

Skuteczność edukacji zdrowotnej w oddziałach psychiatrii sądowej

Effectiveness of health education in forensic psychiatry departments

Joanna Fojcik¹, Michał Górski², Marek Krzystanek³

¹ Górnośląskie Centrum Medyczne im. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej, Polska

² Katedra Chorób Przewlekłych i Zagrożeń Cywilizacyjnych, Zakład Medycyny i Higieny Pracy, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

³ Katedra i Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

Summary

Aim. The subject of the study was to assess the therapeutic value of the author's health education programme developed for a group of patients of forensic psychiatry wards conducted in a group of patients long-term isolated from their natural environment. The main goal of the study was to answer the question of whether health education conducted in forensic psychiatry wards is effective and what value it represents in the process of treatment and rehabilitation of patients in forensic psychiatry wards.

Material and methods. The study was conducted at the State Hospital for the Nervous and Mentally Ill in Rybnik in the forensic psychiatry wards from December 2019 to May 2020. During the study, patients gained knowledge in the field of broad health education. The study group consisted of 67 men between the ages of 22 and 73 with a diagnosis of schizophrenia. The method of measuring twice (before the health education cycle and after its completion) was applied using a proprietary questionnaire of patients' knowledge from the applied educational programme.

Results. After the implementation of the health education programme, there was a significant improvement in patients' knowledge.

Conclusions. Educational activities carried out among patients of forensic psychiatry departments effectively increase their knowledge level.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, psychiatria sądowa, schizofrenia

Key words: health education, forensic psychiatry, schizophrenia

Wstęp

Badania epidemiologiczne prowadzone w różnych częściach świata konsekwentnie prowadzą do tych samych wniosków, że zaburzenia psychiczne są bardzo rozpowszechnione, powodują wysokie bezpośrednio i pośrednio koszty opieki zdrowotnej oraz są w większości niewykryte i nieleczone. Znajomość zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym, piętno zaburzenia psychicznego oraz brak wiedzy i niewystarczające umiejętności rozpoznawania zaburzeń psychicznych przez pracowników ochrony zdrowia i radzenia sobie z nimi przez pacjentów są powszechnie wymieniane jako przyczyny dużego niezaspokojenia potrzeb w zakresie globalnego zdrowia psychicznego [1, 2].

Edukacja pacjenta chorującego na schizofrenię przebywającego w oddziale psychiatrii sądowej to proces wielowymiarowy i długotrwały, który ma doprowadzić do poprawnego funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie zgodnie z przyjętym porządkiem społecznym i prawnym. Proces edukacji to nie tylko kwestie związane ze zdrowiem psychicznym, ale także nauka wyrażania własnych opinii, przekonań, refleksji oraz samodzielnego rozwiązywania problemów (jeśli jest to możliwe) przy wsparciu edukatora. Istotą edukacji zdrowotnej jest zatem wyposażanie ludzi w określone kompetencje, które podlegają zmianom w ciągu życia, w zależności od okresu rozwojowego i w związku z pojawiającymi się chorobami czy dysfunkcjami. Kompetencje te w odniesieniu do zdrowia mogą dotyczyć nabywania umiejętności działania w obszarze profilaktyki czy terapii, wykorzystywania nowych narzędzi do aktywnego poszukiwania informacji na temat zdrowia dzięki dostępowi do różnych źródeł wiedzy, w tym Internetu czy innych mediów. Dostarczając pacjentowi nowej, aktualnej wiedzy, pozwalają mu na świadome i adekwatne modyfikacje swoich zachowań [3, 4]. Wszystkie te aspekty edukacji zdrowotnej są niezwykle istotne w procesie edukacji osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej, gdyż zasadniczym celem pobytu pacjenta w oddziale psychiatrii sądowej jest przygotowanie go do życia na wolności [5–8].

Edukacja zdrowotna jest zatem jedną z form oddziaływań rehabilitacyjnych, które wpływają na poziom wiedzy pacjentów, a aktywny udział pacjenta w zajęciach rehabilitacji psychiatrycznej, w tym edukacji zdrowotnej, jest fundamentem odzyskania społecznego uznania i przystosowania się, co daje nadzieję na opuszczenie zamkniętych oddziałów psychiatrycznych i może być przepustką na wolność. Planując zatem działania edukacyjne na oddziałach psychiatrii sądowej, należy zadbać o to, aby były one celowe i przemyślane, dostosowane do potrzeb konkretnej grupy pacjentów. Skonstruowanie w tym celu diagnozy edukacyjnej staje się pierwszym etapem procesu edukacyjnego, który pozwala na określenie obszarów deficytowych w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw pacjentów dotyczących zaburzenia psychicznego i szeroko rozumianego funkcjonowania społecznego. Wskazówki te stanowią następnie podstawę planowanych działań edukacyjnych.

