



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Psychiatrické centrum Praha, psychiatrická klinika

Tereza Škarková

**Obezita a schizofrenie: motivační faktory
účasti v preventivním programu Pro
dobré zdraví**

*Obesity and schizophrenia:
Motivation for Wellness program participation*

Diplomová práce

Praha, listopad 2008

Autor práce: Tereza Škarková

Studijní program: Všeobecné lékařství

Magisterský studijní obor: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Lucie Bankovská - Motlová, Ph.D**

Pracoviště vedoucího práce:

3. LF UK a Psychiatrické centrum Praha

Datum a rok obhajoby: 11. 11. 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 20. října 2008

Tereza Škarková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní MUDr. Lucii Bankovské - Motlové, Ph.D za laskavé vedení mé práce a instruktorům Programu pro dobré zdraví za ochotnou spolupráci.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	6
1 SCHIZOFRENIE A TĚLESNÉ ZDRAVÍ	7
1.1 SOCIÁLNÍ SITUACE	7
1.2 SOMATICKÉ KOMORBIDITY	8
1.2.1 <i>Infekční nemoci</i>	8
1.2.2 <i>Kardiovaskulární systém</i>	8
1.2.3 <i>Vnitřní prostředí</i>	9
1.2.4 <i>Nervový systém</i>	9
1.2.5 <i>Smyslové orgány</i>	10
1.2.6 <i>Zaživací systém</i>	10
1.2.7 <i>Močopohlavní systém</i>	10
1.2.8 <i>Onemocnění ostatních systémů</i>	10
1.3 SCHIZOFRENIE A OBEZITA	11
1.3.1 <i>Negativní příznaky</i>	12
1.3.2 <i>Životní styl</i>	12
1.3.3 <i>Účinky léků</i>	13
2 EDUKAČNÍ PROGRAMY	14
2.1 STUDIE PSYCHOEDUKAČNÍCH INTERVENČÍ.....	14
2.2 PROGRAM PRO DOBRÉ ZDRAVÍ	17
2.2.1 <i>Historie</i>	17
2.2.2 <i>Cíle programu</i>	18
2.2.3 <i>Cílová skupina</i>	18
2.2.4 <i>Průběh programu</i>	18
2.2.5 <i>Výsledky</i>	20
3 VLASTNÍ VÝZKUM	22
3.1 CÍL A USPOŘÁDÁNÍ STUDIE	22
3.2 STUDOVANÁ POPULACE	22
3.3 INTERVENCE	24
3.4 NÁSTROJ	24
3.4.1 <i>Analýza dat</i>	24
4 VÝSLEDKY	25
5 DISKUZE	31
ZÁVĚR	34
SOUHRN	35
SUMMARY	36
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	37
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	40
SEZNAM PŘÍLOH	40

Úvod

Svou diplomovou práci jsem se rozhodla věnovat psychiatrické problematice. Tento obor mne zajímá a ráda bych práce využila k prohloubení svých znalostí a získání nových zkušeností. Prostřednictvím Programu pro dobré zdraví jsem měla možnost přiblížit se nemocným trpícím schizofrenií a příbuznými poruchami a proniknout tak blíže k omezením, která jim onemocnění a jeho léčba přináší.

Schizofrenie je psychotické onemocnění, které mění vztah postižených ke skutečnosti, vede k tvorbě chybných myšlenkových asociací a často vyústí uje v sociální izolaci. Řadí se na první místa mezi onemocněními, která výrazně snižují kvalitu i délku života, její celoživotní prevalence v populaci je 1,4 – 4,6 případů na 1000 obyvatel. Typicky začíná v adolescenci nebo časně dospělosti. Přináší významné omezení do života ekonomicky aktivních jedinců a je tudíž problémem nejen zdravotním, ale i sociálním a ekonomickým (Libiger, 2002).

Nemocní schizofrenií jsou zvýšeně disponováni k somatickým komplikacím. Kromě nemocí vyskytujících se primárně u schizofreniků častěji než v ostatní populaci se zde uplatňují i nežádoucí účinky léčiv, která musí dlouhodobě užívat (Leucht et al., 2007).

V České Republice běží od roku 2005 Program pro dobré zdraví, který je určen pro nemocné schizofrenií a příbuznými poruchami. Jeho poselstvím je šíření informací o zdravém životním stylu mezi nemocnými a prevence obezity a jejích komplikací v této skupině osob. Srozumitelnou formou jsou klientům předávány zejména informace o zdravé výživě a důležitosti pohybu. Je určen pro všechny pacienty, kteří mají zájem a jsou v remisi (Kitzlerová, Motlová, 2005).

Cílem mé diplomové práce je zjistit spokojenost pacientů s Programem pro dobré zdraví a zamyslet se nad možnostmi jeho vylepšení tak, aby se rozšířil k maximálnímu počtu pacientů a vyhovoval co největšímu počtu účastníků.

1 Schizofrenie a tělesné zdraví

Průměrná délka života pacientů se schizofrenií je o 10 let nižší než u běžné populace, je hodnocena jako život zkracující onemocnění. V příčinách mortality vedou sebevraždy, choroby kardiovaskulárního systému však těsně následují (Libiger, 2002).

Obrázek č. 1 Dispozice pacientů se schizofrenií k tělesným nemocem



1.1 Sociální situace

Poruchy chování a kognitivních funkcí pacienta znevýhodňují v běžném životě. Značná část pacientů je nezaměstnaná a žije v tíživých socioekonomických podmínkách. Nemocní mají potíže s vyřizováním každodenních záležitostí, nerozumí systému důchodového zabezpečení a podobně).

Bylo zjištěno, že lidem s psychiatrickou diagnózou je, přes zvýšenou komorbiditu, věnována somatická péče v menší míře než ostatní populaci. Na vině jsou ovšem nejen lékaři, roli hrají i sami pacienti, kteří nerozumí systému

zdravotní péče a mnohdy vůbec neví, na koho se mají s fyzickým onemocněním obrátit. Svě potíže nedokáží správně popsat, výsledek fyzikálního vyšetření může být navíc zkreslen např. v důsledku změněného vnímání bolesti a může tak vést k falešně negativnímu závěru. Pacienti mívají i problémy s dodržováním harmonogramu předepsané léčby (Bowie, Harvey, 2005).

1.2 Somatické komorbidity

Výzkumu souvislostí mezi schizofrenií a fyzickými onemocněními bylo věnováno mnoho studií. Řada z nich je bohužel zatížena nepřesnostmi, 86 % studií pochází z vyspělého světa. V České republice systematický průzkum výskytu somatických komorbidit u schizofrenie zatím proveden nebyl.

V některých případech studie na totéž téma přinesly právě opačné výsledky. Rovněž nebylo možno spolehlivě oddělit výzkum komorbidit od příznaků způsobených léky. Celkově se prokázal vyšší výskyt infekce HIV, hepatitid, osteoporózy, kardiovaskulárních onemocnění, obezity, diabetu, polydipsie, sexuálních dysfunkcí a porodních komplikací, potíže se zuby a změněná citlivost na bolest. Ve srovnání se zdravou populací bylo zaznamenáno méně artritid a nádorů (Leucht et al., 2007).

1.2.1 Infekční nemoci

Infekce jsou nejčastější příčinou úmrtí pacientů se schizofrenií. Jedná se hlavně o tuberkulózu, hepatitidu C a AIDS. Podobně jako u jiných psychiatrických diagnóz se více objevují střevní parazitózy. Vysoká promořenost pacientů infekcemi pravděpodobně plyne z nedostatku informací o možnosti nákazy a neschopnosti těmto rizikům čelit. Svou roli jistě hraje i abusus drog, alkoholu, rizikové sexuální chování a nižší schopnost managementu osobní hygieny (Harris, Barraclough, 1998).

1.2.2 Kardiovaskulární systém

Nemoci kardiovaskulárního systému jsou u schizofreniků ve vyspělých státech, stejně jako u ostatní populace, hlavní příčinou úmrtí. Pacienti se schizofrenií na ně však umírají ve vyšším procentu než ostatní populace. Častěji

byla zaznamenána náhlá smrt. Příčina je zřejmě v kombinaci nevhodného životního stylu s častou obezitou (Leucht, 2002).

Některá antipsychotika a jiná psychofarmaka mohou mít přímý kardiotoxický efekt nebo nebezpečně prodlužovat QT interval (Lincová, Farghali, 2002). V prvních měsících léčby byla častěji pozorována žilní trombóza a/nebo plicní embolie (Masopust, 2007).

1.2.3 Vnitřní prostředí

Z metabolických komplikací vede diabetes mellitus a obezita. Porucha glukózové tolerance se objevuje i u neléčených pacientů. Za nárůstem diabetu u schizofreniků může stát i jeho obecný nárůst v populaci (Dunstan et al., 2002).

Až u 5 % nemocných pozorujeme polydipsii, u dalších se předpokládá, že je tato porucha asymptomatická. Hrozí akutní otrava vodou s následnou hyponatremií. Chronická intoxikace vodou může stát v pozadí osteoporózy, dilatace vylučovacího systému, srdečního selhání, hypertenze a malnutrice (De Leon et al., 1994).

