

Iwona Patejuk-Mazurek

Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

## Raport z programu edukacyjnego dla pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych olanzapiną. „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?”

### Wstęp

Podstawą leczenia w każdej dziedzinie medycyny jest dobra komunikacja. Współpraca w leczeniu opiera się na wzajemnym zaufaniu i dostosowywaniu pacjenta do zaleceń lekarza. Bez informacji zwrotnej lekarz nie może ocenić efektów swoich działań, szczególnie w psychiatrii, gdzie, oprócz dobrze zebranego wywiadu od pacjenta i jego bliskich, nie ma praktycznie więcej narzędzi. W schizofrenii jest to ważne także z tego powodu, że istnieje wiele czynników destabilizujących ten proces, na przykład zaburzenia funkcji poznawczych, formalne zaburzenia myślenia, a jest to przecież choroba towarzysząca choremu do końca życia. Nie bez znaczenia jest podejście bliskich do chorego, zrozumienie przez nich objawów choroby i ich wpływu na codzienne funkcjonowanie, czynników powodujących pogarszanie stanu zdrowia. Choroba dotyczy także ich, gdyż pacjent z nimi mieszka lub sprawują oni nad nim okresową opiekę. Farmakoterapia, wdrażana od początku pojawienia się znaczących objawów choroby jest podstawą leczenia. Są także inne formy oddziaływania, z jakich może korzystać pacjent, aby lepiej radzić sobie z chorobą. Żeby tak się jednak stało, potrzebne jest dobre, efektywne komunikowanie się w triadzie lekarz–pacjent–rodzina pacjenta. Każda ze stron ma przecież znaczący wpływ na to, jak w konsekwencji będzie przebiegać choroba. Pomóc w tym może edukacja zarówno pacjenta, jak i jego bliskich dotycząca objawów choroby, farmakoterapii, działań niepożądanych leków, czynników powodujących nawrót, zdrowego stylu życia, treningu funkcji

poznawczych czy umiejętności społecznych. Dobrze wyedukowany pacjent i jego rodzina to ogromna pomoc dla lekarza w terapii chorego.

### Cel i metody

Program, który prowadzono w warunkach ambulatoryjnych, był kierowany do chorych leczonych olanzapiną z powodu schizofrenii (F20). Rozmowy edukacyjne prowadzono w czasie trzech wizyty ustalanych zgodnie z potrzebą wynikającą z opieki nad chorym (stan psychiczny). Program uzupełniano materiałami edukacyjnymi, które psychiatra przekazywał pacjentowi i na ich podstawie przeprowadzał rozmowy oraz zachęcał do zapoznania się z nimi między spotkaniami. Składała się nań również ankieta wypełniana przez lekarza, w której odnotowywano obserwacje. Program był wdrażany z myślą o podniesieniu wiedzy na temat choroby, farmakoterapii, znaczeniu wsparcia i efektywnej komunikacji z rodziną, czyli o pozafarmakologicznych metodach radzenia sobie z chorobą.

### Struktura programu

I wizyta — lekarz zbierał dane demograficzne i o przebiegu choroby oraz oceniał stan wiedzy pacjenta z zakresu farmakoterapii, potrzeby dobrej współpracy i komunikacji z rodziną i lekarzem oraz przekazywał materiały edukacyjne z prośbą o zapoznanie się z nimi, w celu omówienia na następnym spotkaniu.

II wizyta obejmowała ocenę stanu wiedzy pacjenta na tematy omawiane w czasie I wizyty i zawarte w materiałach edukacyjnych. Lekarz wyjaśniał problemy, które w tym zakresie zgłaszał pacjent.

Na III wizycie psychiatra ponownie ocenił zakres wiedzy pacjenta, zmianę jego podejścia do omawianych wcześniej tematów oraz prosił chorego o udzielenie opinii na temat korzyści odniesionych z uczestnictwa w tym programie edukacyjnym.