Wynikiem wieloletnich doświadczeń w rozpoznawaniu deficytów i potrzeb edukacyjnych pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej, nie tylko z zakresu zdrowia i choroby, ale także szeroko pojętego funkcjonowania społecznego,

był opracowany autorski program edukacji zdrowotnej dla tej grupy pacjentów. Program ten stał się przedmiotem badania, które miało odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu oddziaływania edukacyjne są skuteczne wśród tej grupy pacjentów.

Material i metody

Projekt badania i próba

Badanie przeprowadzono w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku na oddziałach psychiatrii sądowej. Badanie trwało 6 miesięcy – od grudnia 2019 roku do maja 2020 roku. W badaniu wzięli udział mężczyźni z rozpoznaniem schizofrenii. Płeć męska oraz diagnoza schizofrenii stanowiły podstawę włączenia do grupy badanej, jak i grupy odniesienia. Kryterium wyłączenia z badania stanowiły: płeć żeńska, rozpoznanie inne niż schizofrenia oraz brak zgody pacjenta na udział w badaniu.

W projekcie uczestniczyło 115 pacjentów. Grupa badana składała się z 67 mężczyzn w wieku od 22 do 73 lat, z rozpoznaniem schizofrenii, którzy w okresie 6 miesięcy uczestniczyli w programie edukacyjnym. Grupę odniesienia tworzyło 48 mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii, w podobnym wieku do osób z grupy badanej, również przebywających na oddziale psychiatrii sądowej. Wśród tej grupy pacjentów nie prowadzono działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

Uczestnicy, którzy nie ukończyli całego cyklu edukacyjnego lub też z innych powodów nie ukończyli badania (np. wypis z oddziału podczas trwania programu), zostali z niego wykluczeni. W związku z tym do ostatecznych analiz zdrowotnych włączono 61 pacjentów z grupy badanej i 40 pacjentów z grupy odniesienia.

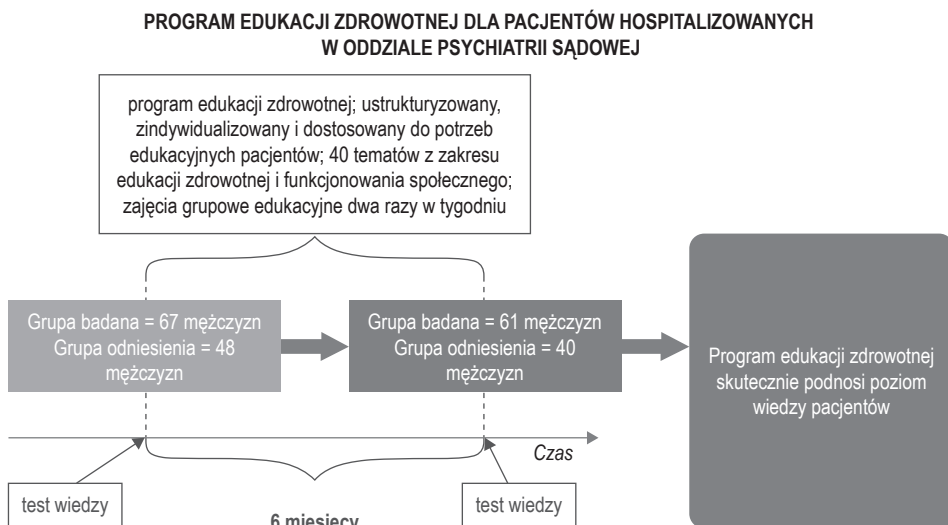
Program edukacji zdrowotnej i test wiedzy

Jako że zdecydowana większość pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrii sądowej to mężczyźni z rozpoznaniem schizofrenii, program edukacji zdrowotnej został zaprojektowany dla tej konkretnej grupy pacjentów. Program składał się z 40 wykładów trwających 45–60 minut, które były prowadzone przez specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dwa razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy. Wykłady zostały podzielone na 5 modułów, które obejmowały edukację pacjenta w zakresie: (1) życia społecznego, (2 i 3) zdrowia psychicznego (część 1 i 2), (4) zdrowego stylu życia oraz (5) funkcjonowania pacjenta na oddziale psychiatrii sądowej. Tematyka zajęć uwzględniała m.in. zagadnienia: norm i ról społecznych, wartości w życiu człowieka, znaczenia rodziny, autodiagnozy własnych umiejętności i ograniczeń, rozwiązywania konfliktów, osiągania celów życiowych, stresu, agresji, przemocy, schizofrenii, leczenia przeciwpsychotycznego, rehabilitacji psychiatrycznej, używek, aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania, higieny ciała, nadwagi i otyłości, samokontroli zdrowia, pierwszej pomocy, regulacji prawnych detencji sądowej, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, praw pacjenta i przymusu bezpośredniego.

Autorski program edukacji zdrowotnej miał na celu wyposażenie pacjenta w niezbędne wiadomości na temat zdrowia i choroby, ale także miał dostarczyć informacji potrzebnych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Kluczowym elementem prowadzonych badań z zakresu oddziaływań edukacyjnych była ocena ich efektywności.

