

Katarzyna Rumian¹, Wioletta Pollok-Waksmańska², Renata Łukasik²

¹Bielskie Centrum Psychiatrii Olszówka w Bielsku-Białej

²Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Wiedza pacjentów ze schizofrenią dotycząca rozpoznania objawów zwiastujących nawrót choroby

Knowledge of patients with schizophrenia on recognition of the warning signs of a relapse

Abstract

Introduction: Schizophrenia is one of the most severe mental disorders. It is characterized by a chronic course, diverse clinical image, and it often leads to incapacity. The course and severity of the disease may vary, while the appearing symptoms constitute a turning point in patient's and his family's life. This is why it is important to recognise the symptoms and undertake therapeutic measures. The reoccurrence of the disease does not appear suddenly. Usually it is preceded by the period of various changes in patient's behaviour and feelings. Those changes are called the warning signs of a relapse. The aim of this research was to learn about patients' knowledge of schizophrenia, the consequences of not following the doctor's orders and the warning signs of a relapse.

Material and methods: The study group consisted of 69 patients from Mental Health Clinic in Bielsko-Biała. For the purpose of this MA thesis the method of diagnostic survey was used. The survey included authorial questionnaire consisting of 30 structured questions with the possibility of giving one or more answers.

Results and conclusions: In the course of the conducted research obtained the results which indicated the high level of studied patients' knowledge of schizophrenia, its symptoms and the warning signs of a relapse as well as ways of treatment. The examined people expressed the awareness that following doctor's orders may significantly decrease the risk of relapse. The most relevant issue concerning the acceptance of a disease, the level of patients' awareness of a disease and systematic compliance with the recommendations of medical staff were enumerated. Most respondents experienced a relapse, despite their declared knowledge of relapse prevention methods. Side effects of used medicines were the frequent cause of treatment discontinuation. The patients indicated contact with medical staff as the main source of broadening their knowledge.

Psychiatry 2020; 17, 4: 186–195

Key words: pharmacotherapy, relapse, warning signs, schizophrenia

Wstęp

Schizofrenia jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych. Choroba ta charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, zróżnicowanym obrazem klinicznym. Może prowadzić do niesprawności. Słowo „schizofrenia”

pochodzi od greckiego *schizo*, co oznacza rozszczępić lub rozedrzeć. Pojęcie schizofrenii zostało sformułowane w XIX wieku. Badacze uważali, że sedno choroby tkwi w rozpadzie między poszczególnymi sferami życia psychicznego (sfera intelektu, uczuć i woli) [1, 2]. Sam termin został po raz pierwszy użyty w 1908 roku przez Bleulera, który wprowadził pojęcie 4A służące opisaniu pierwotnych, podstawowych objawów schizofrenii: ambi, autyzm, afekt tępy, zaburzona asocjacja. Ambi polega na współistnieniu sprzecznych uczuć, sądów, dążeń oraz trudności w rozumieniu przeżyć emocjonal-

Adres do korespondencji:

Renata Łukasik
Akademia Techniczno-Humanistyczna
ul. Willowa 2, 43–309 Bielsko-Biała
e-mail: rlukasik@ath.bielsko.pl

nych, niezgodność treści wypowiedzi z ekspresją ciała. Autyzm przejawia się myśleniem dereistycznym, z dala od rzeczywistości, oderwaniem od świata rzeczywistego, zamknięciem w sobie, skupieniem na życiu wewnętrznym. Natomiast afekt tępy to sztywność emocjonalna, brak modulacji afektu w zależności od kontekstu sytuacyjnego i komunikacyjnego. Zaburzoną asocjację zwiastuje brak logicznego związku między wypowiedziami z zachowaniem pełni sprawności umysłowej [3].

Ryzyko zachorowania na schizofrenię obecnie ocenia się na 1%. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na wzrost zachorowalności na schizofrenię. Przyjmuje się, że liczba chorych na świecie sięga ponad 21 milionów, według danych Fundacji Pro Domo szacuje się, że choroba ta występuje już u ponad 2% populacji Polaków [4]. Jest często rozpoznawana u osób młodych, co oznacza, że chorzy wymagają długotrwałego leczenia, wsparcia społecznego i nierzadko świadczeń związanych z niepełnosprawnością, nierzadko spotykają się z uprzedzeniami społecznymi, napiętnowaniem i nierównym traktowaniem [5]. Na powstanie schizofrenii mają wpływ czynniki: organiczne (występujące zmiany strukturalne w obrębie mózgu), genetyczne (bliskie pokrewieństwo z osobą chorą), infekcyjne (wirusowa teoria zachorowań na schizofrenię) oraz biochemiczne (teoria dopaminowa) [2]. Najbardziej istotne dla rozwoju badań nad genezą schizofrenii stały się w ostatnich latach teoria neurorozwojowa oraz istota układu glutaminergicznego.