#### Adres do korespondencji:

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

Tabela 1. Dane demograficzne i informacje o chorobie

| Parametr                             | Opis  |
|--------------------------------------|---|
| Płeć                                 | W programie wzięło udział więcej mężczyzn (57,1%) niż kobiet (42,9%)  |
| Wiek                                 | Średnia wieku edukowanych pacjentów wyniosła 43,15 roku. Połowa respondentów miała nie więcej niż 42 lata. Najmłodszy pacjent miał 18 lat, zaś najstarszy — 81 lat  |
| Wykształcenie                        | Pacjenci posiadali najczęściej wykształcenie zawodowe (41,2%). Ponad jedna trzecia respondentów miała wykształcenie średnie (35,9%). Jeden na dziesięć (11,7%) pytanym miał wyższe wykształcenie. Zdecydowanie najrzadziej wskazywano wykształcenie podstawowe (8,6%) i gimnazjalne (2,1%)  |
| Aktywność zawodowa/źródło utrzymania | Prawie połowa uczestników była na emeryturze lub rencie (46,2%). Niemal jedna czwarta (23,4%) pracowała zawodowo. 16,5% respondentów była bezrobotna. Najrzadziej pacjenci wskazywali pracę w warunkach chronionych (8,1%) i naukę (5,3%)   |
| Obecność bliskich                    | 75,4% pacjentów wskazało, iż mieszka z rodziną, 13,8% mieszkało samotnie, zaś 10,8% podlegało opiece instytucjonalnej   |
| Czas trwania choroby                 | Największą grupą byli pacjenci chorujący 6–10 lat (26,5%). Praktycznie równoliczne grupy wskazywały na czas chorowania powyżej 20 lat (22,8%) i 11–20 lat. Najmniejsze grupy to chorujący poniżej roku (4,2%) i 1–2 lata (9,6%)   |
| Przyjmujący olanzapinę               | Prawie 70% chorych było już wcześniej leczonych olanzapiną, najdłużej ponad 3 lata (38%)  |
| Odbyte zajęcia edukacyjne            | Prawie 48% uczestników nigdy nie brało udziału w zajęciach edukacyjnych dotyczących swojej choroby. Ci, którzy uczestniczyli w zajęciach, najczęściej wskazywali, że zajęcia odbywały się w szpitalu (30%). Prawie jedna czwarta (23,9%) respondentów miała zajęcia w poradni. Inne miejsca to środowiskowy dom samopomocy (3,8%) lub domy pomocy społecznej (2,3%) |

Wizyty kontrolne I–III

Raport opracowano na podstawie analizy ankiet uzyskanych od 347 lekarzy psychiatrów w ogólnopolskim programie edukacyjnym, którzy przeprowadzili obserwację 19 286 pacjentów.

### Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono dane demograficzne chorych uczestniczących w badaniu.

### **Ocena wiedzy z zakresu podejścia do leczenia farmakologicznego, innych form leczenia i współpracy z lekarzem**

Przed rozpoczęciem rozmów edukacyjnych lekarz oceniał wstępnie wiedzę chorego na ważne tematy o radzeniu sobie z chorobą. W tabeli 2 zestawiono efekty edukacji, porównując wizyty I i III.

Następnym obszarem edukacji była komunikacja i jej znaczenie w przebiegu procesu leczenia. Omawiano komunikację zarówno między lekarzem a pacjentem oraz jego bliskimi a psychiatrą:

- na I wizycie ponad 82% badanych była zdania, iż rozmowa z lekarzem powinna być szczerą i otwartą,
- 73% chorych przyznało, że szczerą rozmowa z psychiatrą może pomóc w lepszym leczeniu choroby,
- 66,1% uważało, że lekarz powinien wiedzieć jak

najwięcej o dotychczasowym leczeniu i objawach niepożądanych po lekach,

- prawie 58% chorych było zdania, że lekarz powinien znać ich sytuację domową,
- 70% potwierdzało, że kontakt lekarza z rodziną w kwestii leczenia jest ważny,
- prawie 53% uważało, że wczesne zgłoszenie się do lekarza może zapobiec hospitalizacji,
- około 75% badanych doceniało rolę psychoedukacji w zrozumieniu i poprawie sytuacji chorego.