Przebieg badania

Badanie zarówno w grupie badanej, jak i w grupie odniesienia poprzedzone były testem wiedzy, który miał za zadanie oszacować wyjściowy poziom wiedzy wszystkich pacjentów uczestniczących w badaniu. Test wiedzy zawierał 40 stwierdzeń ściśle związanych z tematyką prezentowaną w programie edukacyjnym, na które pacjent odpowiadał „tak” lub „nie” lub „nie wiem”. Ten sam test został użyty po 6 miesiącach, czyli po ukończonym cyklu wykładów, do oceny efektywności oddziaływań edukacyjnych. Przebieg badania przedstawiono na poniższym rysunku.



Rysunek. Graficzne przedstawienie przebiegu badania.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło w sumie 115 pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej, przy czym uzyskano dane dotyczące 101 pacjentów: grupy badanej liczącej 61 pacjentów i grupy odniesienia liczącej 40 pacjentów. Badania nie ukończyło 14 pacjentów. Dla wszystkich badanych zaplanowano dwukrotny pomiar oceny wiedzy medycznej na podstawie autorskiego kwestionariusza. Z początkowej liczby 67

pacjentów z grupy badanej półroczny cykl edukacji ukończyło 61 pacjentów. W grupie odniesienia złożonej z 48 pacjentów po 6 miesiącach przeprowadzono drugi pomiar u 40 mężczyzn. Zmniejszenie liczebności pacjentów wynikało z różnych powodów, np. odmowy wypełnienia kwestionariusza, przeniesienia na inny oddział, wypisania pacjentów z oddziału.

Test wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej

Ogólna wiedza mężczyzn w dziedzinie edukacji zdrowotnej została oceniona jako łączna liczba poprawnych odpowiedzi na wszystkie pytania testu. Tabela 1 przedstawia liczbę poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej w pierwszym i drugim pomiarze wśród mężczyzn z grupy badanej i kontrolnej. Do porównania statystycznego między grupami wykorzystano dokładny test Fishera. W pierwszym pomiarze istotne statystycznie różnice w częstości poprawnych odpowiedzi uzyskano dla 6 pytań. Dla wszystkich tych pytań w pierwszym pomiarze zaobserwowano istotnie wyższą wartość prawidłowych odpowiedzi w grupie badanej w porównaniu z grupą odniesienia ($p < 0,05$). W drugim pomiarze, na koniec cyklu edukacji zdrowotnej, istotne statystycznie różnice w częstości prawidłowych odpowiedzi stwierdzono dla 13 pytań kwestionariusza. W wypadku wszystkich tych pytań zaobserwowano wyższą częstość poprawnych odpowiedzi w grupie badanej.

Tabela 1. **Prawidłowe odpowiedzi na pytania w teście wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej – pacjenci z dwoma pomiarami w grupie badanej i referencyjnej**

Pytanie nr	Pomiar I			Pomiar II		
	Grupa badana ($n = 67$; 100%)	Grupa odniesienia ($n = 48$; 100%)	Dokładny test Fishera	Grupa badana ($n = 61$; 100%)	Grupa odniesienia ($n = 40$; 100%)	Dokładny test Fishera
1	43 (64,2%)	31 (64,6%)	NS ($p = 0,56$)	49 (80,3%)	20 (50,0%)	$p = 0,001$ (ES = 0,32)
2	41 (61,2%)	36 (75,0%)	NS ($p = 0,09$)	56 (91,8%)	34 (85,0%)	NS ($p = 0,23$)
3	65 (97,0%)	45 (93,8%)	NS ($p = 0,34$)	59 (96,7%)	30 (75,0%)	$p = 0,001$ (ES = 0,33)
4	54 (80,6%)	34 (70,8%)	NS ($p = 0,16$)	49 (80,3%)	30 (75,0%)	NS ($p = 0,35$)
5	60 (89,6%)	38 (79,2%)	NS ($p = 0,10$)	58 (95,1%)	31 (77,5%)	$p = 0,01$ (ES = 0,27)
6	54 (80,6%)	41 (85,4%)	NS ($p = 0,34$)	58 (95,1%)	33 (82,5%)	$p = 0,04$ (ES = 0,21)
7	60 (89,6%)	37 (77,1%)	NS ($p = 0,06$)	56 (91,8%)	33 (82,5%)	NS ($p = 0,14$)
8	40 (59,7%)	31 (64,6%)	NS ($p = 0,37$)	43 (70,5%)	19 (47,5%)	$p = 0,02$ (ES = 0,23)
9	59 (88,1%)	39 (81,3%)	NS ($p = 0,23$)	58 (95,1%)	29 (72,5%)	$p = 0,002$ (ES = 0,32)
10	37 (55,2%)	22 (45,8%)	NS ($p = 0,21$)	37 (60,7%)	15 (37,5%)	$p = 0,02$ (ES = 0,24)
11	57 (85,1%)	39 (81,3%)	NS ($p = 0,38$)	55 (90,2%)	34 (85,0%)	NS ($p = 0,32$)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

