tom 14, nr 3, 175–179
© Copyright 2017 Via Medica
ISSN 1732–9841

Iwona Patejuk-Mazurek
Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia w Pruszkowie

Raport z programu edukacyjnego dla pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych aripiprazolem — „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?"

Wstęp

Podstawową metodą leczenia schizofrenii, szczególnej w ostrej fazie, jest farmakoterapia. Pozwala zniwelować objawy choroby na tyle, aby można było wdrożyć inne metody, które w konsekwencji powodują poprawę codziennego funkcjonowania zaburzonego przez chorobę. Często pacjenci i ich bliscy nie wiedzą, że takie oddziaływania, jak: psychoedukacja, treningi funkcji poznawczych czy umiejętności społecznych, w tym poprawa komunikacji interpersonalnej, mogą pomóc w poradzeniu sobie ze społecznymi skutkami schizofrenii. Leczenie schizofrenii angażuje nie tylko pacjenta i jego lekarza, ale także i bliskich chorego, sprawiając, że wszyscy stają się niezbędnymi członkami zespołu terapeutycznego. Pacjent, który nie zna swojej choroby — nie może skutecznie przeciwstawić się jej nawrotom i konsekwencjom. Także bliscy, z którymi przebywa pacjent, jeśli nie mają wystarczającej wiedzy, nie mogą w porę zareagować i pomóc. Do tego potrzebne jest wzajemne zaufanie, którego podstawę stanowi dobra komunikacja.

Program ten służy zwróceniu uwagi wszystkim członkom triady terapeutycznej na ważne obszary mogące poprawić leczenie, a w konsekwencji także funkcjonowanie chorego i jego otoczenia.

Poniższa analiza dotyczy wyników programu edukacyjnego dla chorych na schizofrenię, oceniającego i poszerzającego wiedzę na temat pozafarmakologicznych sposobów radzenia sobie z chorobą. Duża grupa pacjentów biorących udział w badaniu stanowi o jego wartości poznawczej i użyteczności.

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

Cel i metody

W badaniu wzięli udział pacjenci ambulatoryjnie leczeni z powodu schizofrenii (F20), którzy przyjmowali aripiprazol. Program polegał na rozmowie edukacyjnej, którą prowadził lekarz psychiatra w trakcie trzech kolejnych wizyt, wyznaczanych zgodnie ze standardem opieki nad chorym i potrzebą wynikającą ze stanu psychicznego. Oprócz rozmowy obejmował także materiały edukacyjne, wykorzystywane w czasie spotkań, które były przekazywane pacjentowi w celu zapoznawania się z ich treścią między wizytami, a także ankietę obserwacji wypełnianą przez lekarza na poszczególnych wizytach.

Struktura spotkań:

I wizyta — lekarz zbierał dane demograficzne i o chorobie oraz wstępnie oceniał wiedzę pacjenta na temat leczenia farmakologicznego, potrzeby dobrej współpracy i komunikacji z rodziną i lekarzem. Przekazywał też materiały służące do edukacji z prośbą o zapoznanie się z nimi, aby móc omówić zawarte tam zagadnień na kolejnej wizycie.

II wizyta — psychiatra oceniał wiedzę pacjenta na tematy poprzednio omawiane i ujęte w materiałach edukacyjnych, wyjaśniał wątpliwości zgłaszane przez chorego.

III wizyta — lekarz kolejny raz oceniał wiedzę chorego, zmianę jego podejścia do wcześniej omawianych zagadnień oraz prosił chorego o opinię o tym, czy odniósł jakieś korzyści z uczestnictwa w programie edukacyjnym.

W badaniu uczestniczyło 269 lekarzy psychiatrów, którzy uzyskali opinie od 8039 chorych objętych opieką i edukacją. Analizie poddano wszystkie uzyskane ankiety.