Ponieważ kwas glutaminowy jest głównym neuroprzebieżnikiem pobudzającym ośrodkowy układ nerwowy (OUN), odgrywa kluczową rolę w dojrzewaniu neuronów [4]. Związana z funkcjonowaniem OUN teoria neurorozwojowa zakłada, że do zmian w prawidłowym funkcjonowaniu OUN dochodzi już w okresie prenatalnym. Zmiany te polegają przede wszystkim na nieprawidłowym rozwoju mózgu, zmianach w obrębie struktury hipokampa, powstawaniu wielu nadmiernych połączeń międzyneuronalnych, które w wieku dojrzewania ulegają likwidacji [2]. Bez względu na przyjętą przez badaczy teorię uznaje się, że jest to choroba neurorozwojowo-neurodegeneracyjna. Prowadzi do głębokich zaburzeń funkcji poznawczych, czyli czynności psychicznych, które są człowiekowi potrzebne do uzyskania orientacji w otoczeniu społecznym [6].

Celem badań było poznanie stanu wiedzy pacjentów na temat schizofrenii, skutków niestosowania się do zaleceń lekarskich, objawów zwiastujących nawrót choroby. Praca miała na celu również uzyskanie odpowiedzi na pytania: czy pacjenci akceptują chorobę, czy stosują się do zaleceń lekarskich, czy u pacjentów leczonych z powodu schizofrenii występują nawroty choroby oraz jakie działania podejmuje pacjent celem uniknięcia na-

wrotu choroby, czy pacjenci znają niepożądane objawy zażywanych przez siebie leków, w jaki sposób pacjenci pogłębiają swoją wiedzę na temat choroby?

Materiał i metody

Badania przeprowadzone zostały w lipcu i sierpniu 2018 roku w Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Wzięło w nich udział 69 chorych na schizofrenię, wykorzystano do badań autorski kwestionariusz ankiety. Wszyscy pacjenci z badanej grupy byli w chwili badań pod kontrolą Poradni Zdrowia Psychicznego.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrekcji Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Badanie wiązało się z jednokrotnym wypełnieniem ankiety przez respondentów w trakcie leczenia. Pacjenci wyrazili zgodę na wypełnienie ankiety. Wypełnianie ankiet odbywało się samodzielnie lub w razie konieczności z pomocą osoby przeprowadzającej badanie. Ankieta zastosowana w niniejszych badaniach była dobrowolna i anonimowa. Kwestionariusz ankiety zawierał 30 pytań zamkniętych o możliwości wskazania jednej lub kilku odpowiedzi. Pierwsza część kwestionariusza składała się z metryki — ogólnych danych pacjentów, które dostarczają wiedzy na temat specyfiki i sytuacji osobistej oraz zdrowotnej ankietowanych. W drugiej części kwestionariusza zawarto pytania związane z obrazem klinicznym choroby, wiedzą pacjenta na temat leczenia, działań niepożądanych stosowanych leków, objawów zwiastujących nawrót choroby. Pytano między innymi o akceptację choroby, stosowanie się do zaleceń lekarskich, znajomość objawów niepożądanych stosowanych leków, liczbę przebytych hospitalizacji, metod zapobiegania rozwojowi i nawrotom choroby.

Udzielając odpowiedzi na pytania o czynniki wpływające pozytywnie i negatywnie na leczenie, korzyści wynikające ze stosowanej farmakoterapii, działania niepożądane leków, czynniki wywołujące nawrót choroby, objawy zwiastujące nawrót, działania podejmowane w razie pogorszenia stanu zdrowia, źródeł wiedzy na temat choroby, pacjent mógł zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Do opracowania uzyskanych danych z ankiet stworzono arkusz kalkulacyjny w programie Microsoft Office Excel 2010.

Wyniki

W badaniu kwestionariuszem ankiety udział wzięło 69 osób, w tym 32 kobiety i 37 mężczyzn. Badanych podzielono na cztery grupy wiekowe. Grupa pierwsza, w skład weszły osoby do 30 roku życia stanowiła 13 osób czyli 19% ogółu badanych. Grupa druga to osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat objęła 11 osób, czyli 16% ogółu ankietowanych. Grupa trzecia — osoby w wieku 41–50 lat to 13 osób stanowiących 19% respondentów.