12	46 (68,7%)	31 (64,6%)	NS ($p = 0,40$)	43 (70,5%)	28 (70,0%)	NS ($p = 0,56$)
13	67 (100%)	44 (91,7%)	$p = 0,03$ (ES = 0,22)	59 (96,7%)	36 (90,0%)	NS ($p = 0,17$)
14	62 (92,5%)	41 (85,4%)	NS ($p = 0,18$)	59 (96,7%)	32 (80,0%)	$p = 0,008$ (ES = 0,27)
15	43 (64,2%)	24 (50,0%)	NS ($p = 0,10$)	39 (63,9%)	15 (37,5%)	$p = 0,008$ (ES = 0,26)
16	64 (95,5%)	46 (95,8%)	NS ($p = 0,65$)	55 (90,2%)	39 (97,5%)	NS ($p = 0,15$)
17	59 (88,1%)	45 (93,8%)	NS ($p = 0,24$)	58 (95,1%)	33 (82,5%)	$p = 0,04$ (ES = 0,21)
18	57 (85,1%)	43 (89,6%)	NS ($p = 0,34$)	58 (95,1%)	39 (97,5%)	NS ($p = 0,48$)
19	61 (91,0%)	37 (77,1%)	$p = 0,04$ (ES = 0,19)	57 (93,4%)	36 (90,0%)	NS ($p = 0,39$)
20	62 (92,5%)	33 (68,8%)	$p = 0,001$ (ES = 0,31)	49 (80,3%)	30 (75,0%)	NS ($p = 0,34$)
21	55 (82,1%)	36 (75,0%)	NS ($p = 0,24$)	54 (88,5%)	29 (72,5%)	$p = 0,04$ (ES = 0,21)
22	66 (98,5%)	42 (87,5%)	$p = 0,02$ (ES = 0,23)	58 (95,1%)	35 (83,3%)	NS ($p = 0,16$)
23	59 (88,1%)	38 (79,2%)	NS ($p = 0,15$)	57 (93,4%)	27 (67,5%)	$p = 0,0009$ (ES = 0,34)
24	57 (85,1%)	36 (75,0%)	NS ($p = 0,13$)	53 (86,9%)	29 (72,5%)	NS ($p = 0,06$)
25	53 (79,1%)	28 (58,3%)	$p = 0,01$ (ES = 0,26)	51 (83,6%)	31 (77,5%)	NS ($p = 0,30$)
26	65 (97,0%)	46 (95,8%)	NS ($p = 0,56$)	60 (98,4%)	36 (90,0%)	NS ($p = 0,08$)
27	65 (97,0%)	41 (85,4%)	$p = 0,03$ (ES = 0,21)	59 (96,7%)	33 (82,5%)	$p = 0,02$ (ES = 0,24)
28	53 (79,1%)	38 (79,2%)	NS ($p = 0,59$)	47 (77,1%)	32 (80,0%)	NS ($p = 0,46$)
29	46 (68,7%)	39 (81,3%)	NS ($p = 0,10$)	43 (70,5%)	29 (72,5%)	NS ($p = 0,51$)
30	61 (91,0%)	45 (93,8%)	NS ($p = 0,44$)	57 (93,4%)	40 (100%)	NS ($p = 0,13$)
31	61 (91,0%)	45 (93,8%)	NS ($p = 0,44$)	57 (93,4%)	35 (87,5%)	NS ($p = 0,25$)
32	26 (38,8%)	23 (47,9%)	NS ($p = 0,22$)	22 (36,1%)	15 (37,5%)	NS ($p = 0,52$)
33	38 (56,7%)	25 (52,1%)	NS ($p = 0,38$)	39 (63,9%)	21 (52,5%)	NS ($p = 0,17$)
34	48 (71,6%)	35 (72,9%)	NS ($p = 0,53$)	44 (72,1%)	30 (75,0%)	NS ($p = 0,47$)
35	58 (86,6%)	36 (75,0%)	NS ($p = 0,10$)	52 (85,3%)	33 (82,5%)	NS ($p = 0,46$)
36	61 (91,0%)	38 (79,2%)	NS ($p = 0,07$)	58 (95,1%)	36 (87,5%)	NS ($p = 0,16$)
37	61 (91,0%)	42 (87,5%)	NS ($p = 0,38$)	59 (96,7%)	32 (80,0%)	$p = 0,008$ (ES = 0,27)
38	53 (80,3%)	40 (83,3%)	NS ($p = 0,44$)	54 (88,5%)	31 (77,5%)	NS ($p = 0,11$)
39	60 (89,6%)	40 (83,3%)	NS ($p = 0,24$)	56 (91,8%)	35 (87,5%)	NS ($p = 0,35$)
40	65 (97,0%)	46 (95,8%)	NS ($p = 0,55$)	58 (95,1%)	34 (85,0%)	NS ($p = 0,09$)