V laboratorních výsledcích pozorujeme až u dvou třetin pacientů přijatých pro akutní ataku schizofrenie zvýšenou hladinu svalových enzymů, třetina bývá dehydratována se sníženou hladinou kalia a leukocytózou (Hatta et al., 1998).

1.2.4 Nervový systém

Symptomy z oblasti nervového systému jsou téměř pravidlem. U primoatak se objevují motorické příznaky ve 3 – 5 %, většinou se jedná o spontánní dyskineze. Už za Kraepelina, zakladatele diagnostiky schizofrenie, byla zaznamenána u schizofreniků premorbidně zvýšená frekvence mrkání a vysloveno podezření na souvislost s epileptickými záchvaty.

Typickým doprovodným příznakem schizofrenie je snížená, nebo alespoň změněná, citlivost na bolest.

Nervový systém je častým místem projevu nežádoucích účinků léků (Sachdev, 2000).

1.2.5 Smyslové orgány

Vadu sluchu považuje jedna z hypotéz za příčinu vzniku chybných asociačních okruhů. U nemocných schizofrenií se výrazně častěji vyskytují potíže se středním uchem, poruchy sluchu až hluchota a abnormální vestibulární odpovědi. Mezi psychózami se současnými poruchami sluchu má schizofrenie vedoucí místo (Mason, Winton, 1995).

1.2.6 Zažívací systém

V zažívacím traktu byla zjištěna zvýšená koincidence s dráždivým tračníkem a idiopatickou nekonjugovanou hyperbilirubinemií. V současné době byla podpořena hypotéza o souvislosti celiakie s etiologií schizofrenie. Naopak méně se setkáváme s žaludečními vředy (přehled viz Leucht et al., 2007).

1.2.7 Močopohlavní systém

V močopohlavním systému se setkáváme se sexuálními dysfunkcemi, inkontinencí a porodními komplikacemi. Problematické porody žen se schizofrenií patrně souvisí s psychologickými, sociálními a behaviorálními problémy, svůj podíl má i nezřídka nepříznivá socioekonomická situace a dlouhodobé užívání antipsychotik těmito ženami (Smith et al., 2002).

1.2.8 Onemocnění ostatních systémů

Maligní onemocnění jsou zaznamenávána s menší četností. Uvažuje se o genetické vazbě mezi schizofrenií a protektivními faktory před vznikem rakoviny. Dále se může uplatňovat nižší expozice zevnímu prostředí v průběhu dlouhodobých hospitalizací, anebo protektivní vliv antipsychotik. Pokud se ovšem u nemocného zhoubný proces rozvine, jeho šance na přežití je o 50 % nižší než u ostatních onkologicky nemocných. Kromě dosud neidentifikovaných biologických faktorů se na vysoké úmrtnosti na onkologická onemocnění může podílet stigma spjaté s diagnózou schizofrenie, které v řadě případů vede k opožděné či ne zcela optimální léčbě, ale i zhoršená spolupráce některých pacientů. Uspokojivé studie však máme jen u rakoviny prostaty, kde byly opakovaně potvrzeny údaje o jejím nižším výskytu (Harris, Barraclough, 1998).

Rovněž méně se setkáváme s revmatoidní artritidou, osteoartritidou a bolestmi zad. Mohou zde působit genetické faktory, sedavý způsob života, ale i snížené vnímání bolesti, změna biochemických mechanismů a analgetický a protizánětlivý účinek antipsychotik (Mors et al., 1999).

U schizofreniků je vyšší prevalence chronických nemocí dýchacího systému. Ve zvýšené míře dochází ke smrti zadušením, pravděpodobně v důsledku tardivní dyskineze, tachyfagie a abnormalit polykání. Také spánková apnoe má vyšší procento výskytu, nejpravděpodobnější se jeví souvislost s obezitou (Ruschena et al., 2003).

V endokrinním systému se, podobně jako u jiných psychiatrických diagnóz, setkáváme častěji s poruchami štítné žlázy (Othman et al., 1994).

Z nižší schopnosti dodržovat pravidelnou hygienu patrně plyne zvýšená kazivost chrupu. Nedostatek pobytu na slunci přispívá k deficitu vitamínu D a rozvoji osteoporózy (Friedlander, Marder, 2002).

1.3 Schizofrenie a obezita

Obezita u nemocných schizofrenií vzniká v důsledku kombinace negativních příznaků onemocnění, nevhodného životního stylu a účinku některých antipsychotik. Vede k subjektivní nepohodě, sníženému sebehodnocení a psychologickým problémům, které dále prohlubují sociální izolaci nemocných (Lambert et al., 2003).

Nemocní si nejvíce stěžují na pocit zkráceného dechu, bolesti kloubů, chrápání a výjimkou není ani spánková apnoe. Z objektivního hlediska se jedná o centripetální typ obezity se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních komplikací a rozvoje inzulinorezistence až diabetu mellitu s hyperlipidemií a některých typů rakoviny.

Pacienti již trpící nadváhou se svých kil obtížně zbavují, proto se zaměřujeme na primární prevenci, kde se velice osvědčuje psychoedukace nemocných.

1.3.1 Negativní příznaky

Negativní příznaky hrají hlavní roli v postupné izolaci jedince od společnosti. Apatie, hypobulie, citové oploštění, nepřiléhavé emoční reakce, ochuzení verbálního projevu a zpomalení motorického tempa postupně odcizují postiženého od jeho blízkých. Ten se uzavírá do sebe a tráví většinu času sám se svou nemocí.

V důsledku negativních příznaků jsou pacienti hůře přístupní změně životního stylu. Navíc se vyhýbají společenskému kontaktu, což může být dalším významným faktorem souvisejícím s problematikou (Libiger, 2002).

1.3.2 Životní styl

Nemocní tráví většinu času doma nebo v nemocnici, tedy sedavým způsobem života. Zpravidla si ani neuvědomují možnost jiné činnosti a důležitost pohybu, anebo nemají představu, jak a kde cvičení realizovat. S rostoucí obezitou navíc vyžaduje cvičení stále větší úsilí a pacient ztrácí odvahu do fyzické aktivity. Kromě nárůstu přebytných kil se tak pacient ochuzuje o možnost zmírnění negativních symptomů pozitivním vlivem cvičení, ještě více se izoluje a bludný kruh se uzavírá (Lambert et al., 2003).

Při omezeném rozpočtu stojí většinou v popředí výběru potravin nízká cena a jednoduchost přípravy. Jedinci upřednostňují levnou vysokokalorickou stravu před přípravou hodnotných pokrmů ze základních surovin. Jídelníček obsahuje velké množství sladkostí na úkor racionální stravy bohaté na bílkoviny, vlákninu a vitamíny důležité pro organismus. Energetický příjem nekvalitní potravy mnohokrát přesahuje nedostatečný energetický výdej a vede k ukládání tukové tkáně a rozvoji nadváhy a obezity. Roli hrají i nevhodné stravovací návyky ve smyslu rozložení stravy do jednotlivých dávek a rychlosti jejího požívání.

Dalším významným faktorem je tendence k abusu drog. 62 % schizofreniků jsou kuřáci, a ani užívání alkoholu, marihuany či jiných drog není výjimečné, což významně zatěžuje, zpravidla velice skromný, rozpočet (De Leon, Diaz, 2005).

1.3.3 Účinky léků

Schizofrenie je onemocnění, u něhož je metodou volby léčba psychofarmaky, která je nutno užívat dlouhodobě. Medikamenty s sebou bohužel přináší i řadu nežádoucích účinků a v úvahu musíme brát i možné lékové interakce.

Pro snížení výskytu motorických nežádoucích účinků se dává přednost používání antipsychotik nové generace před antipsychotiky klasickými. Ty bohužel přináší potíže jiné, zejména negativní ovlivnění metabolismu. Pacienti, často obézní již před zahájením léčby, jsou tak ohroženi dalším nárůstem hmotnosti a rozvojem komplikací.

Až 80 % pacientů léčených se antipsychotiky trpí nadváhou. Tento nejznámější nežádoucí účinek vzbuzuje u pacientů obavy a je často důvodem snížené compliance léčených. K váhovému přírůstku jsou nejvíce náchylní mladí pacienti s první atakou, kteří s léčbou antipsychotiky začínají. K největšímu nárůstu váhy obvykle dochází během prvních měsíců léčby. Zvýšení hmotnosti nebývá zpočátku patrné, je třeba po něm aktivně pátrat. U nemocných léčených antipsychotiky je třeba pravidelně monitorovat hmotnost, glykemii a lipidové spektrum.

Obezitogenní potenciál mají léky antagonizující histaminový a serotoninový systém. Patří sem hlavně zástupci atypických a incizivních antipsychotik, u klozapinu a olanzapinu bylo zaznamenáno zvýšení hmotnosti až o třetinu původní váhy. Léky způsobují změny regulace chuti k jídlu, zvyšují bažení po sladkém, mění vnímání chuti a vůně potravy, způsobují abnormální pohyby svaloviny při polykání a vedou k pocitu prázdného žaludku i po najedení (Wirshing et al., 1999).

2 Edukační programy

Zvýšený výskyt somatických nemocí u pacientů se schizofrenií vedl odborníky k hledání možností jejich předcházení. Cílem bylo zaměřit se na redukci hlavních rizikových faktorů: obezity a kouření. Efektivní se ukázaly psychoedukační programy (MacHaffie, 2002).