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne ankietowanych

Table 1. Socio-demographic data on the respondents

Badana	Zmienna	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
		n	%	n	%	n	%
Przedział wiekowy	Do 30 lat	7	22	6	16	13	19
	31–40 lat	2	6	9	24	11	16
	41–50 lat	9	28	4	11	13	19
	Powyżej 50 lat	14	44	18	49	32	46
Ogółem		32	100	37	100	69	100
Stan cywilny	Wolny	23	72	23	62	46	66
	W związku	9	28	14	38	23	34
Ogółem		32	100	37	100	69	100
Miejsce zamieszkania	Miasto	23	72	23	62	46	66
	Wieś	9	28	14	38	23	34
Ogółem		32	100	37	100	69	100
Mieszka	Samotnie	8	25	9	24	17	25
	Z rodziną	14	44	22	60	36	52
	Z innymi osobami	10	31	6	16	16	23
Ogółem		32	100	37	100	69	100
Wykształcenie	Podstawowe	3	9	5	14	8	11
	Średnie	17	53	10	27	27	39
	Zawodowe	9	28	15	40	24	36
	Wyższe licencjackie	1	3	5	14	6	8
	Wyższe magisterskie	2	6	2	5	4	6
Ogółem		32	100	37	100	69	100

Najliczniejszą czwartą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku powyżej 50 lat — 46%. Zdecydowana większość badanych określiła swój stan cywilny jako wolny 66%, podczas gdy w związku pozostawało jedynie 34% ankietowanych. Tylko 25% osób mieszkało samotnie, były w ich gronie wszystkie osoby stanu wolnego. Pozostała część respondentów deklarowała zamieszkanie z rodziną 52% lub innymi osobami 23%. Wśród 69 osób ankietowanych, 66% mieszkało w mieście, 34% na wsi. Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem średnim 39%, wykształcenie zawodowe miało 36% ankietowanych, podstawowe — 11%, wyższe licencjackie — 8%, wyższe magisterskie — 6% (tab. 1).

Największą grupę zarówno wśród ankietowanych kobiet i mężczyzn stanowiły osoby chorujące na schizofrenię dłużej niż 10 lat, 59% wszystkich ankietowanych. Większość ankietowanych było w wieku średnim lub starszym.

Drugą pod względem liczności grupę badanych stanowiły osoby chorujące do 10 lat — było to 10 kobiet i 7 mężczyzn, czyli 25% wszystkich respondentów. Krótki okres — do 2 lat trwania choroby zadeklarowała nieznaczna liczba osób — tylko jedna kobieta i dwóch mężczyzn, co stanowiło w sumie 4% wszystkich ankietowanych (tab. 2). Badano stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich. Na pytanie „Czy przestrzega Pan/Pani ściśle zaleceń lekarskich?” 80% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, 1% — przecząco, a 19% określiło stopień stosowania się do zaleceń jako nieregularny (tab. 3). Badaniu poddano kwestię dobrowolności przyjmowania leków przez pacjentów. Zdecydowana większość ankietowanych wskazała, że dobrowolnie przyjmuje leki (82% wszystkich respondentów). Jedna kobieta, która zadeklarowała brak stosowania się do zaleceń lekarskich, w pytaniu o dobrowolność przyjmowania leków również odpowiedziała przecząco. Tylko 8 osób (11%) podczas

Tabela 2. Czas trwania choroby a płeć**Table 2.** Disease duration in relation to gender

Czas trwania choroby	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Do 2 lat	1	3	2	5	3	4
Do 5 lat	1	3	7	19	8	12
Do 10 lat	10	31	7	19	17	25
Powyżej 10 lat	20	63	21	57	41	59
Ogółem	32	100	37	100	69	100

Tabela 3. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące przestrzegania zaleceń lekarskich z uwzględnieniem płci pacjenta**Table 3.** Respondents' answers to questions regarding following the medical recommendations with the patient's gender taken into account

Przestrzeganie zaleceń	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Tak	26	81	29	78	55	80
Nie	1	3	0	0	1	1
Nieregularnie	5	16	8	22	13	19
Ogółem	32	100	37	100	69	100

Tabela 4. Stopień dobrowolności przyjmowania leków a płeć badanych**Table 4.** The level of voluntary taking medication in relation to the respondents' gender

Czy dobrowolnie przyjmuje Pan/Pani leki?	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Tak	24	75	31	84	55	82
Kontrola przez rodzinę	5	16	3	8	8	11
Wymagane przypomnienie	2	6	3	8	5	6
Nie	1	3	0	0	1	1
Ogółem	32	100	37	100	69	100

przyjmowania leków wymagało kontroli przez rodzinę bądź przypomnień ze strony najbliższych (6%) (tab. 4). W pytaniu dotyczącym możliwych korzyści wynikających ze stosowania regularnej farmakoterapii możliwe było wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi. Najczęściej wybierano odpowiedź: leki uspokajają mnie (43 odpowiedzi), poprawiają sen (33 odpowiedzi), powodują, że czuję się lepiej (27 odpowiedzi), pomagają uniknąć ponownej hospitalizacji (22 odpowiedzi). Większość ankietowanych wskazywała na poprawę ogólnego stanu

psychicznego i fizycznego poprzez uspokojenie, poprawę snu oraz polepszenie samopoczucia. Jedynie 22 odpowiedzi wskazywały, że dzięki podejmowanemu leczeniu pacjent unika ponownej hospitalizacji (tab. 5). Zdecydowana większość pacjentów odpowiedziała twierdząco (63%) na pytanie: „czy systematyczne zażywanie leków zapobiega nawrotom choroby”, tylko 3 osoby wskazały odpowiedź przeczącą (4% ankietowanych). Kolejno 15% i 18% wskazało odpowiedzi „nie zawsze” oraz „nie wiem”. Badani pacjenci posiadali wiedzę na temat czyn-