ES – wielkość efektu; ϕ – wskaźnik Yule'a

Analizowano również zmiany w odpowiedziach pacjentów na kolejne pytania testu wiedzy po zakończeniu cyklu edukacji zdrowotnej w grupie badanej i odniesienia (tab. 2). Jeśli pacjent na koniec cyklu edukacyjnego (drugi pomiar) odpowiedział poprawnie na pytanie, a przed jego rozpoczęciem (pierwszy pomiar) jego odpowiedź była niepoprawna, to taki pacjent był klasyfikowany do grupy „poprawy odpowiedzi”. W razie nieprawidłowej odpowiedzi w drugim pomiarze i prawidłowej odpowiedzi w pierwszym pomiarze pacjent był zaliczany do grupy „regresji odpowiedzi”. Pacjenci, którzy nie zmienili odpowiedzi w obu pomiarach (obu prawidłowych lub obu nieprawidłowych), nie byli uwzględniani w ocenie zmian odpowiedzi na pytanie w całej grupie. Istotność statystyczną zmian w odpowiedziach na pytania testu wiedzy w grupie badanej i referencyjnej sprawdzono testem Q Cochrana.

Tabela 2. Zmiany w odpowiedziach na pytania testu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej pacjentów w drugim pomiarze w stosunku do pierwszego pomiaru w grupie badanej i referencyjnej

Pytanie nr	Grupa badana (n = 61; 100%)			Grupa odniesienia (n = 40; 100%)		
	Poprawa odpowiedzi	Regresja odpowiedzi	Test Q Cochrana	Poprawa odpowiedzi	Regresja odpowiedzi	Test Q Cochrana
1	14 (23,0%)	3 (4,9%)	p = 0,008 (ES = 0,12)	1 (2,5%)	4 (10,0%)	NS (p = 0,18)
2	18 (29,5%)	1 (1,6%)	p = 0,0001 (ES = 0,25)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	NS (p = 0,13)
3	1 (1,6%)	2 (3,3%)	NS (p = 0,56)	0	8 (20,0%)	p = 0,005 (ES = 0,20)
4	7 (11,5%)	8 (13,1%)	NS (p = 0,80)	6 (15,0%)	4 (10,0%)	NS (p = 0,53)
5	5 (8,2%)	2 (3,3%)	NS (p = 0,26)	3 (7,5%)	3 (7,5%)	NS (p = 1,00)
6	10 (16,4%)	2 (3,3%)	p = 0,02 (ES = 0,09)	4 (10,0%)	5 (12,5%)	NS (p = 0,75)
7	5 (8,2%)	4 (6,6%)	NS (p = 0,74)	4 (10,0%)	2 (5,0%)	NS (p = 0,41)
8	13 (21,3%)	7 (11,5%)	NS (p = 0,18)	5 (12,5%)	9 (22,5%)	NS (p = 0,29)
9	6 (9,8%)	2 (3,3%)	NS (p = 0,16)	2 (5,0%)	5 (12,5%)	NS (p = 0,26)
10	12 (19,7%)	6 (9,8%)	NS (p = 0,16)	5 (12,5%)	5 (12,5%)	NS (p = 1,00)
11	8 (13,1%)	4 (6,6%)	NS (p = 0,25)	3 (7,5%)	0	NS (p = 0,08)
12	11 (18,0%)	10 (16,4%)	NS (p = 0,83)	5 (12,5%)	2 (5,0%)	NS (p = 0,26)
13	0	1 (1,6%)	NS (p = 0,86)	1 (2,5%)	2 (5,0%)	NS (p = 0,56)
14	4 (6,6%)	1 (1,6%)	NS (p = 0,18)	1 (2,5%)	3 (7,5%)	NS (p = 0,32)
15	8 (13,1%)	6 (9,8%)	NS (p = 0,59)	4 (10,0%)	6 (15,0%)	NS (p = 0,53)
16	3 (4,9%)	6 (9,8%)	NS (p = 0,32)	1 (2,5%)	0	NS (p = 0,32)
17	6 (9,8%)	2 (3,3%)	NS (p = 0,16)	1 (2,5%)	5 (12,5%)	NS (p = 0,10)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

