tom 11, nr 2, 120–124
© Copyright 2014 Via Medica
ISSN 1732–9841

Iwona Patejuk-Mazurek
Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

„Zapobieganie nawrotom i rozpoznawanie objawów zwiastunowych" — raport z programu edukacyjnego dla pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych olanzapiną

Wstęp

Schizofrenia jest chorobą, która początek ma u progu dorosłości i przebiega epizodycznie (u ok. 45% chorych), z okresami remisji i nawrotów. Około 20% pacjentów przez większość czasu funkcjonuje prawie na poziomie osób zdrowych, u około 50% uzyskuje się poprawę zdrowia, mimo utrzymujących się objawów, a funkcjonowanie jest zadowalające. W sumie 60–70% leczonych pacjentów osiąga tak zwaną remisję społeczną, 25–30% chorych funkcjonuje jednak bardzo źle, z czego 10% wymaga stałej opieki instytucjonalnej. Nawroty choroby powodują także to, że około 10% pacjentów ginie w wyniku podjętych prób samobójczych. Schizofrenia dotyka więc nie tylko samego pacjenta, ale też jego bliskich. W kontekście społecznym zaburza relacje interpersonalne, doprowadzając do izolacji, a nawet wykluczenia społecznego. Dlatego tak ważne jest posiadanie przez chorego i jego bliskich wiedzy na temat objawów poprzedzających nawrót choroby i czynników, które mogą go powodować. Pozwoli to zauważyć zbliżające się pogorszenie samopoczucia, wcześnie zwrócić się do psychiatry, aby zapobiec rozwinięciu się pełnoobjawowego epizodu psychozy. Ponieważ schizofrenia powoduje też zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym (uwaga, pamięć, funkcje wzrokowo-przestrzenne), dlatego działania edukacyjne powinny być prowadzone już od pierwszego epizodu psychotycznego i kontynuowane przez kolejne nawroty. Powinny obejmować nie tylko pacjentów, ale także ich bliskich.

Poniżej przedstawiono raport z programu edukacyjnego dla chorych na schizofrenię, oceniającego i poszerzającego wiedzę na temat nawrotów choroby i objawów zwiastunowych. Podstawową wartością tego badania jest duża grupa pacjentów poddana ocenie i analizie.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Iwona Patejuk-Mazurek
Klinika Psychiatrii OF WUM
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków
e-mail: iw150@onet.eu

Cel i metody

Badanie prowadzono w warunkach ambulatoryjnych, a skierowane było do chorych leczonych olanzapiną z powodu schizofrenii (F20 wg ICD-10), którzy w ocenie lekarza prowadzącego posiadali niedostateczną wiedzę w zakresie objawów zwiastunowych i nawrotów choroby. Spotkania edukacyjne składały się z trzech wizyty, planowanych w ramach rutynowej opieki psychiatrycznej (stan psychiczny), materiałów edukacyjnych, które lekarz przekazywał pacjentowi i na ich podstawie przeprowadzał rozmowy oraz zachęcał do zapoznania się z nimi między spotkaniami, a także z ankiety obserwacji wypełnianej przez psychiatrę.

Badanie miało na celu ocenę przeprowadzonej edukacji o chorobie, czynnikach powodujących nawrót psychozy i objawach o tym świadczących (zwiastunowych).

W czasie I wizyty zbierane były dane demograficzne i o przebiegu choroby oraz oceniano wiedzę pacjenta ze znajomości czynników powodujących pogorszenie samopoczucia oraz przekazane materiały edukacyjne z prośbą o zapoznanie się z nimi, w celu omówienia na następnym spotkaniu.

Podczas II wizyty lekarz oceniał stan wiedzy pacjenta na tematy omawiane w czasie I wizyty i zawarte w materiałach edukacyjnych. Wyjaśniał też problemy, które chory zgłaszał w tym zakresie.

