motivace ke zlepšení stravovacích návyků duševně nemocných lidí. Je však využíván jen na některých pracovištích, nedosáhl významného rozšíření.

Za rizikový faktor tělesných onemocnění lze považovat i vlastní přístup nemocného. Následkem progresu duševní choroby nemocní přestávají dbát o vlastní tělesné zdraví, nepodstupují pravidelné preventivní prohlídky a lékařskou péči vyhledávají až v případě zdravotních potíží nebo na nátlak okolí. Je patrný nezáměr o aktivity podporující zdraví a neschopnost a neochota dodržovat zdravotní doporučení. Ustohal (12) upozorňuje na častou a závažnou nonadherenci u schizofrenie po první atace choroby, kdy se za nespolupráci považuje přerušení příjmu ordinarované medikace a nedocházení na pravidelné kontroly k lékaři. Cituje výsledky Coldhama et al., kteří udávají úplnou nespolupráci pacientů během prvního roku po první atace choroby u 39 % nemocných a částečnou u 20 % pacientů.

Moderní ošetrovatelství je založeno na realizaci individualizovaného uspokojování potřeb pacientů a jejich blízkých. Edukace je jednou z kompetencí sester a v rámci své praxe ji mají systematicky provádět. Tosh (3) ve svém přehledu zdůrazňuje hrubě poddimenzované poradenství v otázkách tělesného zdraví nemocných se schizofrenií a možných následných komplikací. Zou

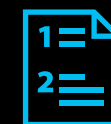
(13) se ve své metaanalýze zabývala vhodným obsahem a minimálním počtem edukačních sezení u nemocných schizofrenií. Její výsledky ukázaly, že pokud má být výchova zaměřená na vlastní zdraví účinná, měl by být počet intervenčních sezení vyšší než 10 a obsah by měl být zaměřen na pravidelný příjem léků, identifikaci varovných příznaků relapsu, plán prevence relapsu, zvládání běžných denních činností a v neposlední řadě na životní styl.

Diskuze

Cílem tohoto příspěvku bylo uvést nejčastěji se vyskytující somatické zdravotní potíže u pacientů se schizofrenií a popsat roli sestry při jejich ošetřování.

Plánovaná reforma psychiatrické péče v naší zemi předpokládá rozvoj komunitních služeb a posílení role psychiatrických sester (14). V rámci ošetrovatelské péče se jeví vhodným pravidelně sledovat účast pacienta na léčbě, sestra může v souladu se svými kompetencemi opakovaně edukovat o rizicích spojených se zanedbáním léčby, pravidelně monitorovat výskyt rizikových faktorů, schopnost a úroveň sebepéče a vést nemocné ke změně jejich chování. O významu těchto aktivit svědčí i skutečnost, že v roce 2012 byly pro psychiatrické sestry definovány výkony Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, Psychiatrická rehabilitace individuální, Edukace psychiatrickou sestrou a Reeducace psychiatrickou sestrou, které mají být hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Limitace naší práce spočívá v tom, že literární rešerše byla realizována jen v několika elektronických bibliografických databázích, které jsou dostupné v Univerzitní knihovně Ostravské univerzity nebo jsou dostupné volně. Dalším omezením byla absence publikací zaměřených na tento problém z pohledu ošetrovatelství



v ČR, neboť tyto v současnosti nejsou v literatuře k dispozici. Předložený návrh vhodných opatření tedy vyplývá z informací získaných z nalezených zahraničních studií a z dlouholeté klinické praxe první autorky při ošetřování této skupiny nemocných.

Závěr

Naše analýza ukázala, že v literatuře jsou definovány jak rizikové faktory, tak nejčastěji se vyskytující somatické zdravotní problémy u nemocných se schizofrenií. Doposud je však publikováno jen minimum informací, jak se na jejich ovlivnění podílejí svou činností sestry v České republice. Dobrá orientace v dané problematice je přitom jedním z předpokladů psychiatrických sester pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče a jejich větší zapojení do prevence.

Literatura

1. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 125–132.
2. Sigmundová Z, Látalová K. Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů. *Psychiatrie pro praxi* 2008; 9: 22–27.
3. Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 3. [cit. 2014-07-14]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008567.pub3/full>.
4. Masopust J, Malý R. Prevence kardiovaskulárního rizika a diabetu u nemocných schizofrenií: využití internetu v praxi. *Psychiatrie pro praxi* 2010; 11: 130–134.
5. Brown S, Mitchell C. Predictors of death from natural causes in schizophrenia: 10-year follow-up of a community cohort. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2012; 1: 843–848.
6. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P et al. Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry* 2001; 179: 498–502.
7. Masopust J, Malý R, Vališ M. Risk of venous thromboembolism during treatment with antipsychotic agents. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2012; 66: 541–552.
8. Hardy S, Gray R. The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2012; 19: 603–609.
9. Kozáková R, Jarošová D, Zeleníková R, Bocková S. Nástroje hodnocení nutričního stavu hospitalizovaných pacientů. *Hygiena* 2011; 56: 18–21.
10. Krishnadas R, Jauhar S, Elfer S, Shivashankar S, McCreadie RG. Nicotine dependence and illness severity in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 201: 306–312.
11. Bonney W, Gupta S, Hunter R, Arndt SV. Bladder dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997; 25: 243–249.
12. Ustohal L. Schizofrenie – compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Medicína po promoci* 2011; 6: 60–64.
13. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur A, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 2013; 22: 256–271.
14. Strategie reformy psychiatrické péče. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013; 77 s.

Článek doručen redakci: 21. 7. 2014

Článek přijat k publikaci: 25. 8. 2014

Mgr. Jiřina Hosáková

Ústav ošetrovatelství FVP Slezská univerzita v Opavě
Olbrichova 25, 746 01 Opava
jirina.hosakova@fvp.slu.cz