Tabela 1. Dane demograficzne i o chorobie

Parametr	Opis
Płeć	47,5% kobiety, 52,5% mężczyźni
Wiek	Średnia wieku wyniosła 43,97 roku (± 12,35; odchylenie standardowe). Najwięcej pacjentów było pomiędzy 35. a 52. rż. Najmłodszy pacjent miał 18 lat, najstarszy — 84 lata
Czas trwania choroby	Najwięcej pacjentów biorących udział w programie chorowało od 6 do 10 lat (34,4%). Dwie prawie równe pod względem liczby grupy to osoby chorujące 2–5 lat, 11–20 lat (ok. 20%). Najmniejszą stanowili chorujący krócej niż rok (3%)
Obecność bliskich w otoczeniu pacjenta	Zdecydowana większość, bo aż 83,3% pacjentów, mieszka z rodziną, a 11,4% samodzielnie, 5,3% to zaś pensjonariusze ZOL lub DPS
Wykształcenie	Najwięcej, bo 46% edukowanych pacjentów, posiadało wykształcenie zawodowe. Równie liczne grupy (ok. 11%) to chorzy z wykształceniem wyższym i podstawowym
Aktywność zawodowa/źródło utrzymania	Emerytura/renta — 41% chorych podało taki status. Pracowało (zawodowo lub w warunkach chronionych ok. 36%), zaś bezrobotnych było około 19%. Wśród pacjentów były osoby uczące się — 3,8%

Wyniki

Dane demograficzne i o chorobie badanej populacji

W tabeli 1 przedstawiono dane demograficzne chorych uczestniczących w badaniu.

Około 70% chorych nie było do tej pory leczonych aripiprazolem, a jako zakwalifikowani do badania — przyjmowali lek minimum przez jeden miesiąc (21%). Największa grupa (34%) przyjmowała aripiprazol przez 4–6 miesięcy. U prawie 70% chorych lek był stosowany w tym epizodzie w połączeniu z innymi neuroleptykami. Najczęściej psychiatrzy łączyli go z olanzapiną (65%), następnie z kwetiapiną (24%), risperidonem (ok. 9%), perazyną (ok. 5%). Około 1% stanowiły inne leki przeciwpsychotyczne.

Nieco ponad połowa ankietowanych pacjentów (50,9%) **brała już udział zajęciach edukacyjnych**. Najczęściej wskazywano poradnię (64,4%) oraz szpital (41,4%). Zaledwie 4,0% pacjentów korzystało z zajęć odbywających się w środowiskowym domu samopomocy, natomiast 0,8% wskazało na inne miejsce, przy czym sprecyzowano, że był to oddział dzienny.

W czasie I wizyty lekarz oceniał wiedzę chorego na temat: aktualnie przyjmowanych leków, potrzeby ich przyjmowania, zalecanego czasu farmakoterapii, potrzeby regularnego przyjmowania leków i wizyt u psychiatry, samodzielnej zmiany leczenia. Po edukacji — wiedzę tą weryfikował na wizycie III.

Psychiatra pytał o znajomość innych, poza farmakoterapią, form pomocy i o to, czy chory korzystał z innych form opieki, oprócz poradni. Prawie 60% pacjentów nie znało innych form leczenia. W odpowiedzi na ostatnie pytanie chorzy (54% korzystających) najczęściej wskazywali na całodobowy oddział szpitalny (prawie 77%), oddział dzienny (25%), klub pacjenta (ok. 9%), zespół leczenia środowiskowego (ok. 4%) i środowiskowy dom samopomocy (ok. 4%).

Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Kolejne pytania dotyczyły **potrzeby dobrej komunikacji** między lekarzem i pacjentem:

- 84% chorych uważało, że rozmowa z lekarzem powinna być szczera i otwarta, 2,5% była przeciwnego zdania (I wizyta; $p < 0,001$);
- 62,5% chorych uważało, że taka rozmowa może pomóc w lepszym leczeniu, zaś 14,9% negowało to (I wizyta). Częściej twierdząco odpowiadały osoby biorące wcześniej udział w zajęciach edukacyjnych (71% *v.* 54%; $p < 0,001$);
- na pytanie, czy wczesne zgłoszenie się do lekarza może zapobiec hospitalizacji — około 55% badanych na I wizycie odpowiedziało twierdząco, około 17% było przeciwnego zdania. Po edukacji — do około 68% wzrósł odsetek uważających, że wczesne zgłoszenie się może pomóc. Najczęściej odpowiadały tak na obu wizytach osoby z wyższym wykształceniem. Istotność różnic w rozkładach potwierdzono w przypadku wszystkich trzech wizyt testem chi-kwadrat dla $p < 0,001$;
- około 70% pacjentów zgadzało się, że lekarz powinien wiedzieć jak najwięcej o dotychczasowym leczeniu i objawach niepożądanych po zażyciu leków, 15% twierdziło, że nie. Podczas I wizyty najczęściej twierdziły tak osoby pracujące w warunkach chronionych (86%), najrzadziej — bezrobotne (62%). Edukacja poprawiła ten wskaźnik we wszystkich grupach powyżej 76% ($p < 0,001$);