Tabela 5. Korzyści wynikające z farmakoterapii a płeć badanych**Table 5.** Profits arising from pharmacotherapy in relations to the respondents' gender

Korzyści wynikające z zażywania leków	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Uspokajają mnie	21	66	22	59	43	62
Poprawiają sen	19	59	14	38	33	48
Niwelują głosy	7	22	6	16	13	19
Gdybym ich nie przyjmował/a mogłoby wydarzyć się coś złego	9	28	7	19	16	23
Ułatwiają kontakt z innymi ludźmi	8	25	5	14	13	19
Pozwalają lepiej myśleć	11	34	4	11	15	22
Powodują, że czuję się lepiej	14	44	13	35	27	39
Zapobiegają ponownej hospitalizacji	11	34	11	30	22	32

Tabela 6. Przedstawienie czynników mających wpływ na wystąpienie nawrotu choroby**Table 6.** Factors affecting the occurrence of the relapse

Czynniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Zaprzestanie przyjmowania leków	23	72	26	70	49	71
Problemy rodzinne	22	69	13	35	35	51
Sytuacja życiowa	4	13	4	11	8	12
Inna choroba	9	28	1	3	10	14
Narkotyki	6	19	5	14	11	16
Alkohol	4	13	8	22	12	17
Stres	16	50	15	41	31	45
Problemy w szkole/pracy	5	16	8	22	13	19
Inne	0	0	0	0	0	0

ników powodujących nawrót choroby. Największą liczbę wskazań otrzymały: zaprzestanie przyjmowania leków — 49 wskazań, problemy rodzinne — 35 wskazań, stres — 31 wskazań, problemy w szkole/pracy — 13 wskazań. Ankietowani obojga płci podobnie często odpowiadali na niżej wymienione warianty: sytuacja życiowa (po 4 odpowiedzi), narkotyki (kobiety 6 odpowiedzi, mężczyźni 5 odpowiedzi), stres (kobiety 16, mężczyźni 15 odpowiedzi). Znacznie częściej kobiety niż mężczyźni wskazały, że inna choroba może być przyczyną wystąpienia nawrotu schizofrenii (wskazało ją 9 kobiet i tylko 1 mężczyzna). Dwukrotnie więcej mężczyzn niż kobiet wskazało, że przyczyną wystąpienia nawrotu choroby może stanowić alkohol (8 mężczyzn i 4 kobiety) (tab. 6).

Jako najczęstsze objawy nawrotu choroby ankietowani podawali: niepokój i lęk 22%, zaburzenia snu 14%, podejrzliwość 9%, trudności w koncentracji uwagi 6%, stagnacja 6%, głosy 6%, zaniedbanie w codziennej higienie 3%, pracoholizm 3%, depresja 1% (tab. 7). Ankietowani w pytaniu „Jakie czynniki Pani/Pana zdaniem mogą wpłynąć na rezygnację z leczenia” mieli możliwość zaznaczenia wielu odpowiedzi. Najwięcej wskazań otrzymały odpowiedzi: objawy niepożądane leków (37), wysoka cena leków (26), utrudniony dostęp do lekarza (20) (tab. 8). Pacjenci posiadają wiedzę na temat objawów niepożądanych zażywanych leków. Jako najbardziej uciążliwe, pacjenci wskazywali objawy takie jak: przyrost masy ciała (28 odpowiedzi), senność (22 odpowiedzi),

Tabela 7. Przedstawienie objawów zwiastujących nawrót choroby występujących u chorych z podziałem według płci
Table 7. *Prodromal signs of the relapse occurring in patients including the division according to gender*

Objawy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Trudności w koncentracji uwagi	2	6	2	5	4	6
Zaburzenia snu	5	16	5	14	10	14
Niepokój, lęk	13	41	2	5	15	22
Podejrzliwość	3	9	3	8	6	9
Stagnacja	2	6	2	5	4	6
Głosy	2	6	2	5	4	6
Pracoholizm	1	3	1	3	2	3
Brak higieny	0	0	2	5	2	3
Depresja	0	0	1	3	1	1

Tabela 8. Przedstawienie czynników skłaniających do rezygnacji z leczenia z podziałem według płci
Table 8. *Factors inducing the discontinuation of treatment including the division according to gender*