Rozmowy edukacyjne przyczyniły się do zmiany zdania na te tematy u znacząco większej grupy chorych (ponad 80% badanych na „tak”).

W czasie wizyt relacja psychiatry oraz informacje w materiałach wskazywały, iż dobra komunikacja pomiędzy pacjentem z rodziną może pomóc w leczeniu choroby:

- dwie trzecie pacjentów wskazała, iż prawidłowa komunikacja z rodziną jest ważna (67,7%),
- 61,4% potwierdziło, że problemy z koncentracją i pamięcią mogą mieć wpływ na rozmowy z rodziną i przyjaciółmi,
- tylko około 23% chorych przyznało, że rozmawia o chorobie z rodziną i przyjaciółmi. Po edukacji odsetek ten wzrósł do ponad 42%,
- podobny rozkład miała odpowiedź na pytanie „Czy

Tabela 2. Ocena efektów edukacji (odpowiedzi na pytania)

| Pytanie   | Tak (%)         | Nie (%)         | Nie wiem (%)    |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
|   | wizyty I v. III | wizyty I v. III | wizyty I v. III |
| Czy wie Pani/Pan, jakie leki aktualnie przyjmuje?<br>Najwyższy odsetek był wśród mieszkających z rodziną (90,4%), ZOL/DPS 57%                 | 85,8 v. 96,5    | 13,2 v. 2,6     |                 |
| Czy czuje Pani/Pan potrzebę przyjmowania leków?<br>Najczęściej twierdząco odpowiadali chorujący powyżej 3 lat (80%)                           | 71,0 v. 78,1    | 29,0 v. 21,9    |                 |
| Czy wie Pani/Pan, jak długo należy przyjmować zalecane leki?<br>Najwyższy odsetek odpowiedzi twierdzących podali mieszkający samotnie (54,6%) | 53,0 v. 80,0    | 47,0 v. 20,0    |                 |
| Czy należy regularnie przyjmować leki i zgłaszać się na wizyty do lekarza psychiatry?   | 62,7 v. 84,6    | 12,0 v. 4,2     | 25,3 v. 15,4    |
| Czy można samodzielnie zmieniać leczenie (odstawić leki, zmienić dawki)?  | 7,2 v. 17,7     | 61,3 v. 77,9    | 31,5 v. 4,4     |
| Czy zna Pani/Pan inne formy leczenia stosowane w schizofrenii oprócz leków?   | 37,7            | 62,3            |                 |
| Czy korzystała Pani/Pan z innych form opieki psychiatrycznej oprócz poradni zdrowia psychicznego?*  | 56,3            | 43,7            |                 |

\*Najrzadziej z innych form opieki korzystali pacjenci w wieku poniżej 31 lat (34,7%). Najczęściej wskazywano szpital (oddział całodobowy — 47%, dzienny — 12%), najrzadziej zespół leczenia środowiskowego (2,7%) i specjalistyczne usługi opiekuńcze

rozmowa z bliskimi na ten temat jest potrzebna? I tu również po edukacji odpowiedzi twierdzących było prawie dwukrotnie więcej,

- ponad połowa pacjentów była zdania, iż rodzina może pomóc w przypadku zaostrzenia choroby (52,6%),
- większość pacjentów była zdania, iż należy brać pod uwagę opinię bliskich o zmianie samopoczucia. Jednocześnie należy zauważyć, iż odsetek ten wzrósł między wizytami (57%).

Wyniki ewaluacji wiedzy wykazały, że na te wszystkie pytania znacząco większa grupa chorych odpowiadała twierdząco, wskazując, że komunikacja z bliskimi to znaczący element w procesie poprawy zdrowia.