W trakcie III wizyty psychiatra ponownie ocenił zakres wiedzy pacjenta dotyczącej nawrotów oraz możliwych objawów zwiastunowych, zmianę jego podejścia do omawianych wcześniej tematów oraz prosił chorego

Tabela 1. Czy do czynników powodujących nawrót należą? (pytanie zadane podczas I wizyty)

Czynnik powodujący nawrót	Tak	Nie	Nie wiem
Zaprzestanie przyjmowania leków	44,7%	10,0%	45,3%
Samodzielne zmniejszanie dawek leków	40,4%	10,5%	49,1%
Alkohol, narkotyki	39,8%	12,3%	47,9%
Konflikty w rodzinie i otoczeniu	39,2%	15,0%	45,8%
Stresy (np. egzaminy)	35,0%	14,8%	50,2%
Niezdrowy tryb życia	32,2%	14,6%	53,2%
Choroba somatyczna	29,6%	20,8%	49,6%
Nowa sytuacja życiowa	28,8%	12,4%	55,8%

Tabela 2. Czy objawami zwiastunowymi mogą być? (pytanie zadane podczas I wizyty)

Objawy zwiastunowe	Tak	Nie	Nie wiem
Lęk	34,0%	7,9%	58,1%
Wewnętrzny niepokój	31,0%	8,8%	60,2%
Zaburzenia snu	29,6%	10,9%	59,5%
Zmiany nastroju	26,7%	8,4%	64,9%
Izolowanie się	24,1%	11,7%	64,2%
Poczucie pustki	21,7%	11,7%	66,6%
Zmniejszona energia	21,5%	13,1%	65,4%
Trudności w skupieniu się	20,5%	13,5%	66,0%

o udzielenie opinii na temat korzyści odniesionych z uczestnictwa w tym programie edukacyjnym.
Raport jest wynikiem analizy ankiet uzyskanych lekarzy psychiatrów w ogólnopolskim badaniu, którzy przeprowadzili obserwację 6013 pacjentów.

Wyniki

Dane uzyskano od 6013 pacjentów, niewiele ponad połowę z nich (51,1%) stanowili mężczyźni. Najmniej liczne grupy to pacjenci w wieku 18–20 lat (1,5%) oraz powyżej 65. rż. (2,9%). Najliczniejszą grupę stanowili chorzy w wieku 46–50 lat (17,7%), następnie w wieku 41–45 lat (15,8%). Ze względu na miejsce zamieszkania, najwięcej uczestników to osoby z miast liczących 50–200 tys. mieszkańców (41,1%), a najmniej — ze wsi (14,3%). Jeśli chodzi o długość choroby — praktycznie jednakowe pod względem liczby i największe były grupy pacjentów chorujących od 5–10 lat (20,5%) i od 10–15 lat (19,9%), najmniej liczną — pacjenci z chorobą trwającą 35–40 lat i powyżej (1,3% oraz 0,2%). Większość pacjentów mieszkała z rodziną (67,8%), inni mieszkali sami (19,4%) lub korzystali z opieki instytucji (ZOL, DPS — 12,8%). 37,0% chorych ukończyło szkołę zawodową, wykształcenie średnie miało 31,2% i były to najliczniejsze grupy. 8,3% miało wykształcenie wyższe, a 0,8% nie miało wykształcenia. Ponad połowa badanych była na rencie lub emeryturze (58,5%), 19,0% było bezrobotnych, pracowało zawodowo 10,5%, a uczyło się 1,9%.
Z grupy pacjentów włączonych do badania — 62,7% już wcześniej brało udział w zajęciach edukacyjnych, z czego jako miejsce wskazywano poradnię (51,5%), szpital (31,1%), inne miejsca — 21,0%.
W trakcie I wizyty objętej programem lekarz oceniał posiadaną wiedzę na temat choroby, nawrotów i objawów zwiastunowych.

- 72,1% chorych potwierdziło, że schizofrenia jest chorobą przewlekłą i nawracającą, 25,0% nie wiedziało, a 2,9% zanegowało to twierdzenie.
- 50,0% badanych podało prawidłowe określenie nawrotu choroby, 46,2% odpowiedziało „nie wiem", 3,8% zanegowało podane określenie.
- 41,0% chorych potwierdziło, że wie co może spowodować nawrót choroby, 59,0% nie wiedziało.