Czynniki	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Objawy niepożądane leków	20	63	17	46	37	54
Utrudniony dostęp do lekarza	12	38	8	22	20	29
Opinia rodziny i znajomych	1	3	1	3	2	3
Leki utrudniają naukę/pracę	1	3	7	19	8	12
Wysoka cena leków	13	41	13	35	26	38
Niejasny sposób dawkowania	2	6	2	5	4	6
Inne	1	3	1	3	2	3

spowolnienie psychoruchowe (21 odpowiedzi), suchość w ustach (15 odpowiedzi), zaparcia (15 odpowiedzi). Mężczyźni znacznie częściej niż kobiety wskazywali objaw ślinotoku, natomiast nie wskazali takich objawów, jak: zatrzymanie moczu, nietrzymanie moczu i alergia (tab. 9). Pacjenci wiedzę na temat czerpią z różnych źródeł. Najwięcej wskazań otrzymały odpowiedzi: lekarz (58 odpowiedzi), pielęgniarka, ulotki, broszurki, internet (7 odpowiedzi), psycholog (14 odpowiedzi). Prawie wszyscy ankietowani korzystali z wiedzy przekazywanej im przez swoich lekarzy specjalistów. Tyle samo osób poszukiwało wiedzy u personelu medycznego, co w i Internecie i ulotkach (tab. 10).

Dyskusja

Wójcik i wsp. [7] podają, że różnica w zapadalności na schizofrenię ze względu na płeć w krajach euro-

pejskich wynosi 1,4. Wyższe wskaźniki zachorowania zaobserwowano w przypadku płci męskiej, już w 2002 roku wskazywano na wzrost liczby zachorowań na schizofrenię wśród mężczyzn. Wyniki badań przeprowadzonych w Irlandii wykazały aż siedmiokrotnie większą liczbę zachorowań wśród mężczyzn niż w przypadku kobiet [7, 8]. Cramer oraz Rosenheck [9] wskazują, że częstość występowania zaburzenia szacuje się obecnie nawet na dwukrotnie częstsze w przypadku mężczyzn. W badaniach własnych uczestniczyło 37 mężczyzn i 32 kobiety, nie można zatem mówić o znacznej przewadze mężczyzn wśród ankietowanych.

Na schizofrenię chorują najczęściej młode osoby, według danych udostępnionych przez Fundację Pro Domo, średnia wieku chorych w Polsce to około 38,5 roku. Średnia wieku w chwili diagnozy wynosi 27 lat, a u większości chorych rozpoznaje się chorobę przed 30. rokiem życia [10].

Tabela 9. Przedstawienie objawów niepożądanych stosowanych leków z uwzględnieniem płci badanych
Table 9. Adverse reactions of the used medicines with the respondents' gender taken into account

Objawy	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Senność	12	38	10	27	22	32
Przyrost masy ciała	17	53	11	30	28	41
Ślinotok	1	3	4	11	5	7
Zaburzenia widzenia	2	6	2	5	4	6
Niepokój ruchowy	5	16	6	16	11	16
Uzucie drętwienia	7	22	5	14	12	17
Spowolnienie ruchowe	16	50	5	14	21	30
Suchość w ustach	11	34	4	11	15	22
Zaparcia	12	38	3	8	15	22
Spadek libido	0	0	5	14	5	7
Zaburzenia miesiączkowania	7	22	0	0	7	10
Nieskoordynowane ruchy	4	13	2	5	6	9
Zmiany morfologii krwi	1	3	1	3	2	3
Zatrzymanie moczu	3	9	0	0	3	4
Nietrzymanie moczu	5	16	0	0	5	7
Nadwrażliwość na światło	7	22	1	3	8	12
Alergia	2	6	0	0	2	3

Tabela 10. Przedstawienie źródeł wiedzy na temat choroby, z jakich korzystają chorzy z uwzględnieniem płci badanych
Table 10. The sources of knowledge on the disease used by the patients, with their gender taken into account

Źródła	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%
Lekarz	29	91	29	78	58	84
Pielęgniarka w poradni	11	34	6	16	17	25
Książki, czasopisma naukowe	6	19	0	0	6	9
Brak zainteresowania	1	3	5	14	6	9
Psycholog	10	31	4	11	14	20
Ulotki, broszurki	10	31	7	19	17	25
Internet	6	19	11	30	17	25

Banaszczyk również podaje, że choroba najczęściej ujawnia się między 16. a 35. rokiem życia. Rzadziej schizofrenia występuje u dzieci poniżej 10. roku życia oraz u osób po 50. roku życia [11]. Wyniki badań własnych pokazują, że 19% ankietowanych to ludzie do 30. roku życia, 35% stanowiły osoby w przedziale wiekowym 31–50 lat.

Czas trwania choroby powyżej 10 lat deklarowało 59% ankietowanych, do 10 lat 25% ogółu badanych, do 5 lat tylko 16% respondentów.

Krupa i Styła [12] zwracają uwagę, że największy wpływ na akceptację choroby przez pacjenta ma zrozumienie okazywane mu przez osoby najbliższe w otoczeniu.