Tabela 2. Wpływ edukacji na poszczególne zagadnienia (wizyty I i III)

Pytanie (Pan/Pani)		Wizyta I	Wizyta III
		%	%
Czy wie, jakie leki obecnie przyjmuje?	Tak	86,1	95,6
	Nie	13,9	4,4
Wiedzę tą różnicowała czas trwania choroby wykształcenie — najwięcej odpowiedzi twierdzących udzieliły osoby chorujące 11–20 lat (ok. 91%), najmniej — chorujący 1–2 lata (68%)			chi-kwadrat dla $p < 0,001$
Czy czuje potrzebę przyjmowania leków?	Tak	70,3	78,8
	Nie	29,7	21,2%
Odsetek ten był znacząco wyższy wśród osób, które kiedykolwiek wcześniej brały udział w zajęciach edukacyjnych dotyczących choroby (75% v. 65%)			chi-kwadrat dla $p < 0,001$
Czy wie, jak długo należy przyjmować leki?	Tak	62,4	77,8
	Nie	37,6	22,2
Najczęściej twierdząco odpowiadały osoby pracujące w warunkach chronionych i zawodowo (odpowiednio 75% i 71%), najrzadziej osoby, które podały opcję „inne" (25%). Edukacja poprawiła tą wiedzę do powyżej 70% we wszystkich grupach według aktywności			chi-kwadrat dla $p < 0,001$
Czy należy regularnie przyjmować leki i zgłaszać się do psychiatry?	Tak	60,8	88,6
	Nie	22,5	6,3
	Nie wiem	16,7	5,1
Poprawnej odpowiedzi najczęściej udzielały osoby z wykształceniem wyższym (ok. 83%), najrzadziej — chorzy bez wykształcenia			chi-kwadrat dla $p < 0,001$
Czy można samodzielnie zmieniać leki (odstawić, zmienić dawkę)?	Tak	10,9	36,5
	Nie	59,5	59,7
	Nie wiem	29,6	3,8
Poprawnej odpowiedzi najczęściej udzielały osoby chorujące powyżej 20 lat (73%), najrzadziej — z czasem trwania choroby 1–2 lata			chi-kwadrat dla $p < 0,001$

— na pytanie, czy lekarz powinien znać sytuację domową pacjenta, 70% odpowiedziało, że tak, 4%, że nie (I wizyta), a na III odpowiednio 67% i 19% ($p < 0,001$).

W czasie II wizyty lekarz pytał o zapoznanie się z materiałami edukacyjnymi. Ponad 71% przeczytała je w całości, 25% częściowo, tylko 3,5% nie czytało. Najrzadziej czytały je osoby będące pod opieką instytucji. Ponad 78% uważało, że zawarte w nich informacje nie wymagały dodatkowych wyjaśnień, 2,6% tego wymagało.

W czasie tej wizyty edukacja dotyczyła także potrzeby efektywnej komunikacji z rodziną chorego. **W czasie III wizyty** psychiatra oceniał nabyte umiejętności. Analizę tych danych przedstawiono w tabeli 3.

Podczas III wizyty (ocena materiałów z programu):

— 90,2% pacjentów uznało, że materiały edukacyjne są przydatne w radzeniu sobie z chorobą (2,6% „nie", 7,2% „nie wiem");

— 73,6% oceniło je jako ciekawe pod względem zawartych w nich informacji i formy graficznej (17,0% „nie", 9,3% „nie wiem"), zaś czterech z pięciu opiniodawców (81,1%) zwróciło uwagę, że materiały są napisane w zrozumiały i przystępny sposób (9,3% „nie" i 9,6% „nie wiem");

— prawie 80% badanych wyraziło chęć uczestnictwa w innych programach edukacyjnych, nie chciało około 8%.

