

mgr Renata Przybylska
„Zachowania zdrowotne chorych na schizofrenię”
Promotor: prof. dr hab. Krystyna Jaracz

Streszczenie

Wstęp i cel badań

Osoby chorujące na schizofrenię umierają przeciętnie od 15 – 25 lat wcześniej niż osoby z populacji ogólnej. Przedwczesna śmiertelność spowodowana jest głównie złym stanem zdrowia somatycznego. Pacjenci znacznie częściej cierpią na choroby układu krążenia, zaburzenia metaboliczne, choroby układu oddechowego, czy nowotworowe. Przyczyny tego stanu rzeczy przypisuje się szeregu czynnikom, w tym uwarunkowaniom systemowym, farmakoterapii psychiatrycznej oraz czynnikiem związanym ze stylem życia. Do tej pory na świecie przeprowadzono wiele badań na temat stylu życia, prozdrowotnych i antyzdrowotnych zachowań pacjentów. Większość tych badań koncentrowała się na pojedynczych, określonych rodzajach zachowań, np. aktywności fizycznej, siedzącym trybie życia, odżywianiu, paleniu tytoniu, czy spożywaniu alkoholu. Nieliczne prace badawcze oceniały zachowania zdrowotne kompleksowo, ujmując różne rodzaje zachowań jednocześnie, co jest istotne biorąc pod uwagę, że na styl życia danej osoby składają się nie autonomiczne, niezależne od siebie poszczególne zachowania, ale cały ich zestaw charakterystyczny dla danej jednostki. Pomimo bogatego już zasobu wiedzy naukowej na temat zachowań związanych ze zdrowiem osób z ciężkimi chorobami psychicznymi na świecie, w zasobach tych brakuje oryginalnych danych empirycznych z Polski. W celu wypełnienia tej luki, podjęto niniejsze badanie.

Celem ogólnym badania była ocena zachowań zdrowotnych osób ze schizofrenią. Przyjmując, że poziom zachowań zdrowotnych jest cechą względną, dlatego jako „kryterium odniesienia” przyjęto poziom zachowań zdrowotnych osób zdrowych oraz zachowań zdrowotnych osób z przewlekłą chorobą somatyczną – cukrzycą typu 2, z wykluczeniem występowania w tej grupie rozpoznanych zaburzeń psychicznych. Jako cel badań założono również identyfikację czynników determinujących zachowania zdrowotne w grupie chorych ze schizofrenią.

Osoby badane i metody

Badaniem objęto 111 pacjentów ze schizofrenią hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (57 K. i 54 M., w wieku od 19 do lat 73) oraz dwie grupy porównawcze: 100 pacjentów z cukrzycą typu 2 leczonych w oddziale diabetologii i poradni diabetologicznej w Poznaniu (43 K. i 57 M., w wieku od 42 do lat 86) oraz 101 osób zdrowych, zarejestrowanych w poradni lekarza rodzinnego (66 K. i 35 M., w wieku od 19 do lat 78). Badanie przeprowadzono za zgodą komisji bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu.

Badanie przeprowadzono w ww. ośrodkach przy zastosowaniu zestawu standaryzowanych kwestionariuszy badawczych oraz kwestionariusza własnego dla gromadzenia danych społeczno-demograficznych i klinicznych osób badanych. Respondenci odpowiadali na pytania w

kwestionariuszach w obecności badacza, po przedstawieniu im celu badania oraz instrukcji wypełniania kwestionariuszy.

Zastosowano następujące kwestionariusze badawcze: 1. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), obejmujący 24 stwierdzenia dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem, ujęte w kategorii tych zachowań: 1. Prawidłowe nawyki żywieniowe – PNŻ, 2. Zachowania profilaktyczne – ZP, 3. Pozytywne nastawienie psychiczne – PNP, Praktyki zdrowotne – PZ. Punktacja ogólna skali, czyli Wskaźnik Zachowań Zdrowotnych ZZ zawiera się w zakresie od 24 – 120 pkt., z możliwością przekształcenia jej na jednostki standaryzowane (steny) i porównanie z normami populacyjnymi. 2: Krótka Skala Objawów Negatywnych (SNS) Wynik sumaryczny skali wynosi od 0 do 40, przy czym większej liczbie punktów odpowiada większe nasilenie objawów negatywnych. 3. Inwentarz Depresji Becka (BDI) zawierający 21 stwierdzeń, o punktacji łącznej od 0 – 63, z punktacją pow. 11 wskazującą na obecność objawów depresji. 4. Skala Globalnej Oceny Funkcjonowania (GAF) z punktacją od 1 do 100, gdzie mniejszej punktacji odpowiada gorsze funkcjonowanie. 5. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) uwzględniająca wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: kontrola wewnętrzna, kontrola zewnętrzna – wpływ innych, kontrola zewnętrzna – przypadek.