Mętel i wsp. [13] uważają, że postawa rodziny wobec osób chorujących na schizofrenię ma decydujące znaczenie w akceptacji choroby przez pacjenta, natomiast brak akceptacji choroby oraz nieumiejętność zmiany dotychczasowego trybu życia mają niewątpliwie wpływ na występowanie u chorych licznych hospitalizacji [13, 14]. W badaniach własnych akceptację choroby deklarowała ponad połowa respondentów (43 osoby), 15 osób nie miało zdania na ten temat, a 11 osób nie akceptowało swojej choroby.

Badura i wsp. [14] w swoich badaniach stwierdzają, że wcześniejszy początek zachorowania niesie większe nasilenie objawów, gorszy przebieg choroby, większą liczbę hospitalizacji. Podobnie Ostrzyżek i Marcinkowski [15] wykazali negatywny wpływ czasu trwania choroby na liczbę hospitalizacji oraz fizyczny poziom jakości życia chorego. W badaniach własnych wykazano powiązanie między liczbą przebytych hospitalizacji a wiekiem chorego. Im starszy był pacjent, tym większą deklarował liczbę przebytych hospitalizacji (wiek powyżej 50 lat — 14 hospitalizacji). Największa liczba ankietowanych 17% przebywała w szpitalu dwukrotnie.

Niestosowanie się do zaleceń lekarskich w zakresie przyjmowania leków jest określane jako najistotniejszy problem i trudność w zakresie podejmowanej terapii [16]. Pawełczak [17] podaje, że odmowa przyjmowania leków przez pacjenta oraz brak stosowania się do zaleceń lekarskich jest przyczyną ponad połowy ponownych hospitalizacji [17]. Chądzyńska i wsp. [18] zbadali, że współpracę z lekarzem w leczeniu podejmuje około 52% osób chorujących na schizofrenię. W opinii lekarzy pacjenci częściej przerywają leczenie na podstawie własnej decyzji niż przez zapomnienie o konieczności przyjęcia leków. Większość ankietowanych, aż 80% w badaniu własnym, deklarowało, że ściśle przestrzegało zaleceń lekarskich, 82% ankietowanych to osoby, które stosowały się do zaleceń samodzielnie, dobrowolnie i regularnie przyjmowały leki. Osoby, które nie były przekonane do systematycznej farmakoterapii, wymagały przypomnienia (6%) bądź kontroli w przyjmowaniu leków (11%).

Murawiec [19] podaje, że celem leczenia jest umożliwienie jak najlepszego funkcjonowania chorego w jego najbliższym otoczeniu, nie tylko niwelowanie objawów choroby. Regularna farmakoterapia pozwala na osiągnięcie harmonii i przywraca równowagę organizmowi chorego [19]. W badaniach własnych zdecydowana większość chorych (94%) obserwowwała widoczne korzyści z regularnej farmakoterapii. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazywali: uspokojenie, poprawę jakości snu i ogólnego samopoczucia, 32% ankietowanych odpowiedziało również, że regularna farmakoterapia pomaga zapobiegać ponownej hospitalizacji. Chądzyńska

i wsp. [18] wskazują, że pogorszenie stanu zdrowia oraz częstsze remisje i hospitalizacje to konsekwencja braku współpracy z lekarzem i niestosowania się do ich zaleceń. Patejuk-Mazurek [20] zwraca uwagę, że na wzrost odsetka osób świadomych tego, że schizofrenia jest chorobą przewlekłą i nawracającą, wpływ na samoświadomość chorego na temat choroby mają rozmowy edukacyjne. W badaniach własnych jako najczęstsze czynniki zwiększające ryzyko nawrotu choroby ankietowani wymieniali: zaprzestanie farmakoterapii (71%), problemy rodzinne (51%), stres (45%). W badaniach własnych ankietowani pacjenci wykazywali wysoką znajomość objawów zwiastujących nawrót choroby. Jako najczęściej występujące wskazali: niepokój i lęk (22%), zaburzenia snu (14%), podejrzliwość (9%).

Jak podaje Pawełczak [17], działanie niepożądane przyjmowanych leków stanowi najczęstszą przyczynę rezygnacji z leczenia i niechęci do dalszego leczenia. Wyniki badań przeprowadzonych przez Frieman oraz Wciórkę [21] wykazały, że w przybliżeniu aż połowa pacjentów odczuwa wyraźnie (umiarkowane lub silne) niepożądane działania leków, autorzy wykazali również, że przerwanie terapii następuje w przypadku, gdy działania niepożądane stosowanych leków przysłaniają korzyści płynące z konsekwentnie stosowanej farmakoterapii. W badaniach własnych, analizując czynniki skłaniające do rezygnacji z leczenia, oprócz tych związanych z organizacją leczenia i opieki nad chorymi (utrudniony dostęp do lekarza, wysokie koszty leczenia) najwięcej, bo aż 54% wskazań uzyskała odpowiedź: działania niepożądane leków. Ponad połowa ankietowanych osób przynajmniej raz odczuła niepożądane skutki terapii. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni deklarowali wysoki poziom znajomości objawów niepożądanych stosowanych przez siebie leków, a jako najczęściej występujące wymieniali: przyrost masy ciała 41%, senność 32%, spowolnienie ruchowe 30%.