Tabela 3. Porównanie wiedzy podczas wizyt II i III

Pytanie (Pan/Pani)		Wizyta II %	Wizyta III %	Wizyta II v. III p
Czy ważne jest prawidłowe porozumiewanie się z rodziną?	Tak	77,7	74,4	< 0,001
	Nie	5,8	12,9	
	Nie wiem	16,5	12,8	
Najczęściej pozytywnie odpowiadały na to pytanie osoby pracujące w warunkach chronionych		71,2%	100%	
Czy problemy z koncentracją i pamięcią mogą mieć wpływ na rozmowy z bliskimi?	Tak	70,7	65,3	< 0,001
	Nie	4,3	17,0	
	Nie wiem	25,0	17,8	
Odpowiedzi twierdzącej najczęściej udzielały osoby chorujące dłużej niż 11 lat				
Czy rozmawia Pan o swojej chorobie z bliskimi?	Tak	46,2	48,0	
	Nie	19,9	19,3	
	Czasami	33,9	32,7	
Czy rozmowa z bliskimi na temat choroby jest potrzebna?	Tak	34,0	48,8	< 0,001
	Nie	26,7	38,0	
	Czasami	39,3	13,2	
Najczęściej potrzebę taką odczuwali chorzy biorący wcześniej udział w edukacji (38,6%)				
Czy rodzina może pomóc, gdy w chorobie zaczyna się gorsze samopoczucie?	Tak	55,7	71,4	< 0,001
	Nie	21,8	15,1	
	Nie wiem	22,5	13,4	
Czy należy brać pod uwagę opinie bliskich o zauważonej zmianie samopoczucie (wcześniej wizyta)?	Tak	61,3	82,2	< 0,001
	Nie	6,2	5,4	
	Nie wiem	22,4	11,9	
Najczęściej pozytywnie odpowiadali pracujący w warunkach chronionych (100%), najrzadziej — bezrobotni (54,3%)				
Czy ważny jest kontakt rodziny z lekarzem i rozmowa o zdrowiu i leczeniu?	Tak	55,1	75,2	< 0,001
	Nie	19,4	13,6	
	Nie wiem	25,5	11,2	
Odpowiedzi twierdzącej najczęściej udzielały kobiety (57,8%)				
Czy lekarz wyjaśniając rodzinie chorobę może poprawić zrozumienie i pomóc tym?	Tak	62,9	75,7	< 0,001
	Nie	16,2	12,6	
	Nie wiem	20,9	11,6	
Częściej pozytywnie odpowiadały osoby biorące udział we wcześniejszej edukacji (68,9%)				

Na zakończenie programu poproszono lekarzy psychiatrów o opinię, czy ich chorzy wymagają dalszej edukacji — 99,1% potwierdziło, że jest to potrzebne ich pacjentom.

Podsumowanie

W programie edukacyjnym „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?", skierowanym do pacjentów chorujących na schizofrenię, leczonych aripiprazolem, uczestniczyło 8039 chorych.

Aripiprazol był lekiem stosowanym u nich najczęściej (69,3%) jako połączenie z innymi neuroleptykami.

Chorzy byli edukowani w zakresie znajomości pozafarmakologicznych metod radzenia sobie z chorobą.

W edukowanej grupie dominowali pacjenci w wieku

35–52 lata, z czasem trwania choroby powyżej 2 lat, mieszkający z rodziną (83,3%). Prawie 50% z nich, mimo długoletniej historii choroby nie brała udziału w zajęciach edukacyjnych dotyczących choroby.

Przeprowadzane rozmowy edukacyjne przyczyniały się do większej świadomości chorych na temat konieczności systematycznego przyjmowania leków i przestrzegania zaleceń lekarskich, jak również potrzeby dobrej współpracy z lekarzem i rodziną. Potwierdza to skuteczność i celowość prowadzonych działań edukacyjnych, zwłaszcza, że schizofrenia jest chorobą przewlekłą pogarszającą funkcje poznawcze i codzienne funkcjonowanie.

W opinii lekarzy biorących udział w programie, większość chorych z rozpoznaną schizofrenią wymaga dalszej edukacji, szczególnie w zakresie nauki efektywnej komunikacji z lekarzem i bliskimi. Zrozumienie stanu pacjenta wynikającego z choroby, umiejętność rozmowy w okresach zaostrzenia, poprawić może relacje i życie z chorobą.