Wyniki

Wśród pacjentów ze schizofrenią wskaźnik ZZ wahał się od 46 – 98 (śr. $68,5 \pm SD 10,3$), wynik niski wg stenowej uzyskało 77,5 % badanych, średni 20,7% i wysoki 1,8%. W zakresie kategorii PNŻ, PNP i PZ punktacja była podobna i wahała się od 17,03 ($\pm 3,4$) 1,1 do 17,96 ($\pm 3,0$), nieco niższa dotyczyła ZP 16,27($\pm 3,1$). Średnia punktacja we wszystkich kategoriach ZZ oraz wskaźnik ogólny ZZ w grupie chorych na schizofrenię była istotnie niższa niż w grupie porównawczej zdrowych ($85,3 \pm 14,3$) i pacjentów z cukrzycą typu 2 ($89,1 \pm 12,7$). Istotność różnic punktacji IZZ między grupami potwierdzono w analizie regresji wielorakiej uwzględniającej wpływ ewentualnych czynników zakłócających (czynniki społeczno-demograficzne istotnie różniące grupę chorych ze schizofrenią od grup porównawczych). W zakresie czynników społeczno - demograficznych w grupie chorych ze schizofrenią stwierdzono istotną zależność poziomu zachowań zdrowotnych z płcią (wskaźnik ogólny ZZ: K: $71,51 \pm 8,37$ vs M: $65,31 \pm 11,20$; $p < 0,001$); wykształceniem (ZZ: podstawowe i zawodowe $67,1 \pm 9,76$ vs średnie: $69,6 \pm 10,2$ vs wyższe: $73,8 \pm 12,2$; $p < 0,001$), miejscem zamieszkania (miasto: $69,3 \pm 11,5$ vs: teren miejsko-wiejski: $67,3 \pm 8,2$ $69,0$ vs wieś: $68,1 \pm 9,8$; $p = 0,005$) i stanem cywilnym (samotny: $67,8 \pm 10,3$ vs w związku: $73,8 \pm 9,0$; $p = 0,045$). W zakresie czynników klinicznych zależność dotyczyła wyników w skali GAF (ogólne funkcjonowanie złe: $67,2 \pm 9,5$ vs. dobre: $78,1 \pm 11,1$; $p = 0,003$) oraz wyników BDI ($R_s = -0,33$; $p < 0,05$). Niezależnymi istotnymi czynnikami predykcyjnymi wskaźnika ogólnego ZZ w grupie chorych na schizofrenię okazały się płeć ($p < 0,001$), nasilenie objawów depresyjnych wg BDI ($p = 0,029$) i zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przypadek ($p = 0,049$). Łącznie czynniki te wyjaśniły 28,97% wariancji ZZ.

Wnioski:

1. Ogólny średni wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie osób ze schizofrenią był dość niski (poniżej punktu środkowego na skali IZZ) i u zdecydowanej większości pacjentów występowała preferencja do mniejszej częstotliwości podejmowania zachowań prozdrowotnych w porównaniu do przyjętych norm populacyjnych. Przeciętny poziom zachowań związanych ze zdrowiem w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych był podobny, jedynie w kategorii Zachowania Profilaktyczne był nieco niższy.
2. Poziom zachowań zdrowotnych chorych na schizofrenię był niższy niż zachowań zdrowotnych osób z grupy porównawczej zdrowych i pacjentów z cukrzycą typu 2.
3. Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych pacjentów z schizofrenią był powiązany płcią, wykształceniem, miejscem zamieszkania i stanem cywilnym, jak również z nasileniem objawów depresyjnych i ogólnym funkcjonowaniem psychicznym i społecznym.
4. Płeć męska, większe nasilenie objawów depresyjnych oraz tendencja do przypisywania swojego stanu zdrowia „przypadkowi”, to niezależne czynniki predykcyjne niższego nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie chorych ze schizofrenią.
5. Mężczyźni żyjący ze schizofrenią, z bardziej nasilonymi objawami depresyjnymi oraz poczuciem zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia mogą wymagać bardziej intensywnych i ukierunkowanych oddziaływań interwencyjnych, mających na celu na zmianę zachowań związanych ze zdrowiem.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, schizofrenia

Poznań, dn.27.02.2023 r.

Renata Przybylska