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, istotnie wpływającą na życie chorych i ich rodzin. Pogorszenie stanu zdrowia najczęściej następuje w wyniku stresu związanego z przymusowym i częstym korzystaniem z pomocy ochrony zdrowia, licznych zwolnień lekarskich, rezygnacji z dotychczasowych aktywności [9]. Wyniki badań własnych wykazały, że 61% respondentów zgłasza się do specjalisty w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, a 10% ankietowanych jest bezkrytyczna i nie odczuwa pogorszenia stanu zdrowia. Bez względu na wiek najczęściej wybierana była odpowiedź: „zgłaszam się na wizytę do specjalisty” (54%), „zażywam leki” (81%). Badani do 30. roku życia, chorujący krótko, żeby uniknąć pogorszenia stanu zdrowia, najczęściej wybierali odpowiedź „unikam stresu” (10%), „dbam o sen” (9%), „staram się

utrzymywać pozytywne relacje z bliskimi" (6%), „korzystam z porad psychologa" (10%). W opinii psychiatrów większość chorych na schizofrenię, zwłaszcza tych z długą historią choroby, wymaga stałej edukacji, szczególnie w zakresie rozpoznawania objawów nawrotu choroby [22].

Chądryńska i wsp. [23] zwracają uwagę na fakt, że psychoterapia jest najskuteczniejszą metodą uzyskania wiedzy o chorobie i stworzenia indywidualnego programu psychoedukacyjnego. Pużyński i wsp. [5] podają, że w procesie leczenia schizofrenii najistotniejszą rolę odgrywa personel medyczny. Lekarz, pielęgniarka, pielęgniarz stają się partnerami w leczeniu pacjenta. Z badań własnych wynika, że najczęściej wybieranym i wskazywanym źródłem wiedzy na temat choroby była dla ankietowanych wiedza posiadana przez personel medyczny, bez względu na płeć chorego.

Wnioski:

- Większość ankietowanych osób akceptowało swoją chorobę oraz deklarowało stosowanie się do zaleceń

lekarskich, mimo to u dużej grupy pacjentów wystąpił nawrót choroby.

- Pacjenci znają działania niepożądane leczenia farmakologicznego, a jako najczęstsze objawy wymieniali: senność, przyrost masy ciała, spowolnienie ruchowe. Objawy te były częstą przyczyną rezygnacji z terapii.
- Większość badanych przyznała, iż regularna farmakoterapia zapobiega nawrotom choroby:
 - objawami nawrotu choroby wskazywanymi przez ankietowanych były: niepokój i lęk, zaburzenia snu, podejrzliwość, trudności w koncentracji;
 - najczęściej wymienianymi czynnikami sprzyjającymi nawrotom choroby były: zaprzestanie przyjmowania leków, problemy rodzinne, stres.
- Pacjenci poszerzali swoją wiedzę głównie przez kontakt z personelem medycznym.
- Systematyczna farmakoterapia, wizyty u specjalisty, dbałość o sen i wypoczynek to najczęstsze działania, jakie respondenci wskazywali w zapobieganiu nawrotom choroby.

Streszczenie

Wstęp: Schizofrenia jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych. Charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, zróżnicowanym obrazem klinicznym, często prowadzi do niesprawności. Może przebiegać w różny sposób i z różnym nasileniem, a pojawiające się objawy stanowią przełom w życiu i funkcjonowaniu pacjenta i jego rodziny. Dlatego tak ważne jest szybkie rozpoznanie objawów i podjęcie działań terapeutycznych. Nawrót choroby nie pojawia się nagle. Zazwyczaj poprzedza go czas różnych zmian w zachowaniu i odczuciach chorego. Zmiany te nazywamy objawami zwiastującymi nawrót choroby.

Celem pracy było poznanie stanu wiedzy pacjentów na temat schizofrenii, skutków niestosowania się do zaleceń lekarskich, objawów zwiastujących nawrót choroby.

Materiał i metody: Grupę badawczą stanowiło 69 pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego w Bielsku-Białej. Na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a w niej autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał 30 pytań zamkniętych o możliwości udzielenia jednej lub kilku odpowiedzi.

Wyniki i wnioski: W przeprowadzonych badaniach uzyskano wyniki wskazujące na wysoki poziom wiedzy przebadanych pacjentów na temat schizofrenii, jej objawów, objawów zwiastujących jej nawrót oraz sposobów leczenia. Ankietowani wyrazili przede wszystkim świadomość, że stosowanie się do zaleceń lekarskich może znacznie obniżyć ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Wymieniono najważniejsze kwestie związane z akceptacją choroby, stopniem świadomości pacjentów na jej temat oraz systematyczności stosowania się do zaleceń personelu medycznego. U większości z respondentów wystąpił nawrót choroby, mimo deklarowanej wiedzy na temat metod zapobiegania nawrotom. Działania niepożądane stosowanych leków były częstą przyczyną rezygnacji z leczenia. Pacjenci jako główne źródło poszerzania swojej wiedzy wskazali kontakt z personelem medycznym.