Następnie lekarz podał 8 czynników, które mogą być odpowiedzialne za nawrót choroby, zaś pacjenci przedstawiali swoje zdanie na ten temat (tab. 1).

Tabela 3. Czy do czynników powodujących nawrót należą? (pytanie zadane podczas II wizyty)

Czynnik powodujący nawrót	Tak	Nie	Nie wiem
Zaprzestanie przyjmowania leków	91,9%	2,7%	5,4%
Samodzielne zmniejszanie dawek leków	90,6%	4,0%	5,4%
Alkohol, narkotyki	86,7%	5,2%	8,1%
Konflikty w rodzinie i otoczeniu	86,4%	7,3%	6,3%
Stresy (np. egzaminy)	81,5%	12,4%	6,1%
Niezdrowy tryb życia	79,9%	2,5%	17,6%
Nowa sytuacja życiowa	79,1%	7,7%	13,2%
Choroba somatyczna	77,3%	13,3%	9,4%

Kolejne pytania dotyczyły współpracy z lekarzem i rodziną.

— 54,1% pacjentów uznało, że należy regularnie przyjmować leki i zgłaszać się na wizyty do psychiatry, 35,9% nie miało zdania, 10,0% odpowiedziało, że nie.
— 45,6% chorych uznało, że nie można samodzielnie zmieniać leczenia, 11,1% twierdziła odwrotnie, a 43,3% nie miało zdania.
— Na pytanie o objawy zwiastunowe 16,9% wiedziało, co to jest, 38,3% odpowiedziało, że nie wie, 44,8% nie miało zdania na ten temat.

Następnie badani wybierali z różnych symptomów te, które według nich mogły być objawami zwiastunowymi (tab. 2).

Po zaznajomieniu się z możliwymi objawami zwiastunowymi lekarz pytał pacjentów, czy znajomość tych symptomów i ich wczesne rozpoznanie może zapobiec rozwojowi choroby i hospitalizacji — 27,8% badanych twierdziła, że tak, 6,3% — nie, 65,9% nie miało zdania. Zaangażowanie rodziny w chorobę, gdy pojawią się objawy zwiastunowe 32,3% pacjentów oceniało pozytywnie, 15,7% negatywnie, a 52,0% nie miało zdania. Po pierwszej rozmowie edukacyjnej 74,3% chorych uważała, że potrzebuje więcej informacji na temat nawrotów choroby i objawów zwiastunowych, 1,9% — że nie potrzebują, 23,8% nie miała zdania.

Na tej wizycie lekarz omówił i przekazał choremu materiały edukacyjne, z prośbą o zapoznanie się z nimi na kolejne spotkanie oraz o prowadzenie dzienniczka samokontroli.

Na drugą wizytę:

— 89,7% badanych przeczytało materiały edukacyjne w całości a 9,0% nie przeczytało ich;
— większość pacjentów (49,9%) była zadania, że w otrzymanych materiałach nie było informacji wymagających dodatkowego wyjaśnienia, 46,6% nie miało zdania;
— 71,6% badanych oceniło przekazane materiały promocyjne i ich omówienie, jako przydatne w radzeniu sobie z chorobą. 5,2% było przeciwnego zdania, 23,2% odpowiedziało „nie wiem";
— 73,8% chorych deklarowało, że potrzebuje więcej informacji na temat nawrotów choroby, 9,0% — nie, 17,2% nie miało zdania;
— 42,4% chorych twierdziło, że stosowało się do zaleceń programu, 45,6% — częściowo, 12,0% że nie;
— na pytanie o prowadzenie dzienniczka samokontroli 69,9% chorych odpowiedziało twierdząco, 30,1% nie prowadziło go. Jako przyczynę braku prowadzenia dzienniczka 52,9% pacjentów podało, że go nie potrzebuje, 25,6%, że zapomniało o nim, 16,5% zgubiło dzienniczek.