18	9 (14,8%)	2 (3,3%)	$p = 0,03$ (ES = 0,07)	3 (7,5%)	0	NS ($p = 0,08$)
19	6 (9,8%)	4 (6,6%)	NS ($p = 0,53$)	6 (15,0%)	1 (2,5%)	NS ($p = 0,06$)
20	3 (4,9%)	10 (16,4%)	$p = 0,05$ (ES = 0,06)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	NS ($p = 0,56$)
21	11 (18,0%)	6 (9,8%)	NS ($p = 0,23$)	4 (10,0%)	4 (10,0%)	NS ($p = 1,00$)
22	1 (1,6%)	3 (4,9%)	NS ($p = 0,32$)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	NS ($p = 1,00$)
23	5 (8,2%)	2 (3,3%)	NS ($p = 0,26$)	2 (5,0%)	5 (12,5%)	NS ($p = 0,26$)
24	5 (8,2%)	3 (4,9%)	NS ($p = 0,48$)	4 (10,0%)	3 (7,5%)	NS ($p = 0,71$)
25	9 (14,8%)	5 (8,2%)	NS ($p = 0,29$)	6 (15,0%)	1 (2,5%)	NS ($p = 0,06$)
26	2 (3,3%)	1 (1,6%)	NS ($p = 0,56$)	0	2 (5,0%)	NS ($p = 0,16$)
27	1 (1,6%)	1 (1,6%)	NS ($p = 1,00$)	4 (10,0%)	4 (10,0%)	NS ($p = 1,00$)
28	6 (9,8%)	7 (11,5%)	NS ($p = 0,78$)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	NS ($p = 1,00$)
29	8 (13,1%)	8 (13,1%)	NS ($p = 1,00$)	0	2 (16,7%)	NS ($p = 0,16$)
30	5 (8,2%)	3 (4,9%)	NS ($p = 0,48$)	2 (5,0%)	0	NS ($p = 0,16$)
31	5 (8,2%)	3 (4,9%)	NS ($p = 0,48$)	1 (2,5%)	4 (10,0%)	NS ($p = 0,18$)
32	12 (19,7%)	14 (23,0%)	NS ($p = 0,69$)	4 (10,0%)	4 (10,0%)	NS ($p = 1,00$)
33	9 (14,8%)	6 (9,8%)	NS ($p = 0,44$)	5 (12,5%)	2 (5,0%)	NS ($p = 0,26$)
34	9 (14,8%)	10 (16,4%)	NS ($p = 0,82$)	4 (10,0%)	2 (5,0%)	NS ($p = 0,41$)
35	8 (13,1%)	8 (13,1%)	NS ($p = 1,00$)	8 (20,0%)	5 (12,5%)	NS ($p = 0,41$)
36	5 (8,2%)	2 (3,3%)	NS ($p = 0,26$)	4 (10,0%)	2 (5,0%)	NS ($p = 0,41$)
37	5 (8,2%)	1 (1,6%)	NS ($p = 0,10$)	3 (7,5%)	5 (12,5%)	NS ($p = 0,48$)
38	7 (11,7%)	1 (1,7%)	$p = 0,03$ (ES = 0,07)	0	2 (5,0%)	NS ($p = 0,16$)
39	7 (11,5%)	5 (8,2%)	NS ($p = 0,56$)	3 (7,5%)	1 (2,5%)	NS ($p = 0,32$)
40	2 (3,3%)	3 (4,9%)	NS ($p = 0,65$)	0	4 (10,0%)	$p = 0,05$ (ES = 0,10)

ES – wielkość efektu; n^2Q – wskaźnik Serlina

W grupie badanej istotną statystycznie zmianę liczby poprawnych odpowiedzi uzyskano dla pięciu pytań na koniec cyklu edukacji zdrowotnej. Pytania te w teście wiedzy miały numery: 1, 2, 6, 18 i 38. Spośród tych pytań pierwsze trzy charakteryzowały się największą istotnością zmian w odpowiedziach (poziomy istotności obliczeniowej testu Q Cochra na dla tych pytań, odpowiednio: $p = 0,008$; $p = 0,0001$; $p = 0,02$). Istotną statystycznie zmianę w odpowiedziach, wykazaną testem Q Cochra na ($p = 0,05$), a polegającą na wzroście błędnych odpowiedzi, stwierdzono w grupie badanej dla dwudziestego pytania testu wiedzy.

W grupie odniesienia istotną statystycznie zmianę w odpowiedziach, wykazaną testem Q Cochra ($p = 0,005$), a polegającą na wzroście liczby nieprawidłowych odpowiedzi, stwierdzono w dwóch pytaniach testu wiedzy (nr 3 i 40). W grupie odniesienia dla żadnego z pytań nie wykazano istotnej statystycznie zmiany polegającej na wzroście liczby poprawnych odpowiedzi.

W tabeli 3 przedstawiono rozkład liczby pacjentów w grupie badanej i kontrolnej, u których pomiary przeprowadzono dwukrotnie, w zależności od liczby poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy zawarte w każdym pomiarze. Analizie poddano tylko mężczyzn z dwoma pomiarami. W grupie badanej dla kategorii „mniej niż 30” i „od 30 do 33” w liczbie poprawnych odpowiedzi dla drugiego pomiaru widać wyraźny spadek liczby mężczyzn zaliczonych do tych kategorii. W kategorii „poniżej 30” liczba mężczyzn zmniejszyła się z 14 do 9, a w kategorii „od 30 do 33” zmalała z 16 do 10 w drugim pomiarze.