Psychoedukace je systematická, strukturovaná a didaktická informace nemocným a jejich blízkým o nemoci a její léčbě, jejímž cílem je naučit je dovednostem důležitým pro zvládnutí nemoci a usnadnit postiženým adaptaci na ni (Bauml et al., 2007).

Psychoedukační programy jsou vzdělávací programy cílené na určitou skupinu nemocných. Je kladen důraz hlavně na pravidelné opakování naučeného a posilování zapamatování formou diskusí a sociálních interakcí s ostatními účastníky, aby tak došlo k lepšímu upevnění nových informací a dlouhodobější změně chování (MacHaffie, 2002). Vstřícné prostředí prohlubuje terapeutický vztah a posiluje compliance pacientů k medikamentózní i podpůrné léčbě. Programy typu Program pro dobré zdraví mají kromě role edukační i důležitý význam sociální (Kitzlerová, Motlová, 2005).

2.1 Studie psychoedukačních intervencí

V Irsku a Velké Británii bylo v několika studiích potvrzeno, že pacienti mají o své tělesné zdraví zájem. Předmětem výzkumu byla účast pacientů na preventivních prohlídkách, odběrech prolaktinu a programech zaměřených na redukci hmotnosti. Zájem o účast byl veliký (Bushe, Bradley, 2007).

Způsobu podávání informací se věnovala skupina vědců v únoru 2001 v Kantábrii ve Španělsku. V randomizované studii byli pacienti rozděleni do dvou srovnatelných skupin, k edukaci byly použity dvě rozdílné intervence. Oba programy trvaly celkem 3 měsíce. Časná behaviorální intervence sestávala z 10 až 14 sezení po 40 minutách jednou až dvakrát týdně. Strukturovaný program byl zaměřen na psychoedukaci, dietní poradenství, tělesné cvičení, behaviorální terapii, pravidelné opakování naučených vědomostí a domácí úkoly. Oproti tomu

klientům druhé skupiny byly informace předávány nestrukturovaně, pouze formou obecných informací a doporučení. Přestože byli pacienti v obou skupinách pravidelně váženi, byly pozorovány statisticky významné rozdíly ve změnách hmotnosti mezi oběma skupinami. Ve skupině s behaviorální intervencí účastníci po 3 měsících přibrali méně kilogramů, došlo k menšímu nárůstu BMI i procentuálnímu zvýšení hmotnosti (Alvarez-Jimenez, 2006).

I řada dalších studií v průběhu let přinesla podobné závěry (viz tabulka č. 1). Z výsledků vyplývá důležitost strukturovaného podávání informací s posilováním jejich zapamatování pomocí opakování a behaviorálních intervencí.

Tabulka č. 1 Psychoedukační programy zaměřené na podporu zdravého životního stylu a redukci hmotnosti

Autor	Intervence	Délka intervence a studie	Výsledky	Poznámky
Wirshing et al., 2006	Didaktická prezentace o potravinové pyramidě, velikosti porcí a cvičení	30 minut	Zlepšení skóre ve vědomostním testu	Akutně hospitalizovaní; Skupinu vede medik
Evans et al., 2006	Individuální edukace o výživě dietní sestrou	6 lekcí	↑ hmotnosti v kontrolní skupině	3 měsíce po nasazení olanzapinu
Soo Kwon et al., 2006	Edukace o výživě a behaviorální intervence	12 lekcí, 3 měsíce	↓ hmotnosti v intervenční skupině	Olanzapin+ intervence vs. olanzapin + léčba obvyklá
Littrell et al., 2003	Edukace o výživě, cvičení a zdravém životním stylu	16 lekcí, 24 týdnů	↓ hmotnosti ↑ hmotnosti v kontrolní skupině	Muži v obou skupinách přibrali více než ženy
Brar et al., 2005	Skupinová behaviorální intervence	20 lekcí, 14 týdnů	↓ hmotnosti	Klinicky stabilní obézní pacienti, dg chronická schizofrenie
Vreeland et al., 2003	Edukace o výživě, cvičení, behaviorální intervence	25 lekcí, 12 týdnů	↓ hmotnosti ↑ hmotnosti v kontrolní skupině	2 x týdně skupina + 15 minut individuální konzultace + chůze pod dohledem
Menza et al., 2004	Multimodální program: výživa, cvičení, motivace	52 týdnů	↓ hmotnosti ↑ hmotnosti v kontrolní skupině	
Pendlebury et al., 2005	Edukace o výživě, cvičení	3 roky	↓ hmotnosti 4,97 kg	Skupina 1x týdně
	Kontrola hmotnosti		čím vícrát přišli, tím více hubli	

2.2 Program pro dobré zdraví

Program pro dobré zdraví (PPDZ) je prvním programem na podporu zdravého životního stylu mezi nemocnými schizofrenií v České republice. Funguje od roku 2005, přináší pozitivní výsledky a je pacienty velice oblíben (Kitzlerová, Motlová, 2005).

2.2.1 Historie

Program pro dobré zdraví vychází z konceptů programu The Wellbeing Support Programme, který se poprvé rozběhl v roce 2003 ve Velké Británii. Prvních běhů se v průběhu let 2003 až 2005 zúčastnilo 966 pacientů.

Jednalo o individuální konzultace životního stylu se speciálně vyškolenou zdravotní sestrou. Výsledky byly pozitivní: po absolvování začali účastníci docházet na pravidelné lékařské prohlídky, omezili alkohol, začali cvičit, zlepšili své stravovací návyky, určitá část přestala kouřit a v neposlední řadě kleslo i procento počátečního nízkého sebehodnocení (dosud nepublikovaná data, ústní sdělení MUDr. Motlové).

V České republice byl PPDZ zahájen formou skupinového programu v lednu 2005 v Psychiatrickém centru Praha. V současné době probíhá ve 23 centrech v celé České republice (viz obrázek č. 2).

Obrázek č. 2 Centra PPDZ v České republice



2.2.2 Cíle programu

Cílem je probudit v klientech zájem o zdravý životní styl a motivovat je k jeho praktikování v běžném životě. Program je zaměřen na problémy zdravé výživy a tělesného cvičení, zejména v souvislosti se snižováním hmotnosti a udržováním ideální váhy. Rovněž je zdůrazňován význam užívání dlouhodobé antipsychotické medikace. Klienti mají možnost v přátelské atmosféře sdílet své problémy s ostatními, stejně postiženými. Tím se prohlubují sociální kontakty, zmenšuje se izolace jedinců a dochází ke zlepšování sebehodnocení účastníků.

2.2.3 Cílová skupina

Program je určen pro osoby trpící schizofrenií, akutní a přechodnou psychotickou poruchou a schizoafektivní poruchou se zájmem o problematiku zdravého životního stylu. Program vznikl za grantové podpory výzkumného záměru MZČR MZOPCP 2005 a společnosti Eli-Lilly, účast je bezplatná.

Zájemce je do programu zařazen na základě přihlášky zaslané na spádové centrum, ve kterém Program pro dobré zdraví probíhá. Následně je kontaktován příslušným instruktorem, který mu sdělí konkrétní informace o konání kurzu. O účasti pacienta v programu by měl být informován jeho ošetřující psychiatr. Obézním a jinak somaticky nemocným pacientům je zdůrazňována nutnost konzultace se somatickým lékařem před zahájením cvičení.

2.2.4 Průběh programu

Program vede instruktor vyškolený v oblasti psychoedukace, vzniku obezity a obezitogenních účinků antipsychotik. Jedná se o zdravotní sestry, psychology a sociální pracovníky. Každá skupina je tvořena 8 až 12 účastníky.

Výuka v malých skupinách má výhodu neformální atmosféry s možností individuálního přístupu k účastníkům a efektivnějšího hledání řešení konkrétních překážek v realizaci zdravého životního stylu.

Celková délka kurzu je 10 lekcí po 60 až 90 minutách. Prvních 8 lekcí je vždy po týdnu, 9. a 10. jsou s měsíčními odstupy a jsou určeny k zopakování informací z předchozích lekcí. Celkové trvání je tedy 3 měsíce. Na závěrečné hodině obdrží účastníci diplom s potvrzením o absolvování programu.

Každé setkání má stejnou strukturu. Na začátku instruktor účastníky diskretně zváží, změří jim krevní tlak a tepovou frekvenci. Poté se účastníci podělí o své úspěchy z minulého týdne a zopakují si informace, které se dozvěděli na minulé hodině. Následuje výklad nových informací a na závěr shrnutí zásadních bodů a zpětná vazba od účastníků.

Na první hodině dostane každý účastník pracovní sešit (viz obrázek č. 3), ve kterém jsou srozumitelnou formou zopakovány nejdůležitější informace z kurzu. Sešit je vytištěn velkým písmem s dostatkem prostoru na poznámky a doplněn názornými barevnými obrázky, aby potřebám klientů co nejvíce vyhovoval.

Obrázek č. 3 Pracovní sešit

Potravinová pyramida

Potravinová pyramida byla vytvořena tak, aby ukázala doporučenou rovnováhu mezi jednotlivými skupinami živin a pomohla vám stanovit každodenní stravovací zvyky pro udržení dobrého zdraví. Potravinová pyramida vám také pomáhá se ujistit, že je vaše strava dostatečně pestrá.

