tom 15, nr 3, 178–181
© Copyright 2018 Via Medica
ISSN 1732–9841
VIA MEDICA

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 kwetiapiną. „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?"

Wstęp

Schizofrenia to przewlekła choroba z okresami remisji i zaostrzeń. W okresach gorszego samopoczucia pacjenci bywają nieufni, podejrzliwi, komunikacja z bliskimi jest wtedy zaburzona. Czasem stany takie kończą się hospitalizacją chorego, często wbrew woli, a to nie wpływa korzystnie na relacje z rodziną. Pacjenci uważają wtedy, że bliscy, a często także ich lekarz psychiatra, nie są dla nich przyjaźni. Złe doświadczenia rodziny i chorego z takich wydarzeń mogą skutkować długotrwałym pogorszeniem relacji i poczuciem braku wsparcia.

Utrzymanie dobrego stanu psychicznego pacjenta zależy przede wszystkim od systematycznego przyjmowania leków. Zrozumienie objawów choroby i wynikających z nich zaburzeń zachowania, a także poprawa komunikacji mogą jednak pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby i leczenia. Dlatego niezmiernie ważne jest, aby pacjenta wiedział o swojej chorobie jak najwięcej, współuczestniczył w procesie terapeutycznym, biorąc odpowiedzialność za swoje zdrowie. Powinni być w to zaangażowani także bliscy pacjenta. Edukowanie rodziny ma na celu zwrócenie uwagi na pozafarmakologiczne możliwości radzenia sobie z chorobą, aby stanowiło to wsparcie dla osoby chorej. Wiedza ta może posłużyć pełniejszej opiece nad pacjentem, zapobieganiu hospitalizacjom, aktywizacji chorego, utrzymaniu się w rolach społecznych. Również udział lekarza psychiatry w procesie poszerzania wiedzy może skutkować większym zaufaniem pacjenta i lepszą współpracą z nim i jego rodziną, a w konsekwencji — skuteczniejszym leczeniem.

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

Poniżej przedstawiono raport z kolejnej edycji programu edukacyjnego chorych na schizofrenię, oceniającego i poszerzającego wiedzę na temat pozafarmakologicznych sposobów radzenia sobie z chorobą. Podstawową wartością tego badania jest duża grupa pacjentów poddana ocenie i analizie.

Cel i metody

Edukację prowadzono w ambulatorium, włączani byli do niego pacjenci, których w związku z rozpoznaną u nich schizofrenią (F20) leczono kwetiapiną. Program edukacyjny obejmował trzy wizyty, ustalane zgodnie z potrzebą wynikającą z opieki nad chorym (ocena stanu psychicznego), materiały edukacyjne, które lekarz przekazywał pacjentowi i na ich podstawie przeprowadzał edukację oraz zachęcał do zapoznania się z nimi między wizytami, a także ankietę wypełnianą przez psychiatrę, w której odnotowywał obserwacje.

Celem badania była poprawa wiedzy o chorobie, leczeniu farmakologicznym, znaczeniu wsparcia i efektywnej komunikacji z psychiatrą i rodziną, czyli o pozafarmakologicznych metodach radzenia sobie z chorobą.

I wizyta obejmowała zebranie danych demograficznych i o chorobie oraz ocenę wiedzy pacjenta z zakresu będącego przedmiotem edukacji. Na tej wizycie lekarz przekazał i omówił materiały edukacyjne, prosząc o zapoznanie się z nimi, celem rozmowy o nich na następnym spotkaniu.

Na II wizycie, psychiatra oceniał stan wiedzy chorego na tematy poprzednio omawiane i zawarte w materiałach edukacyjnych, wyjaśniał problemy zgłaszane w tym zakresie przez pacjenta.

W czasie III wizyty odbyła się ponowna ocena wiedzy pacjenta, zmiany jego podejścia do omawianych wcześniej tematów oraz uzyskanie opinii chorego na temat korzyści odniesionych z uczestnictwa w programie edukacyjnym.

Tabela 1. Dane demograficzne i informacje o chorobie

Parametr	Opis
Płeć	51,4% kobiety, 48,6% mężczyźni
Wiek	Średnia wieku: 41 lat
Wykształcenie	Podstawowe i gimnazjalne ponad 12%, zawodowe 36%, średnie 40,6%, wyższe 10,8%
Czas trwania choroby	< rok ok. 3%, 1–2 lata ok. 8%, 3–5 lat ok. 24%, 6–10 lat 22%, 11–20 lat ok. 27%, > 20 lat 17%
Obecność bliskich	Opieka instytucjonalna (ZOL, DPS) ok. 8%, samodzielnie ok. 16%, z rodziną 76%
Aktywność zawodowa/ /źródło utrzymania	Uczy się 4,3%, praca w warunkach chronionych 9%, bezrobotni 13%, pracuje zawodowo 33,4%, renciści/emeryci ok. 38%
Nieprzyjmujący kwetiapiny	Ponad połowa (56,6%) nie była leczona wcześniej kwetiapiną
Przyjmujący kwetiapinę	> 3 lat ok. 5%, 2–3 lat ok. 10%, 1–2 lata ok. 12%, 4–12 miesięcy 54%, 1–3 miesiące ok. 20%
Odbyte zajęcia edukacyjne	Prawie dwie trzecie pacjentów nie brało wcześniej udziału w zajęciach edukacyjnych dotyczących choroby (62,1%). Z tych, którzy uczestniczyli w edukacji, ok. 60% wskazywało poradnie zdrowia psychicznego, 45% szpital, ok. 8% ŚDS i ok. 7% inne miejsca