Tabela 3. Rozkłady liczby poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej – pacjenci z dwoma pomiarami w grupie badanej i referencyjnej

Liczba poprawnych odpowiedzi	Liczba poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy			
	Grupa badana (n; %)		Grupa odniesienia (n; %)	
	Pomiar I	Pomiar II	Pomiar I	Pomiar II
<30	14; 23,0%	19; 14,8%	12; 30,0%	19; 47,5%
30–33	16; 26,2%	10; 16,4%	14; 35,0%	12; 30,0%
34–36	20; 32,8%	20; 32,8%	13; 32,5%	4; 10,0%
37–40	11; 18,0%	22; 36,1%	1; 2,5%	5; 12,5%
p^*	0,0008 (ES = 0,06)		0,59	

* Test Wilcoxon; ES – wielkość efektu; rC – wskaźnik rangowy dwuseryjny dla par dopasowanych

Dyskusja

Edukację zdrowotną definiuje się jako ciągły, dynamiczny, złożony i zaplanowany proces nauczania w różnych warunkach, także w tych specyficznych, jakimi są oddziały psychiatrii sądowej. Pacjenci izolowani od naturalnego środowiska, w którym dotychczas funkcjonowali, zmuszeni są dostosować się do nowych okoliczności. Izolacja chorego w zakładzie zamkniętym pogłębia jego niesprawność i odsuwa szanse na uczestniczenie w normalnym życiu. Szanse te zależą od przebiegu choroby, sytuacji rodzinnej i relacji w rodzinie, poziomu intelektualnego chorego, możliwości i świadomości leczenia. Doskonalenie wiedzy i umiejętności pacjentów, kształtowanie postaw i przekonań w odniesieniu do ich potrzeb i zachowań związanych ze zdrowiem w ramach pozytywnego paradygmatu zdrowia może stać się kluczowym elementem skutecznej resocjalizacji i rehabilitacji oraz przepustką na wolność [9].

Edukowanie pacjentów w schizofrenii nie tylko z zakresu zaburzenia psychicznego, ale także z zakresu zdrowego stylu życia składa się z wielowymiarowego wzorca

percepcji i działań, które są inicjowane samodzielnie i są zaangażowane w utrzymanie i promowanie zdrowia oraz samodoskonalenia. Mimo że działania te nie zawsze zapobiegają chorobom, często pomagają utrzymać lub poprawić stan zdrowia poprzez wieloaspektowe podejście, które obejmuje samorealizację i samozadowolenie. Warto zauważyć, że chociaż problemy związane z prozdrowotnym stylem życia są powszechne wśród pacjentów ze schizofrenią, to badania naukowe na ten temat są niewystarczające.

Każda osoba dotknięta zaburzeniem psychicznym ma prawo do otrzymania odpowiednich do sytuacji informacji o swojej chorobie, jej przyczynach, przebiegu i różnych możliwościach leczenia. Świadomość pacjenta jest podstawą współpracy przy podejmowaniu decyzji klinicznych i warunkiem koniecznym zachowań prozdrowotnych.

Ekspertci zauważyli, że aby zoptymalizować zdobywanie wiedzy o chorobie i zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu choroby, ustrukturyzowana edukacja powinna być oferowana przez wystarczająco długi czas, a w razie potrzeby wielokrotnie, jako część ogólnego planu leczenia. Dodatkowo wyniki badań przeprowadzonych w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wskazały, że po zakończeniu programu rehabilitacyjnego badani mieli istotnie wyższą samoocenę, niższy poziom wrogości oraz większe zaufanie w stosunku do siebie i innych ludzi. Charakteryzowali się również lepszym wglądem w motywy swoich zachowań, jak i zachowań innych osób, mieli bardziej nasiloną potrzebę opieki i współpracy, nawiązywania bliskich więzi interpersonalnych, wykazywali większą tolerancję i spontaniczność, a także lepsze przystosowanie do zmieniającej się sytuacji [10].

Podstawowym celem pobytu pacjenta w oddziale psychiatrii sądowej jest przygotowanie go do życia na wolności zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi. Wdrażanie nowoczesnych metod rehabilitacji, ukierunkowanych na potrzeby konkretnej grupy pacjentów staje się integralną częścią współpracy z pacjentem. W przeprowadzonym badaniu dowiedziono, że oddziaływania edukacyjne są skuteczne i mają dużą wartość terapeutyczną. Analiza wyników ujawniła, że istotnie poprawił się stan wiedzy medycznej pacjentów w grupie badanej po cyklu edukacji zdrowotnej, czego nie odnotowano w grupie odniesienia. Jest to dowód na efektywność oddziaływań edukacyjnych w tej grupie pacjentów i na to, że pacjenci pomimo niepełnosprawności psychicznej są w stanie przyswajać specjalistyczną wiedzę niezbędną do ich funkcjonowania.

Dostarczanie odpowiednich informacji i angażowanie pacjentów w leczenie i terapię stało się ważnym i skutecznym elementem opieki psychiatrycznej, co potwierdzają liczne badania naukowe [11–16]. Żadne z tych badań nie było jednak prowadzone na oddziałach psychiatrii sądowej ani nie dotyczyło edukacji zdrowotnej, co pozwala uznać nasz projekt za innowacyjny i otwierający nowy obszar dociekań naukowych.