Tuky a oleje, sladkosti a alkohol
Tyto potraviny přinášejí mnoho tuků a cukrů a velmi málo základních živin. Omezte je, jak jen to jde.
Tipy pro zdravější stravování:
✓ Brambůrky a podobné chutovky lze nahradit popcornem, který je zdravější.
✓ Grilujte a pečte v troubě místo fritování.
✓ Používejte oleje bohaté na nenasycené mastné kyseliny místo stoličních olejů a tuhých tuků.
✓ Používejte hranolky upečené v troubě místo fritovaných.
✓ Používejte nízkotučné pomazánky místo másla nebo margarínu.

Maso, ryby, vejce, luštěniny, ořechy
Tyto potraviny jsou důležitými zdroji bílkovin a železa ve stravě.
Tipy pro zdravější stravování:
✓ Volte libové maso.
✓ Jezte více ryb – olejnaté ryby jako losos nebo sardinky jsou pro vás vhodné.
✓ Pečte v troubě nebo grilujte místo smažení.
✓ Polotovary nebo předpřipravená jídla mohou mít vysoký obsah tuků. Omezte je, nebo je jezte s obyčejnou vařenou rýží místo smaženého rýže nebo hranolků.

Mléko, sýry a jogurty
Tyto potraviny jsou důležitým zdrojem bílkovin a vápníku ve stravě.
Tipy pro zdravější stravování:
✓ Používejte nízkotučné nebo odstředěné mléko místo plnotučného.
✓ Používejte jako dezert jogurty místo smetany nebo zmrzliny.
✓ Zkoušejte sýry s nižším obsahem tuku jako Eidam nebo nízkotučné sýrové pomazánky.

Ovoce a zelenina
Tyto potraviny jsou výtečnými zdroji vitamínů, minerálů a vlákniny.
Tipy pro zdravější stravování:
✓ Snažte se nepřidávat k zelenině tuk (např. máslo).
✓ Jezte ovoce jako zdravý pamlsek či zákusek.
✓ Nadměrné vaření zeleniny vede ke ztrátě vitamínů.

Chléb, obiloviny a brambory
Tyto potraviny jsou základním zdrojem sacharidů a vlákniny.
Tipy pro zdravější stravování:
✓ Volte tmavé nebo celozrnné pečivo, které má hodně vlákniny.
✓ Používejte střídmě nízkotučné pomazánky na chléb.
✓ Konzumujte hranolky z trouby místo fritovaných.

Co znamená porce?
Lidé často nejen špatně volí stravu, ale také se přejíždají i zdravými potravinami. Ke zlepšení vašich jídelních návyků je důležité jíst správné množství jídla.

Chléb, obiloviny a brambory

- 1 mísa obilovin na snídani
- 1 plátek chleba
- 2 lžice vařených těstovin nebo rýže
- 1 střední brambor

Ovoce

- 1 střední ovoce
- ½ sklenice ovocné šťávy
- 2 lžice vařeného nebo zavařovaného ovoce

Zelenina

- 2 lžice vařené zeleniny
- 2 lžice zeleninového salátu
- malá mísa domácí zeleninové polévky

Maso, ryby, vejce, luštěniny, ořechy

- 60 g vařeného libového masa nebo drůbeže
- 85 g vařených ryb
- 2 vejce
- 6 lžic vařených fazolí/hrachu
- 85 g ořechů

Mléko, sýry a jogurty

- 1 sklenice mléka (200 ml)
- mléčný pudink – rýžový nebo krémový (připravený s 200 ml mléka)
- 1 balení jogurtu
- 30 g sýru typu čedar nebo 200 ml mléka

Ověřte si vaše znalosti o potravinové pyramidě

1. Kolik porcí následujících potravin by podle potravinové pyramidy měl člověk denně sníst?

- chléb, obiloviny a brambory _____
- zelenina _____
- mléko, sýry a jogurty _____
- ovoce _____
- maso, ryby _____

2. Ve které části potravinové pyramidy by se měly nacházet následující potraviny?

- mrkev _____
- fazole _____
- pitta chléb _____
- odstředěné mléko _____
- rýže _____
- jablko _____
- brokolice _____
- ryba _____
- ovesná kása _____

3. Spojte potraviny a množství porcí

- | Potravina | Množství porcí |
|---------------------|----------------|
| Tmavý chléb _____ | A. 1 plátek |
| Ovocná šťáva _____ | B. 1 balení |
| Pečené fazole _____ | C. 200 ml |
| Mléko _____ | D. 6 lžic |
| Brambor _____ | E. 1 střední |
| Jogurt _____ | F. ½ sklenice |

První polovina kurzu je věnována výživovým doporučením. Pacienti se dozvídají o potravinové pyramidě, kalorických hodnotách potravin, jak vařit ze základních surovin a jak si poradit s omezeným rozpočtem.

Ve druhé části, zaměřené na tělesné cvičení, jsou účastníci informováni o důležitosti fyzické aktivity na výdej kalorií, hubnutí a udržování kondice. Probírá se, jak lze spočítat a dosáhnout maximální tepové frekvence, jaké jsou vhodné formy cvičení a možnosti jejich provozování v okolí bydliště účastníků.

Celkový rámec programu je přesně dán, individuální doplnění a přizpůsobení je necháno na instruktorech. Kurzy se tak liší např. v míře práce s pracovním sešitem v průběhu výkladu. Jinou tvořivou invencí je např. návštěva obchodu se zdravou výživou nebo ochutnávka jídla připraveného z racionálních surovin.

2.2.5 Výsledky

Roční výsledky Programu pro dobré zdraví naznačují příznivý efekt. Od roku 2005 vstoupilo v České republice do programu 210 pacientů, z nichž 127 absolvovalo alespoň dvě třetiny kurzu. Účastníci, kteří absolvovali více lekcí a měli vyšší vstupní hmotnost, v testu znalostí o výživě a kondici dosahovali lepších výsledků. Úroveň znalostí o zdravém životním stylu se na konci programu v této skupině nemocných významně zvýšila (v testu o výživě z 68 % správných odpovědí na začátku programu na 84 % na konci, v testu o fyzické kondici ze 70 % na 83 %), pacienti si informace pamatovali a byli schopni je aplikovat v praxi. Dokladem toho jsou změny tělesné hmotnosti na konci programu. U 39,4 % nemocných nebyly zaznamenány žádné váhové změny během doby sledování 8 až 16 týdnů, u 22 % nemocných došlo k váhovému úbytku 2 – 5 kg a 22 % zhublo více než 5 kg v daném období. Naopak u 11 % nemocných došlo k váhovému přírůstku 2 – 5 kg, u 5,5 % nemocných 5 kg a více. Mezi jednotlivými antipsychotiky užívanými pacienty nebyly zjištěny významné rozdíly ve změnách hmotnosti.

Program pro dobré zdraví je úspěšný a pacienty oblíbený. Významně přispívá ke zlepšení somatického zdraví pacientů trpících schizofrenií, redukuje

tělesnou hmotnost nebo zabraňuje jejímu přírůstku, předchází sociální izolaci a napomáhá k destigmatizaci (Kitzlerová et al., 2008).

3 Vlastní výzkum

Existující výsledky (viz kapitola 2.2.5) naznačují, že Program pro dobré zdraví je úspěšný a pacienty oblíbený. Přesto je zřejmé, že se dostane jen k menší části pacientů, ačkoli je široce geograficky dostupný. Proto jsme se rozhodli stávající kvantitativní analýzu doplnit pilotním detailnějším dotazníkovým šetřením, přičemž jsme se zaměřili i na průzkum tělesného zdraví účastníků.

3.1 Cíl a uspořádání studie

Cílem průřezové terénní studie bylo zmapovat tělesné zdraví pacientů se schizofrenií a zjistit jejich motivaci k účasti v Programu pro dobré zdraví. S ohledem na možnosti dalšího rozšiřování nás zajímala spokojenost s průběhem a praktickými výstupy programu. Zvolili jsme dotazníkové šetření.

3.2 Studovaná populace

Studovanou populaci tvořili účastníci programu Pro dobré zdraví v České republice na jaře 2008, kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit. Centra Programu pro dobré zdraví, jejichž účastníci vyplnili dotazník, jsou uvedena v tabulce č. 2.

Soubor tvořilo celkem 27 jedinců, 11 mužů a 16 žen. Průměrný věk byl 37 let, vzdělání bylo rozloženo rovnoměrně v zastoupení všech stupňů. Průměrný BMI byl 30,9. 14 účastníků se léčilo s psychotickým onemocněním déle než 5 let, 5 v rozmezí 1 až 5 let a 6 účastníků kratší dobu než 1 rok (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 Základní demografické údaje

Studovaná veličina	Kategorie	Počet účastníků
Kurz	Celkem	27
	PCP Denní stacionář	8
	FN Brno Bohunice	6
	FN Brno	3
	České Budějovice	3
	Jihlava	7
Pohlaví účastníků	Muži	11
	Ženy	16
Věk účastníků	Průměrný věk (let)	37
	Méně než 20 let	1
	20 – 29 let	10
	30 – 39 let	4
	40 – 49 let	3
	50 – 59 let	7
	Více než 59 let	1
Vzdělání účastníků	Základní	6
	Střední odborné	6
	Střední zakončené maturitou	9
	Vysokoškolské	6
BMI	Průměr	30,9
	Méně než 18,5	0
	18,5 – 24,9	7
	25 – 29,9	6
	30 – 34,9	5
	35 – 39,9	6
	Nad 40	2
Délka léčby psychického onemocnění	Méně než 1 rok	8
	1 - 5 let	5
	Více než 5 let	14

3.3 Intervence

Program pro dobré zdraví je strukturovaný skupinový program určený nemocným trpícím psychotickým onemocněním. Detailně je popsán výše (viz kapitola 2.2).