Po zakończeniu II wizyty psychiatrzy ocenili, że 93,7% ich pacjentów wymaga dalszej edukacji.

Na III wizytę 98,7% pacjentów deklarowało, iż przeczytało materiały edukacyjne. 79,5% badanych prowadziło dzienniczek samokontroli, 20,5% — nie. Jako przyczynę chorzy podawali brak potrzeby (56,7%), zapominanie (34,4%), zgubienie dzienniczka (5,6%).

Następnie lekarze oceniali nabytą w ramach edukacji wiedzę:

— 99,0% chorych uznało, że schizofrenia jest chorobą przewlekłą i nawracającą, 0,6% było przeciwnego zdania, nie miało zdania 0,4%;
— 94,7% badanych prawidłowo określiło nawrót choroby, 1,5% nie zgodziło się z tym określeniem, a 3,8% nie miało zdania;
— 96,6% pacjentów pozytywnie odpowiedziało, że wiedzą, co może powodować nawrót choroby, 3,4% odpowiedziało przecząco.

Pacjenci po raz kolejny zostali poproszeni o ocenę czy poszczególne czynniki mogą powodować nawrót choroby. Te oceny zestawiono w tabeli 3.

Kolejne pytania dotyczyły współpracy z lekarzem i rodziną.

Tabela 4. Czy objawami zwiastunowymi mogą być? (pytanie zadane podczas II wizyty)

Objawy zwiastunowe	Tak	Nie	Nie wiem
Lęk	78,9%	15,7%	5,4%
Wewnętrzny niepokój	77,1%	17,4%	5,5%
Zaburzenia snu	73,1%	11,5%	15,4%
Zmiany nastroju	73,6%	15,6%	10,8%
Izolowanie się	64,4%	11,9%	23,6%
Poczucie pustki	63,8%	8,3%	27,9%
Zmniejszona energia	61,3%	8,8%	30,0%
Trudności w skupieniu się	62,9%	8,5%	28,5%

— 99,0% pacjentów uznało, że należy regularnie przyjmować leki i zgłaszać się na wizyty do psychiatry, 0,8% nie miało zdania, 0,2% odpowiedziało, że nie;
— 74,8% chorych uznało, że nie można samodzielnie zmieniać leczenia, 13,3% twierdziła odwrotnie, a 11,9% nie miało zdania;
— na pytanie o objawy zwiastunowe 93,9% wiedziało, co to jest, 6,1% odpowiedziało, że nie wie.

Następnie badani kolejny raz wybierali z różnych symptomów te, które według nich mogły być objawami zwiastunowymi (tab. 4). Po oddziaływaniach edukacyjnych zdecydowanie większa grupa pacjentów oceniła przedstawione objawy jako te, które mogą zapowiadać nawrót choroby. Większe znaczenie zyskały zmiany nastroju i trudności w skupieniu się.

Po zaznajomieniu się z możliwymi objawami zwiastunowymi lekarz pytał pacjentów, czy znajomość tych symptomów i ich wczesne rozpoznanie może zapobiec rozwojowi choroby i hospitalizacji — 58,9% badanych twierdziła, że tak, 9,1% — nie, 32,0% nie miało zdania. Zaangażowanie rodziny w chorobę, gdy pojawią się objawy zwiastunowe 48,2% pacjentów oceniało pozytywnie, 9,4% negatywnie, a 42,4% nie miało zdania. Po III rozmowie edukacyjnej 62,9% chorych uważała, że potrzebuje więcej informacji na temat nawrotów choroby i objawów zwiastunowych, 16,9% — że nie potrzebują, 20,2% nie miała zdania.