Analizie poddano ankiety uzyskane od 89 lekarzy psychiatrów w ogólnopolskim badaniu, którzy przeprowadzili obserwację 2484 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

Edukacja odbywała w czasie trzech kolejnych wizyt oraz za pomocą materiałów, które pacjent otrzymał od lekarza. Dotyczyła istotnych dla dobrego codziennego funkcjonowania tematów.

W tabeli 2 umieszczono rozkłady odpowiedzi na zadawane pytania.

Pacjenci byli pytani, czy znają inne, oprócz leków, formy leczenia schizofrenii. Ponad 64% przyznało, że wiedzą tylko o leczeniu farmakologicznym. Prawie 54% nie korzystało z innych form opieki psychiatrycznej, oprócz poradni. Wśród tych, z których korzystali chorzy, najczęściej wymieniano: szpital (oddział całodobowy — 36%, dzienny — 11%), klub pacjenta — około 6%, środowiskowy dom samopomocy (4,4%), zespół leczenia środowiskowego (1,9%), specjalistyczne usługi opiekuńcze (1,2%).

Oprócz treści edukacyjnych dotyczących leczenia i komunikacji z lekarzem, program miał zwrócić uwagę chorym na prawidłową komunikację z bliskimi. Ta tematyka była związana z doniesieniami w literaturze przedmiotu i doświadczeniami praktyków, że choroba może zaburzać relacje z bliskimi, a to jest jednym z czynników nawrotu choroby i gorszego funkcjonowania (tab. 3).

Ocena materiałów edukacyjnych

Większość pacjentów przeczytała otrzymane materiały edukacyjne (54,6% — wizyta II, 69,6% — wizyta III). Twierdzili, że nie potrzebują dodatkowych wyjaśnień (69,2% — II wizyta, 74,4% — III wizyta). Cztery piąte pacjentów (79,6%) zgodziło się, że otrzymane materiały i ich omówienie były przydatne. Mniej niż jedna szósta respondentów nie miała zdania na ten temat (17,4%). Znikomy odsetek pytanych wskazał, że były one nieprzydatne (3%).

Ponad 86% pacjentów uważało, że materiały były przydatne w radzeniu sobie z chorobą, ciekawe pod względem zawartych w nich informacji i formy graficznej (84,1%) oraz napisane w zrozumiały i przystępny sposób (85,1%); 76,7% chorych przyznało, że chciałoby w przyszłości brać udział w innych programach edukacyjnych. Jedna piąta nie miała zdania (20,4%). Jedynie sporadycznie respondenci nie chcieliby brać udziału (2,8%). Najczęściej wskazywanym powodem była odpowiedź — „były zbyt nudne".

Aby ocenić zasadność prowadzenia kolejnych edycji programu edukacyjnego, zapytano o opinię lekarzy psychiatrów, którzy byli edukatorami. Według nich 85% z ich pacjentów wymagałoby dalszych oddziaływań edukacyjnych.

Tabela 2. Ocena wiedzy z zakresu podejścia do leczenia farmakologicznego, innych form leczenia i współpracy z lekarzem