3.4 Nástroj

Dotazník motivace účasti v Programu pro dobré zdraví sestává z 29 otázek. Začíná snadnými otázkami s jednoznačnou odpovědí. Pokračuje kombinací otázek otevřených, uzavřených a bodovými škálami (viz příloha č.1).

Srozumitelnost jsme ověřili otestováním dotazníku na třech vybraných účastnících. Všem otázkám rozuměli, nepříliš jasné bylo hodnocení známkami, které tudíž doznalo v konečné verzi dotazníku úprav.

Účastníkům byly dotazníky rozdány instruktory v průběhu 6. – 8.hodiny, tedy po absolvování přibližně dvou třetin kurzu. Klienti byli upozorněni, že vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní. Bylo doporučeno jeho vyplnění přímo na hodině, v případě zájmu ale bylo možné dotazník vyplnit i doma.

3.4.1 Analýza dat

V několika dotaznících nebyly některé otázky zodpovězeny. Tyto vady jsme nepovažovali za zásadní, proto jsme dotazníky nevyloučili z celkového zpracování. Nezahrnovali jsme je pouze do vyhodnocení kategorií, v nichž byly neúplné.

Z odpovědí na číselné škále (1 nejlepší, 5 nejhorší) jsme získali výslednou známku zprůměrnováním jednotlivých odpovědí.

V otázkách s možnou odpovědí „jinak“ nebo „jiný důvod“ se v několika případech slovní odpověď významově shodovala s nabídnutými variantami. Tyto otázky jsme hodnotili, jako by byla zaškrtnuta daná odpověď.

4 Výsledky

80 % účastníků je psychotickým onemocněním značně omezeno v běžném životě (viz graf č. 1). Přehled komorbidních onemocnění přináší graf č. 2. Z průzkumu dále vyplynulo, že pacienti účastníci se Programu pro dobré zdraví se léčí nejen antipsychotiky, ale i léky z dalších skupin psychofarmak. Součet hodnot nedává 100 %, někteří pacienti berou kombinaci více léků (viz graf č. 3 a 4).

Pacienti mají o informace o zdravém životním stylu zájem. Většina se účastní z vlastní iniciativy, 3 pacienti sledovaného souboru se účastnili programu proto, že byl součástí komplexní terapie v denním stacionáři.

Pro některé pacienty to není první edukační program. Absolvované kurzy však byly zaměřeny pouze na tělesné zdraví a nikoliv na souvislost s psychotickým onemocněním. Jednalo se o poradnu pro výživu a metabolismus, obezitologii a blíže nespecifikovaný program s interní tematikou. Na úspěšnost Programu pro dobré zdraví poukazuje fakt, že někteří účastníci chodí na program opakovaně (viz graf č. 5).

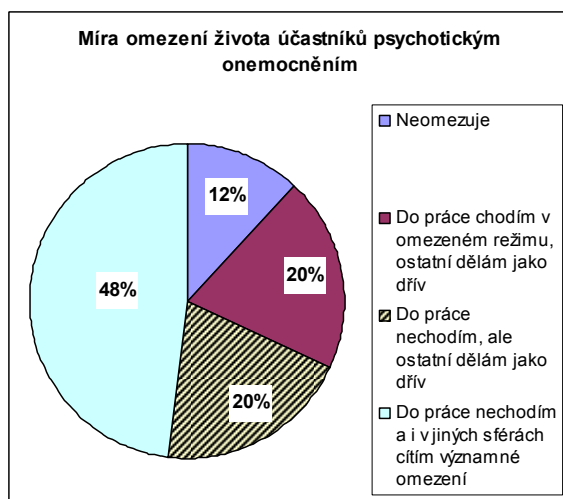
Nejvíce pacientů se o Programu pro dobré zdraví dozvídá od psychiatrů a zdravotních sester. Zdroj informací o programu a důvody účasti přináší tabulka č. 3.

Celkový rámec organizace kurzu až na výjimky vyhovoval (viz tabulka č. 4). Hodnocení náplně kurzu a jednotlivých sezení viz tabulka č. 5. Celkově hodnotí účastníci kurz známkou 2,04 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší). Většina do programu přichází už s určitými znalostmi. Využitelnost informací v praxi však předpokládá 100 % dotázaných. Opakovací testy připadaly účastníkům obtížností úměrné jejich schopnostem. Pracovní sešit byl hodnocen pozitivně. Účastníkům v něm rozsah informací i způsob jejich podání vyhovuje.

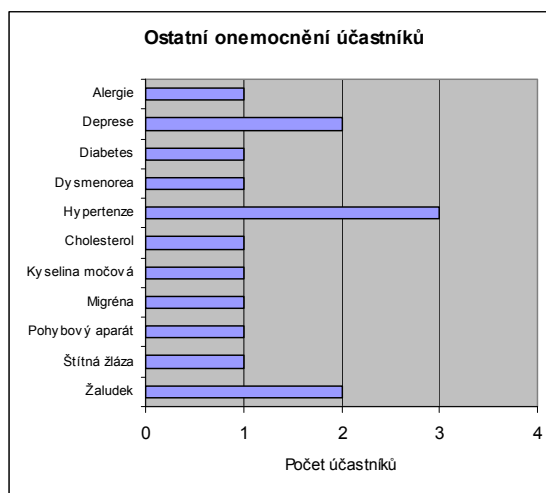
Většina blízkých pacienty v jejich účasti na programu podporuje, 60 % pacientů by uvítalo i účast svých blízkých na programu (viz graf č. 6 a 7).

Klienti by z programu nic nevynechali. Názory, co bylo hlavním přínosem a co by se mělo vylepšit přináší tabulka č. 6.

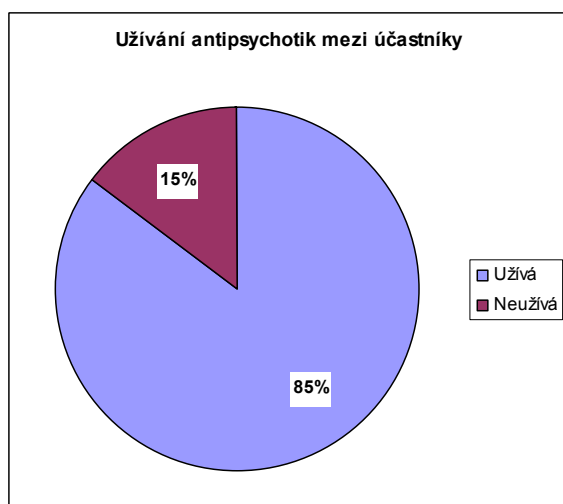
Graf č. 1 Míra omezení účastníků v důsledku onemocnění



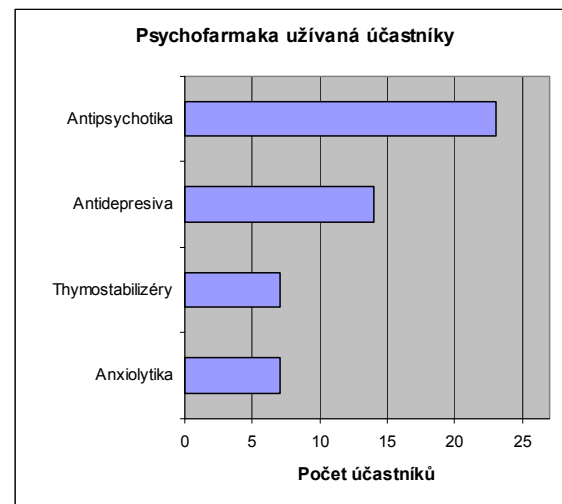
Graf č. 2 Ostatní onemocnění účastníků



Graf č. 3 Užívání antipsychotik účastníky



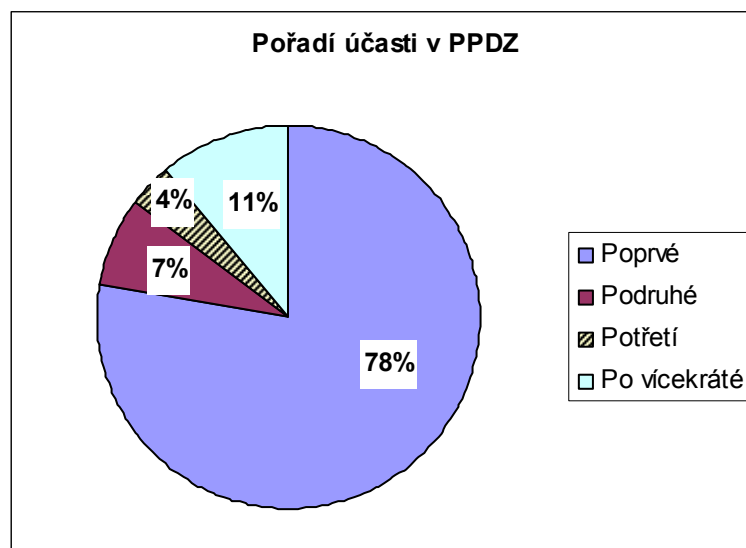
Graf č. 4 Psychofarmaka užívaná účastníky