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

#### Ocena materiałów edukacyjnych i programu

Materiały edukacyjne, które chory otrzymywał na początku programu, spotkały się z zainteresowaniem pacjentów. Niemal wszyscy edukowani zapoznali się z ich zawartością w sposób co najmniej częściowy. Pacjenci, którzy przeczytali otrzymane materiały w całości, stanowili 87,3% ogółu edukowanych. Kolejne 10,0% chorych zapoznało się z ich treścią wybiórczo. Trzy czwarte pa-

cjentów uważało, że zawarte w materiałach informacje nie wymagają dodatkowego wyjaśnienia (70,5% — wizyta I, 75,7% — wizyta II). Niemniej, w czasie II wizyty respondenci jako informacje wymagające dodatkowego wyjaśnienia wskazywali długość stosowania farmakoterapii i możliwość zastąpienia leków psychoterapią. W czasie III wizyty wskazywano zaś, jak długo należy przyjmować leki.

Zdaniem zdecydowanej większości edukowanych (ok. 76%) otrzymane materiały edukacyjne były napisane w zrozumiałym i przystępnym sposób. W 85% oceniono je także jako przydatne w radzeniu sobie z chorobą. Ponadto 70% chorych stwierdziło, że były ciekawe pod względem zawartych w nich informacji i formy graficznej. O tym, że istnieje potrzeba organizacji kolejnych edycji programów edukacyjnych dla pacjentów chorych na schizofrenię świadczy fakt, że ponad 70% pacjentów zadeklarowało chęć wzięcia udziału w innych tego typu przedsięwzięciach. Tylko 5,8% było zdecydowanie niechętnych do wzięcia udziału w innych programach edukacyjnych.

Także w ocenie lekarzy edukatorów (ponad 83%) pacjenci uczestniczący w programie „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?” wymagali dalszej edukacji na temat swojej choroby i innych metod radzenia sobie z nią.

### Podsumowanie

1. W opisanym powyżej programie edukacyjnym „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?“, skierowanym do pacjentów z rozpoznaną schizofrenią, leczonych olanzapiną, uczestniczyło 19 286 chorych.
2. Program był realizowany w celu zwrócenia uwagi chorym, że poza leczeniem farmakologicznym są inne metody radzenia sobie z chorobą, a jedna z nich to poprawna komunikacja w triadzie lekarz–pacjent–rodzina pacjenta.
3. W grupie objętej programem dominowali pacjenci w wieku 33–53 lat (średnia wieku 43,15 roku), z kilkuletnim wywiadem chorobowym, leczeni olanzapiną od kilku miesięcy do 3 lat. Analiza danych pokazała, iż większość badanych nigdy nie brała udziału w oddziaływaniach edukacyjnych związanych z ich schorzeniem i że oprócz farmakoterapii nie znają oni innych form leczenia stosowanych w schizofrenii.
4. Przeprowadzona przez lekarza psychiatrę edukacja, powtarzana w ciągu trzech kolejnych wizyt,

- skutkowała istotnym wzrostem wiedzy pacjentów, jeśli chodzi o konieczność systematycznego przyjmowania leków i przestrzegania zaleceń lekarskich, jak również potrzeby dobrej współpracy z lekarzem i rodziną. Obserwacje te potwierdzają skuteczność i celowość takich działań, zwłaszcza że schizofrenia jest chorobą przewlekłą, pogarszającą funkcje poznawcze i codzienne funkcjonowanie.
5. Opinia psychiatrów, którzy brali udział w programie, również wskazuje, że większość chorych na schizofrenię wymaga dalszych działań edukacyjnych, szczególnie w zakresie nauki efektywnej komunikacji z bliskimi i lekarzem. Może się to przyczynić do wcześniejszego kontaktu z psychiatrą w okresie zaostrzenia choroby i być może pozwoli uniknąć hospitalizacji, a także ułatwi utrzymanie prawidłowych relacji z rodziną. Powtarzana edukacja ma szczególne znaczenie w zwiększeniu świadomości chorych i uzyskaniu poprawy w codziennym funkcjonowaniu, ponadto jest pomocna w przeciwdziałaniu izolacji i wykluczeniu społecznemu.