W czasie ostatniej wizyty poproszono pacjentów o podsumowanie programu:

— zapytano pacjentów o chęć uczestnictwa w podobnych programach edukacyjnych — 80,2% odpowiedziało pozytywnie, 4,8% nie chciałoby uczestniczyć, zaś 15,0% nie miało zdania;
— w 97,3% badani ocenili program edukacyjny jako potrzebny dla nich (ciekawe informacje i przydatne), 2,7% miało odmienne zdanie;
— 55,6% chorych stosowało się do zaleceń programu, 41,3% — częściowo, 3,1% nie stosowała się.

W toku dalszej analizy bardziej szczegółowo oceniono stosowanie się do zaleceń lekarskich (zależności istotne potwierdzone testem chi-kwadrat dla p,0,001):

najbardziej do zaleceń lekarskich dostosowali się pacjenci z miast do 50 tysięcy mieszkańców (80,9% — tak, 19,1% — częściowo). Najsłabiej — miasto powyżej 200tysięcy mieszkańców (27,0% — tak, 68,1% — częściowo, 4,9% — nie stosowali się);

najbardziej do zaleceń dostosowali się badani chorujący od 1–2 lat (80,0% — tak, 14,3% — częściowo, 5,7% — nie stosowali się). Najsłabiej — chorujący powyżej 30 lat (22,2% — tak, 77,8% — częściowo);

pacjenci mieszkający sami dostosowywali się do zaleceń w 66,3%, częściowo w 31,5%, nie — w 2,2%. Pensjonariusze DPS lub ZOL dostosowywali się najgorzej (tak — 36,1%, częściowo — 55,7%, wcale — 8,2%);

osoby uczące się stosowały się do zaleceń w 88,9%, częściowo w 11,1%, pracujący w 79,6%, częściowo w 20,4%, zaś będący na rencie — stosowali się do zaleceń najsłabiej (49,5% — tak, 46,6% — częściowo, 3,9% — wcale).

Również lekarze psychiatrzy ocenili przydatność programu i potrzebę jego kontynuacji. Według nich 80,1% pacjentów wymaga dalszej edukacji i jest to zależne od długości trwania choroby (dłuższy czas choroby, większa potrzeba kształcenia).

Podsumowanie

1. W przedstawionym powyżej programie edukacyjnym „Zapobieganie nawrotom i rozpoznawanie objawów zwiastunowych", skierowanym do pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych olanzapiną, uczestniczyło 6013 chorych. Byli to pacjenci, którzy w ocenie lekarza prowadzącego posiadali niedostateczną wiedzę w tym temacie.

2. Celem programu była edukacja pacjentów na temat choroby, czynników mogących wywołać jej nawrót i symptomów o tym świadczących (objawy zwiastunowe).
3. W badanej grupie dominowali pacjenci w wieku 30–60 lat, z kilku bądź kilkunastoletnim wywiadem chorobowym. Analiza danych pokazała, że większość badanych nigdy nie brała udziału w oddziaływaniach edukacyjnych związanych z ich schorzeniem i że w chwili badania nie mieli dostatecznej wiedzy dotyczącej schizofrenii, nawrotów choroby, czynników wyzwalających i objawów zwiastunowych.
4. Stosowane w programie materiały edukacyjne zostały ocenione przez większość badanych jako przydatne w radzeniu sobie z chorobą. W wyniku przeprowadzonej edukacji, powtarzanej w ciągu trzech kolejnych wizyt, zaobserwowano istotny wzrost wiedzy w omawianych tematach. Obserwacje te potwierdzają skuteczność i celowość takich działań, zwłaszcza że schizofrenia jest chorobą przewlekłą i nawracającą, co powoduje pogarszanie codziennego funkcjonowania.
5. W opinii psychiatrów większość chorych na schizofrenię, zwłaszcza tych z najdłuższym wywiadem, wymaga dalszej, stałej edukacji, szczególnie w zakresie rozpoznawania objawów zwiastunowych i zapobiegania nawrotom. Powtarzana edukacja ma szczególne znaczenie w zwiększeniu świadomości chorych i uzyskaniu poprawy w codziennym funkcjonowaniu, ponadto może być pomocna w unikaniu hospitalizacji.