Tabulka č. 3 Zdroj informací a důvod účasti v PPDZ

Odkud se pacienti o programu dozvídají ?		
	Počet odpovědí	
Od spolupacientů	0	
Od psychiatra	16	
Od praktického lékaře	0	
Od zdravotních sester	9	
Z internetu	0	
Jinak	2	Letáček v ordinaci
		Pozvánkou
Důvod účasti v programu		
	Počet odpovědí	
Nařídil mi to můj lékař	7	
Mám zdravotní potíže a myslím si, že mi program může pomoci	9	
Potíže nemám, ale chci se vyvarovat komplikací	5	
Zajímám se o zdravý životní styl a chtěl/a bych se dozvědět něco nového	11	
O zdravém životním stylu jsem nic nevěděl/a a chtěl/a jsem se něco dozvědět	4	
Nevím o jiném programu, který by sdružoval lidi se stejným onemocněním, jako mám já	5	
Jiný důvod	3	Součást denního stacionáře

Graf č. 5 Pořadí účasti v PPDZ



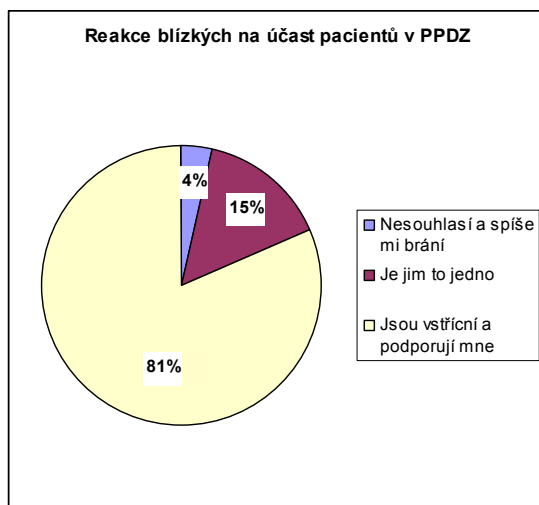
Tabulka č. 4 Hodnocení organizace PPDZ

Hodnocení organizace PPDZ		Počet odpovědí
Délka jednotlivých sezení	Příliš krátká	0
	Vyhovovala	25
	Příliš dlouhá	2
Četnost sezení	Málo často	0
	Vyhovovala	27
	Příliš často	0
Celková délka programu	Příliš krátký	1
	Vyhovovala	25
	Příliš dlouhý	1
Počet lidí ve skupině	Příliš malý	3
	Vyhovoval	24
	Příliš velký	0

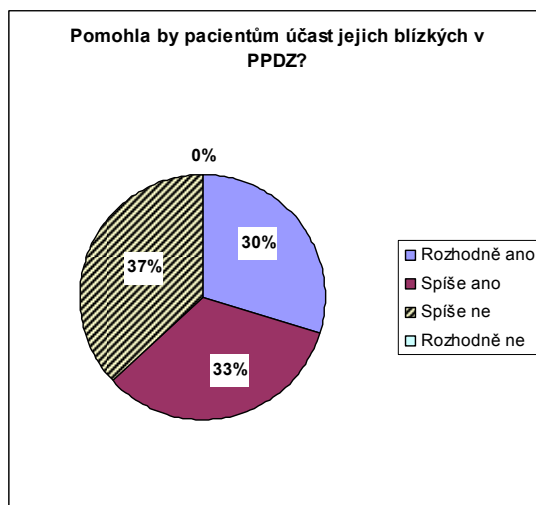
Tabulka č. 5 Hodnocení náplně kurzu

Jak program splnil očekávání ?		
		Známka (1 nejlepší, 5 nejhorší)
Celkový dojem	Průměrná známka	2,04
	Srozumitelnost podávaných informací	1,78
	Vstřícná atmosféra - možnost na všechno se zeptat	1,63
	Možnost přestávek	2,09
	Vážení před ostatními	2,04
	Měření krevního tlaku a pulzu před ostatními	2,04
	Domácí úkoly	2,04
		Počet odpovědí
Novost informací	Nové	4
	Něco jsem už znal/a	22
	Nic nového	1
Využitelnost informací v denním životě	Hodně	15
	Trochu	12
	Vůbec	0
Obtížnost opakovacích testů	Jednoduché	4
	Přiměřené	20
	Těžké	3
Pracovní sešity		
Rozsah informací	Příliš málo	4
	Vyhovuje	22
	Příliš mnoho	1
Způsob podání informací	Příliš zjednodušené	3
	Vyhovuje	22
	Příliš odborné	2

Graf č. 6 Reakce blízkých na účast pacientů v PPDZ



Graf č. 7 Zájem účastníků o spolupráci s jejich blízkými v rámci PPDZ



Tabulka č. 6 Přínos PPDZ a nápady na jeho vylepšení

Co mělo největší přínos?	
Výživa	Informace o zdravé výživě
	Jídelníčky
	Recepty
Fyzická aktivita	Cvičení
	Pohybová část
Hubnutí	Lepší zdravotní stav
Prostředí	Společné cíle ve skupině
	Atmosféra kurzu
	Vzájemné poznatky pacientů a velice milý přístup sestry
Informace	Dozvěděla jsem se mnoho informací
	Vše
	Nové informace a poznatky
Motivace	Teorie motivace
Co by klienti na kurzu vylepšili?	
Výživa	Diety
	Zdravou stravu
	Týdenní jídelníček pro konkrétní osobu
Prostředí	O 15 minut více na komunikaci

5 Diskuze

Cílem Programu pro dobré zdraví je rozšiřovat mezi pacienty s psychotickým onemocněním povědomí o zdravém životním stylu a jeho provozování v praxi. Hlavní snahou je minimalizovat nárůst hmotnosti u pacientů na počátku léčby antipsychotiky a podpořit obézní pacienty ve snaze zhubnout. Další nezanedbatelnou rolí je prevence sociální izolace nemocných.

Nejrizikovější z hlediska nárůstu obezity jako nežádoucího účinku antipsychotik je skupina mladých pacientů na počátku terapie. Jak ale vyplývá z výsledků studie, polovina účastníků se léčí déle než 5 let. Nemocných léčících se méně než jeden rok, na které by měl být program zejména zaměřen, je pouze 6, tedy necelá třetina. Zmíněná věková kategorie je zastoupena lépe - účastníků do 30 let bylo 11, tedy 42 %. V dalším vývoji bude nutné pokusit se o větší rozšíření programu mezi pacienty s první atakou.

Počet mužů a žen ve studii byl vyrovnaný. Zájem o zdravý životní styl tedy nemají pouze ženy, jak bychom mohli předpokládat. Vzdělání bylo rozloženo rovnoměrně v zastoupení všech stupňů.

Průměrný BMI byl 30,9. Pacienti s normální hmotností tvořili pouze 27 % účastníků. Tři čtvrtiny účastníků mají tedy problémy s určitým stupněm nadváhy až obezity, a tudíž program funkci sekundární prevence v této kategorii plní.

Pacienti se neléčí pouze antipsychotiky, poměrně silně jsou zastoupena i antidepresiva. Ze studované populace užívá 23 účastníků antipsychotika a 14 antidepresiva. Někteří je užívají v kombinaci, jiní mají z těchto dvou skupin dokonce pouze antidepresiva. Do budoucna je tedy nutno zvážit i edukaci v oblasti nežádoucích účinků těchto léků.

80 % účastníků se cítí psychotickým onemocněním značně omezeno v běžném životě. Z komorbidních onemocnění jsme ve třech případech zaznamenali hypertenzi a ve dvou problémy se žaludkem a deprese, ostatní onemocnění byla zaznamenána pouze v jednotlivých případech.

Pacienti se o programu téměř výhradně dozvídají pouze dvojí cestou, a to od svých psychiatrů a zdravotních sester. Do budoucna by tedy bylo vhodné

zvážit další formy propagace programu, např. formou plakátů či letáčků do čekáren psychiatrů, praktických lékařů, lékáren a podobně. Otázkou zůstává, kolik nemocných se vůbec o programu dozví a následně programu zúčastní.

Pacienti mají o informace o zdravém životním stylu zájem. Většina se účastní z vlastní iniciativy, 3 pacienti sledovaného souboru se účastnili programu proto, že byl součástí komplexní terapie v denním stacionáři. Jiné kurzy s podobnou tematikou, které účastníci absolvovali dříve, byly zaměřeny pouze na tělesné zdraví a nikoliv na souvislost s psychotickým onemocněním. Na úspěšnost Programu pro dobré zdraví poukazuje i fakt, že někteří účastníci chodí na program opakovaně.

Celkově ohodnotili účastníci kurz známkou 2,04 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší). Rámec organizace až na výjimky vyhovoval. Nespokojení s malým počtem lidí ve skupině byli jen účastníci kurzů, ze kterých přišly jen tři dotazníky. Účastníci ze skupin, odkud přišlo 6 až 8 dotazníků, byli spokojeni.