Psychiatria 2020; 17, 4: 186–195

Słowa kluczowe: farmakoterapia, nawrót choroby, objawy zwiastujące, schizofrenia

Piśmiennictwo:

- Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. In: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 193–205.
- Jarema M. Schizofrenia. In: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. ed. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 123–145.
- Hadryś T. Zaburzenia psychotyczne. In: Hadryś T. ed. Psychiatria. Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich, Wrocław 2016: 147–153.

4. Schizofrenia w liczbach. <http://fundacjaiprodomo.org.pl/schizofrenia-w-liczbach/> (20.12.2018).
5. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. Psychiatria. Psychiatria kliniczna. tom 2. Edra Urban&Partner, Wrocław 2015: 170–194.
6. Mosiołek A. Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego. Psychiatria. 2015; 12(3): 129–140.
7. Wójsiak P, Domowicz K, Rybakowski J. The negative symptoms of schizophrenia primary and secondary, deficit syndrome, persistent negative symptoms. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*. 2017; 12(3): 108–117, doi: [10.5114/nan.2017.71668](https://doi.org/10.5114/nan.2017.71668).
8. Cechnicki A, Bielańska A. The influence of early psychosocial intervention on the long-term clinical outcomes of people suffering from schizophrenia. *Psychiatr Pol*. 2017; 51(1): 45–61, doi: [10.12740/PP/61903](https://doi.org/10.12740/PP/61903), indexed in Pubmed: [28455894](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28455894/).
9. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T. Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Warszawa 2012; 4-42.
10. Rabe-Jabłońska J. Od prodromu do stanu ryzyka rozwoju psychozy. In: Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M. ed. *Ryzykowny stan psychiczny. Czy można zapobiegać schizofrenii*. Termedia, Poznań 2012: 19–35.
11. Banaszczuk M. Pedagogika wobec schizofrenii. Kultura i wychowanie, *Pórocznik pedagogiczny*. 2018; 14(2): 73–89.
12. Styła R. Specyfika psychoterapii psychodynamicznej skierowanej do osób z rozpoznaniem schizofrenii. Badanie jakościowe oparte na wywiadach z terapeutami. *Psychiatria*. 2015; 12(3): 142–149.
13. Mętel D, Kaliasz A, Arciszewska A, et al. Związek postawy rodziny z płcią, nasileniem objawów i funkcjonowaniem społecznym osób chorujących na schizofrenię przez 20 lat. Badanie prospektywne. *Adv Psychiatry Neurol*. 2018; 27(4): 289–309.
14. Badura-Brzoza K, Pięga M, Błachut M, et al. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatr Pol*. 2012; 46(6): 975–984.
15. Ostrzyżek A, Marcinkowski J. Jakość życia a doświadczenie w schizofrenii. *Hyg Pub Health*. 2014; 49(4): 679–684.
16. Rabe-Jabłońska J. Stan prepsychotyczny i wczesna interwencja farmakologiczna. In: Rabe-Jabłońska J. ed. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 547–557.
17. Pawełczak P, Karakuła-Juchnowicz H, Łukasik P. Poziom współpracy pacjentów chorych na schizofrenię w zakresie przyjmowania leków a ryzyko nawrotu psychozy. *Current Problems of Psychiatry*. 2014; 15(1): 32–40.
18. Chądzyńska M, Meder J, Tyszkowska M. Współpraca w leczeniu schizofrenii — wyniki projektu ADHES (pogłębiona analiza). *Psychiatr Pol*. 2008; XLII(4): 561–570.
19. Murawiec S. Kiedy korzyści z leczenia mogą być jeszcze większe? *Schizofrenia poradnik*. <https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/Kiedy%20korzy%C5%9Bci%20mog%C4%85%20by%C4%87%20wi%C4%99ksze.pdf> (22.03.2019).
20. Patejuk-Mazurek I. Raport z programu edukacyjnego dla pacjentów chorych na schizofrenię, leczonych olanzapiną. *Schizofrenia — co poza leczeniem farmakologicznym?* *Psychiatria*. 2015; 13(3): 166–168.
21. Friemann K., Wciórka J. Cztery miary przestrzegania zaleceń u chorych po przebytych epizodzie psychotycznym — porównanie. *Psychiatr Pol*. 2013; 47(5): 759–773.
22. Novick D, Haro J, Suarez D, et al. Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia Research*. 2009; 108(1–3): 223–230, doi: [10.1016/j.schres.2008.11.007](https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.007).
23. Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K, et al. Psychoedukacja dla osób chorujących na schizofrenię — wstępna analiza sposobów prowadzenia zajęć. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2011; 20(3): 201–206.