Pytanie (Pan/Pani)		Wizyta I	Wizyta III
		%	%
Czy wie, jakie leki obecnie przyjmuje?	Tak	85,0	96,0
	Nie	15,0	3,9
Czy czuje potrzebę przyjmowania leków?	Tak	67,1	89,5
	Nie	32,9	10,5
Najczęściej taką potrzebę wykazywali chorzy pracujący zawodowo		78,2	96,0
Najrzadziej — emeryci/renciści		62,2	83,2
Czy wie, jak długo należy przyjmować leki?	Tak	55,4	85,8
	Nie	44,6	14,2
Czy należy regularnie przyjmować leki i zgłaszać się do psychiatry?	Tak	62,7	87,0
	Nie	10,3	4,5
	Nie wiem	27,0	8,5
Czy można samodzielnie zmieniać leki (odstawić, zmienić dawkę)?	Tak	12,5	11,6
	Nie	49,4	78,9
	Nie wiem	38,1	9,4
Czy rozmowa z lekarzem o chorobie powinna być szczera i otwarta?	Tak	76,7	85,7
	Nie	2,8	3,2
	Nie wiem	20,5	10,2
Czy lekarz powinien wiedzieć jak najwięcej o dotychczasowym leczeniu i objawach niepożądanych?	Tak	64,9	85,1
	Nie	7,0	3,7
	Nie wiem	28,1	11,2
Czy lekarz powinien znać sytuację domową (konflikty, kłopoty)?	Tak	50,1	80,8
	Nie	9,4	5,2
	Nie wiem	40,4	14,0
Czy szczera rozmowa z psychiatrą może pomóc w leczeniu choroby?	Tak	60,8	84,1
	Nie	4,2	4,2
	Nie wiem	35,0	11,7
Najczęściej twierdzącej odpowiedzi udzielali pacjenci pracujący zawodowo,		75,3	89,5
najrzadziej — emeryci/renciści		51,1	80,4
Czy wczesne zgłoszenie się do lekarza może zapobiec hospitalizacji?	Tak	43,3	81,9
	Nie	11,8	4,8
	Nie wiem	44,9	13,2
Twierdząco na to pytanie najczęściej odpowiadali pacjenci chorujący między 11–20 lat, najrzadziej — 3–5 lat		50,7 36,9	88,9 80,7

Podsumowanie

1. W programie edukacyjnym „Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?", skierowanym do pacjentów chorujących na schizofrenię, leczonych kwetiapiną, uczestniczyło 2748 chorych.
2. Program miał na celu edukację pacjentów w zakresie pozafarmakologicznych metod radzenia sobie z chorobą.
3. W edukowanej grupie dominowali pacjenci w wieku 34–51 lat, z kilkuletnim przebiegiem choroby, którzy w większości (64,4%) nie znali innych, poza lekami, form leczenia w schizofrenii i nie

Tabela 3. Pytania dotyczące komunikacji z bliskimi

Pytanie (Pan/Pani)		Wizyta II %	Wizyta III %
Czy wie, jak poprawić komunikację z bliskimi?	Tak	48,4	78,9
	Nie	51,2	21,1
Czy ważne jest prawidłowe porozumiewanie się z rodziną?	Tak	76,7	84,8
	Nie	4,0	3,6
	Nie wiem	19,4	11,5
Czy problemy z koncentracją i pamięcią mogą mieć wpływ na rozmowy z bliskimi?	Tak	53,5	77,6
	Nie	8,5	5,4
	Nie wiem	38,1	17,0
Najczęściej odpowiedzi twierdzącej udzielały osoby bezrobotne, najrzadziej emeryci/renciści		67,8 43,7	78,1 68,6
Czy rozmawia z bliskimi na temat choroby?	Tak	42,3	53,7
	Nie	41,2	36,7
	Czasami	16,5	9,6
Bardzo podobny rozkład dotyczył pytania czy rozmowa z bliskimi na temat choroby jest potrzebna			
Czy rodzina może pomóc, gdy w chorobie zaczyna się gorsze samopoczucie?	Tak	67,9	83,8
	Nie	9,0	4,9
	Nie wiem	23,1	11,3
Najrzadziej na to pytanie twierdząco odpowiadali chorzy chorujący 3–5 lat		59,4	79,3
Czy należy brać pod uwagę opinie bliskich o zauważonej zmianie samopoczucie (wcześniej wizyta)?	Tak	70,6	84,0
	Nie	8,0	4,8
	Nie wiem	21,5	11,2
Czy ważny jest kontakt rodziny z lekarzem i rozmowa o zdrowiu i leczeniu?	Tak	74,3	87,4
	Nie	6,8	3,3
	Nie wiem	18,9	9,3
Czy lekarz wyjaśniając rodzinie chorobę może poprawić zrozumienie i pomóc tym?	Tak	75,4	88,3
	Nie	5,7	2,1
	Nie wiem	18,9	9,6

brali udziału w zajęciach edukacyjnych dotyczących choroby (62,1%).

4. W wyniku przeprowadzonych oddziaływań, powtarzanych w ciągu trzech kolejnych wizyt kontrolnych, zaobserwowano istotny wzrost wiedzy pacjentów zarówno w zakresie konieczności systematycznego przyjmowania leków i przestrzegania zaleceń lekarskich, jak również potrzeby dobrej współpracy z lekarzem i rodziną. Obserwacje potwierdzają skuteczność i celowość prowadzonych działań edukacyjnych, zwłaszcza że schizofrenia jest chorobą przewlekłą, pogarszającą funkcje poznawcze i codzienne funkcjonowanie.
5. Nie tylko pacjenci chcieliby uczestniczyć w przyszłości w innych tego typu przedsięwzięciach. Również 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, może poprawić relacje i jakość życia z chorobą.