V rámci organizace vyplňování dotazníků jsme byli upozorněni, že na 9. a 10. hodině bývá účast slabší. V dalším výzkumu tedy bude třeba zmapovat důvody nižší účasti na opakovacích hodinách a co by se dalo na tomto faktu vylepšit.

Nejhorší hodnocení, tj. známku 2,09, dostal dotaz na možnost přestávek. U této otázky také ve 4 případech chyběla odpověď. Domníváme se, že účastníkům vůbec nebyla možnost přestávky nabídnuta a že by ji pravděpodobně uvítali.

Většina pacientů do programu přichází s určitými znalostmi. Využitelnost informací v praxi však předpokládá 100 % účastníků. Pracovní sešit byl hodnocen pozitivně. Účastníkům rozsah informací i způsob jejich podání vyhovuje.

Z celkového průzkumu vyplývá adekvátní obtížnost opakovacích testů. Zaznamenali jsme však opakované dotazy na nejasné znění otázky. Navrhujeme tedy úpravu srozumitelnosti znění otázek v návaznosti na dotazy účastníků.

V dotazníku jsme dále zkoumali reakci blízkých pacientů a zda by účastníci uvítali spolupráci s nimi. Většina pacientů je v účasti na programu svými blízkými podporována, 63 % (33 % určitě ano, 30 % spíše ano) pacientů by uvítalo i účast blízkých na kurzu. Myslíme si, že by bylo vhodné uvažovat o rozšíření programu tímto směrem.

Účastníci nic nedoporučili z programu vynechat. Oceňovali praktické informace o zdravém vaření a cvičení. Další motivací k účasti i přínosem bylo setkání s nemocnými se stejnými problémy. Dali by více prostoru kapitole o stravování, zejména v oblasti konkrétních návodů, a také byl návrh na prodloužení hodiny o 15 minut kvůli sociálnímu kontaktu. Přestože to nebylo zmíněno v žádném dotazníku, ústně byla poptávka po společném cvičení na hodinách. Do budoucna bude vhodné podporovat vznik a fungování podobných skupin pro sdružování pacientů se schizofrenií, speciální programy na cvičení a jiných aktivit určených právě pro tyto nemocné.

Závěr

Program pro dobré zdraví plní účel: vede k redukci hmotnosti pacientů, zamezuje sociální izolaci, mezi pacienty je oblíbený. Významná je rovněž skutečnost, že program je veden převážně zdravotními sestrami, což napomáhá k příjemné atmosféře, zvyšuje compliance účastníků a má i své výhody v profesionální péči o pacienta.

Upozorňuje také na vysoký výskyt somatických komorbidit v této populaci pacientů, u některých pacientů jde dokonce o první záchyt onemocnění, například hypertenze. Zatímco obézní a nadváhou trpící pacienti se účastní hojně, pacienti na počátku terapie se jej účastní málo, což je, vzhledem k nepochybnému preventivnímu potenciálu, škoda. Bude tedy vhodné zmapovat, kolik pacientů s první atakou se o programu vůbec dozví a následně zúčastní.

Studie rovněž přinesla cenné poznatky pro modifikaci obsahu programu: jelikož značná část účastníků užívá kromě antipsychotik i antidepresiva, bude třeba zvážit rozšíření edukace účastníků i do oblasti nežádoucích účinků této skupiny léků, další možností je zařazení výukové hodiny pro příbuzné pacientů.

Souhrn

Program pro dobré zdraví je prvním psychoedukačním programem na podporu zdravého životního stylu mezi pacienty s psychotickým onemocněním v České republice. Věnuje se šíření informací o zdravém životním stylu, zejména o zdravé výživě a důležitosti pohybu, a prevenci obezity v této skupině osob. Jedná se o skupinový program vedený vyškolenými instruktory, zejména z řad zdravotních sester. Studie přináší pozitivní výsledky: vede k redukci hmotnosti pacientů, zamezuje jejich sociální izolaci a je velice oblíbený.

V terénní dotazníkové studii jsme 1) zmapovali tělesné zdraví pacientů se schizofrenií a 2) zjišťovali spokojenost pacientů s programem. Zařadili jsme účastníky Programu pro dobré zdraví v České republice na jaře 2008. Soubor tvořilo 27 jedinců, 11 mužů a 16 žen. Průměrný věk byl 37 let, průměrný BMI byl 30,9.

Pacienti trpí somatickými onemocněními, nejčastěji hypertenzí a problémy se žaludkem. Na Programu pro dobré zdraví oceňují zejména praktické informace a možnost setkání s nemocnými se stejnými problémy. Celkový rámec organizace kurzu vyhovoval, kurz získal celkovou známku 2,04 (1 = nejlepší, 5 = nejhorší).

Preventivní charakter programu v oblasti redukce hmotnosti funguje dobře, zamezování vzniku obezity by však bylo vhodné rozvinout více. Zatímco obézní a nadváhou trpící pacienti se účastní hojně, pacientů na počátku terapie je málo. V dalším vývoji bude tedy třeba zvážit cesty, jak program více rozšířit mezi pacienty s první atakou.

Vzhledem k vysokému zastoupení léčby antidepresivy bude vhodné rozšířit edukaci i do oblasti účinků této skupiny farmak. Dle přání pacientů doporučujeme dále zvážit i účast jejich blízkých na programu. V dalším výzkumu bude třeba zmapovat důvody nižší účasti na opakovacích hodinách a co by se dalo na tomto faktu vylepšit.

Ve spolupráci s dalšími obory by bylo užitečné uvažovat o založení dalších podobných programů pro nemocné schizofrenií.

Summary

The Wellness Programme is the first psycho-educational programme for the people suffering from psychotic illnesses in the Czech Republic. Its main task is to educate these people about the healthy lifestyle, especially the healthy diet and the importance of physical exercise, and the obesity prevention. It is a group programme led by trained instructors, mostly by nurses. The recent surveys have brought positive results: the programme leads to weight loss in patients, reduces social isolation and is very popular among the patients.

In the terrain questionnaire survey we have 1) mapped the physical health among the people with schizophrenia, and 2) explored their satisfaction with the programme. We studied the Wellness Programme in the Czech Republic spring 2008 participants. The file consisted of 27 questioned, 11 men and 16 women. The average age was 37 years, average BMI was 30, 9.

The patients suffered from physical diseases, most often from hypertension and stomach problems. The participants appreciated most of all practical instructions and the possibility of meeting people with the same complaints. Generally, the organization suited well, the programme got the total mark 2.04 (1 best, 5 worst).

While the preventive character of the programme in the obesity therapy works well, the task of weight gain prevention has to be developed further. While the overweight patient participation is frequent, the patients commencing the antipsychotic treatment rarely join the programme. In the future, new ways of spreading the information about the programme among the people with the first psychotic attack has to be considered.

As many participants are also treated with antidepressants, we should extend the education to this category of remedies and its effects. According to the patients' wishes, we are considering cooperation with the patients' relatives. In further research it is to reveal the reasons for lower attendance of the repetition lessons and to improve the programme at this point.

In cooperation with other professions it would also be useful to consider running some other programmes for people suffering from schizophrenia.

Seznam použité literatury

1. ALVAREZ-JIMENEZ, M. et al. Attenuation of antipsychotic-induced weight gain with early behavioral intervention in drug-naive first-episode psychosis patients: A Randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 2006, vol. 67, no. 8, p. 1253-1260.
2. BAUML, J., PITSCHEL-WALZ, G. et al. Psychoeducation in schizophrenia: rehospitalization and hospital days: 7 year follow-up of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry*, 2007, no. 68, p. 854-861.
3. BOWIE, CR., HARVEY, PD. Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance. *Psychiatr Clin North Am*, 2005, no. 28, p. 613-633.
4. BRAR, JS. et al. Effects of behavioral therapy on weight loss in overweight and obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*, 2005, vol. 7, no. 66, p. 205-212.
5. BUSHE, C., BRADLEY, A. Acceptance by patients with severe mental illness of access to weight management clinics and physical health interventions in UK. *Abstract. 14. konference Světové asociace sociální psychiatrie, Praha 21.-24.10., 2007*
6. DE LEON, J. et al. Polydipsia and water intoxication in psychiatric patients: a review of the epidemiological literature. *Biol Psychiatry*, 1994, no. 35, p. 408-419.
7. DE LEON, J., DIAZ, FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*, 2005, no.76, p. 135-157.
8. DUSNTAN, D. et al. The rising prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance. *The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study Diabetes Care*, 2002, no. 25, p. 829-834.
9. FRIEDLANDER, AH., MERDER, SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *J Am Dent Assoc*, 2002, no. 133, p. 603-610.
10. GOLDMAN, K. Medical illness in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, no. 60, p. 10-15.

11. HATTA, K. et al. Abnormal physiological conditions in acute schizophrenic patients on emergency admission: dehydration, hypokalemia, leukocytosis and elevated serum muscle enzymes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1998, no. 248, p. 180-188.
12. HARRIS, EC., BARRACLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1998, no. 173, p. 51-53.
13. KITZLEROVÁ, E., MOTLOVÁ, L. Program pro dobré zdraví - první zkušenosti a výsledky v ČR. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, č. 6, s. 304-308.
14. KITZLEROVÁ, E. et al. I pacienti se schizofrenií mohou být fit: Roční výsledky Programu pro dobré zdraví v České republice. *Psychiatrie*, 2008, roč.12, č.2, s. 78-81.
15. LAMBERT, T. et al. Medical comorbidity in schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, 2003, no. 178, p. 567-570.
16. LEUCHT, S. et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, no. 116, p. 317-333.
17. LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C. , LIBIGER, J. , ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha : TIGIS , 2002, s. 341-401. ISBN 80-900130-1-5.
18. LINCOVÁ, D., FARGHALI, H. et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén, 2002. s. 161-168. ISBN 80-7262-168-8.
19. LITTRELL, KH. et al. The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *J Nurs Scholarsch*, 2003, vol. 3, no. 35, p. 237-241.
20. MAC HAFFIE, S. Health promotion information: sources and significance for those with serious and persistent mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2002, no. 6, p. 263-264.
21. MASON, PR., WINTON, FE. Ear disease and schizophrenia: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*, 1995, no. 91, p. 217-221.
22. MASOPUST, J. et al. Antipsychotic drugs as a risk factor for venous thrombembolism. *Int J Psych Clin Practice*, 2007, no. 11, p. 246-249.

23. MENZA, M. et al. Managing atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multinodal weight control program. *J Clin Psychiatry*, 2004, vol. 4, no. 65, p. 471-477.
24. MORS, O. et al. A population-based register study of the association between schizophrenia and rheumatoid arthritis. *Schizophr Res*, 1999, no. 40., p. 67-74.
25. OTHMAN, SS. et al. High prevalence of thyroid function test abnormalities in chronic schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 1994, no. 28, p. 620-624.
26. PENDLEBURY, J. et al. Evaluation of behavioural management programme for patients with severe mental illness: 3 year results. *Hum Psychopharmacol.*, 2005, vol. 6, no 20, p. 447-448.
27. RUSCHENA, D. et al. Choking deaths: the role of antipsychotic medication. *Br J Psychiatry*, 2003, no. 183, p. 446-450.
28. SACHDEV, PS. The current status of tardive dyskinesia. *Aust N Z J Psychiatry*, 2000, no. 34, p. 355-369.
29. SMITH, SM. et al. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry*, 2002, no. 181, p. 49-55.
30. VREELAND, B. et al. A program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. *Psychiatr Serv*, 2003, vol. 8, no. 54, p. 1155-1157.
31. WIRSHING, DA. et al. Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, no. 60, p. 358-363.
32. WIRSHING, DA. et al. A wellness class for inpatients with psychotic disorders. *J Psychiatr Pract*, 2006, vol. 12, no. 1, p. 24-29.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek č. 1 Dispozice pacientů se schizofrenií k tělesným nemocem

Obrázek č. 2 Centra PPDZ v České republice

Obrázek č. 3 Pracovní sešit

Tabulka č. 1 Psychoedukační programy zaměřené na podporu zdravého životního stylu a redukci hmotnosti

Tabulka č. 2 Základní demografické údaje

Tabulka č. 3 Zdroj informací a důvod účasti v PPDZ

Tabulka č. 4 Hodnocení organizace PPDZ

Tabulka č. 5 Hodnocení náplně kurzu

Tabulka č. 6 Přínos PPDZ a nápady na jeho vylepšení

Graf č. 1 Míra omezení účastníků v důsledku onemocnění

Graf č. 2 Ostatní onemocnění účastníků

Graf č. 3 Užívání antipsychotik účastníky

Graf č. 4 Psychofarmaka užívaná účastníky

Graf č. 5 Pořadí účasti v PPDZ

Graf č. 6 Reakce blízkých na účast pacientů v PPDZ

Graf č. 7 Zájem účastníků o spolupráci s jejich blízkými v rámci PPDZ

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník Programu pro dobré zdraví

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Škarková a jsem studentka lékařské fakulty. V rámci své diplomové práce se pod vedením MUDr. Motlové zabývám *Programem pro dobré zdraví* a možnostmi jeho dalšího rozvoje tak, aby co nejlépe vyhovoval pacientům. Prosím Vás proto o vyplnění následujícího dotazníku.

Vyplnění je dobrovolné a anonymní. Nebudete-li na nějakou otázku chtít odpovídat, nemusíte. Bude-li Vám nějaká otázka nejasná, zeptejte se terapeutky, která Vám dotazník rozdala, nebo mne kontaktujete na e-mailu tskarkova@seznam.cz.

Odpověď, která Vám nejlépe vyhovuje, označte zaškrtnutím v příslušném čtverečku .

Máte-li nějakou další připomínku, napište ji, prosím, na volný list papíru.

Děkuji Vám za ochotu.

1. Pokolikrát se *Programu pro dobré zdraví* účastníte?

- poprvé
- podruhé
- potřetí
- po vícekráté

2. Jak jste se dozvěděl/a o *Programu pro dobré zdraví*?

- od spolupacienta
- od psychiatra
- od praktického lékaře
- od zdravotních sester
- z internetu
- jinak (napište jak):

3. Proč jste se rozhodl/a se programu zúčastnit? (Můžete označit i více odpovědí)

- nařídil mi to můj lékař
- mám zdravotní potíže a myslím si, že mi program může pomoci
- potíže nemám, ale chci se vyvarovat komplikací
- zajímám se o zdravý životní styl a chtěl/a jsem se dozvědět něco nového
- o zdravém životním stylu jsem nic nevěděl/a a chtěl/a jsem se něco dozvědět
- nevím o jiném programu, který by sdružoval lidi se stejným onemocněním jako mám já
- jiný důvod:

4. Už jste absolvoval/a podobný program? Jaký?

.....

.....

5. Jak reagují Vaši blízcí na Vaši účast v programu?

- nesouhlasí a spíše mi brání v plnění úkolů
- je jim to jedno
- jsou vstřícní a podporují mne
- jinak (napište jak).....

.....

.....

6. Pomohlo by Vám, kdyby se někdo z Vašich blízkých účastnil programu s Vámi?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

7. Ohodnotte známkami 1 – 5 (1 nejlepší, 5 nejhorší), jak se Vám na kurzu líbilo a vyhovovalo:

- ①②③④⑤ srozumitelnost podávaných informací
- ①②③④⑤ vstřícná atmosféra - možnost se zeptat, dostatek času na všechno
- ①②③④⑤ možnost přestávek
- ①②③④⑤ vážení před ostatními
- ①②③④⑤ měření krevního tlaku a pulzu před ostatními
- ①②③④⑤ domácí úkoly

8. Jak Vám vyhovovala délka jednotlivých sezení?

- byla příliš krátká
- vyhovovala
- byla příliš dlouhá

9. Jak Vám vyhovovala četnost jednotlivých sezení?

- byla málo často
- vyhovovala
- byla příliš často

10. Jak Vám vyhovovala celková délka programu?

- byl příliš krátký
- vyhovovala
- byl příliš dlouhý

11. Jak Vám vyhovoval počet lidí ve skupině?

- byl příliš malý
- vyhovoval
- byl příliš velký

12. Jak Vám vyhovuje rozsah informací v pracovním sešitě?

- uvítal/a bych více informací
- množství informací mi vyhovuje
- stačilo by méně informací

13. Jak Vám vyhovuje způsob podání informací v pracovním sešitě?

- informace jsou příliš zjednodušené
- způsob podání informací mi vyhovuje
- informace jsou podány příliš odborně

14. Jaké pro Vás byly opakovací testy?

- jednoduché
- přiměřené
- těžké

15. Ohodnotte známkou 1 – 5 (1 nejlepší, 5 nejhorší), jak program splnil Vaše očekávání:

① ② ③ ④ ⑤

16. Informace, které jste se dozvěděl/a, byly pro Vás:

- nové
- něco jsem již znal/a
- nic nového jsem se nedozvěděl/a

17. Jak využijete v každodenním životě informace, které jste se v programu dozvěděl/a?

- hodně
- trochu
- vůbec

18. Co pro Vás mělo největší přínos?

.....
.....

19. Co byste na kurzu vylepšil/a?

.....
.....

20. Je něco, co byste doporučil/a z programu vynechat?

.....
.....

21. Zde prosím uveďte své pohlaví:

- muž
- žena

22. Zde prosím uveďte, kolik je Vám let: ...

23. Kolik měříte? cm

24. Kolik vážíte? kg

25. Jaké jste dokončil/a nejvyšší vzdělání?

- základní
- střední odborné
- střední zakončené maturitou
- vysokoškolské

26. Zde prosím uveďte, jak dlouho se léčíte s psychotickým onemocněním:

- méně než 1 rok
- 1-5 let
- déle než 5 let

27. Jak Vaše psychotické onemocnění omezuje Váš běžný život?

- neomezuje, práci a koníčkům se věnuji jako dřív
- do práce chodím v omezeném režimu, ale ostatní dělám jako dřív
- do práce nechodím, ale ostatní dělám jako dřív
- do práce nechodím a i v jiných sférách cítím významné omezení
- jinak (napište jak):

.....

28. Léčíte se s nějakým jiným tělesným onemocněním (např. vysoký tlak, cukrovka, ...)?

.....
.....

29. Zde prosím uveďte léky, které užíváte:

.....
.....