Przeprowadzone badanie pokazuje, że oddziaływania edukacyjne są skuteczne w grupie pacjentów ze schizofrenią przebywających na oddziałach psychiatrii sądowej i jako takie mogą być częścią realizowanego w tych oddziałach leczenia. Ponieważ edukacja i pogłębianie wiedzy są skuteczne wśród pacjentów internowanych, programy

edukacyjne takie jak użyty w badaniu mogą stać się częścią programów rehabilitacyjnych przeznaczonych dla pacjentów psychiatrycznych na oddziałach psychiatrii sądowej, a także wszystkich pacjentów leczonych z powodu schizofrenii.

Wnioski

Programy psychoedukacji zdrowotnej są skuteczną formą oddziaływań terapeutycznych w grupie pacjentów ze schizofrenią leczonych na oddziałach psychiatrii sądowej. Fakt, że oddziaływania edukacyjne poprawiają stan wiedzy pacjenta i przyczyniają się tym samym do jego większej ogólnej świadomości życia z zaburzeniem psychicznym i wszelkimi jego konsekwencjami, daje nadzieję na poprawę funkcjonowania społecznego pacjenta, a co za tym idzie – szansę na życie zgodne z obowiązującymi normami społecznymi.

Piśmiennictwo

1. Andrade MCR, Slade M, Bandeira M, Evans-Lacko S, Martin D, Andreoli SB. *Need for information in a representative sample of outpatients with schizophrenia disorders*. Int. J. Soc. Psychiatry 2018; 64(5): 476–481. Doi: 10.1177/0020764018776350. Epub 2018 May 22. PMID: 29783875.
2. Ng RMK. *Global psychiatric education*. Int. Rev. Psychiatry 2020; 32(2): 97. Doi: 10.1080/09540261.2019.1695384. PMID: 32114873.
3. Ogórek-Tęcza B. *Edukacja terapeutyczna u osób z zaburzeniami psychosomatycznymi – scenariusze zajęć edukacyjnych*. Kraków: FALL; 2017.
4. Cylkowska-Nowak M. *Podmiotowość i autonomia odbiorcy edukacji zdrowotnej – między teorią a praktyką*. W: Cylkowska-Nowak M. red. *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu; 2008. S. 201.
5. Penney SR, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Grimbois T, Darby PL i wsp. *Changing characteristics of forensic psychiatric patients in Ontario: A population-based study from 1987 to 2012*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 54(5): 627–638. Doi: 10.1007/s00127-018-1619-6.
6. Kottrop A, Heuchemer B, Lie IP, Gumpert CH. *Evaluation of activities of daily living ability and awareness among clients in a forensic psychiatry evaluation unit in Sweden*. Br. J. Occup. Ther. 2013; 76(1): 23–30. Doi: 10.4276/030802213X13576469254658.
7. Hodgins S. *Research priorities in forensic mental health*. Int. J. Forensic Ment. Health 2002; 1(1): 7–23. Doi: 10.1080/14999013.2002.10471157.
8. Minkoff K. *Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders*. Psychiatr. Serv. 2001; 52(5): 597–599. Doi: 10.1176/appi.ps.52.5.597.
9. Bilikiewicz A. *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
10. Samochowiec J, Szulc A, Bieńkowski P, Dudek D, Gałęcki P, Heitzman J i wsp. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w sprawie metod niefarmakologicznych w leczeniu negatywnych objawów schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(4): 719–742. Doi: 10.12740/PP/Online First/135527.

11. Dubreucq J, Ycart B, Gabayet F, Perier CC, Hamon A, Llorca PM i wsp.; FACE-SZ (Fonda Mental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group. *Towards an improved access to psychiatric rehabilitation: Availability and effectiveness at 1-year follow-up of psychoeducation, cognitive remediation therapy, cognitive behavior therapy and social skills training in the Fonda Mental Advanced Centers of Expertise-Schizophrenia (FACE-SZ) national cohort*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2019; 269(5): 599–610. Doi: 10.1007/s00406-019-01001-4. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30963264.
12. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajosy M. *Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia*. Ann. Agric. Environ. Med. 2018; 25(1): 50–55. Doi: 10.5604/12321966.1233566. Epub 2017 Jan 11. PMID: 29575877.
13. Andrade MCR, Slade M, Bandeira M, Evans-Lacko S, Martin D, Andreoli SB. *Need for information in a representative sample of outpatients with schizophrenia disorders*. Int. J. Soc. Psychiatry 2018; 64(5): 476–481. Doi: 10.1177/0020764018776350. Epub 2018 May 22. PMID: 29783875.
14. Svensson K, Hagström J, Blomqvist M, Jormfeldt H. *“Waiting in the Wings” – Next-of-Kin’s Experiences of lifestyle interventions for people with schizophrenia*. Issues Ment. Health Nurs. 2020; 41(9): 832–839. Doi: 10.1080/01612840.2020.1731026. Epub May 18. PMID: 32421461.
15. Singla N, Avasthi A, Grover S. *Recovery and its correlates in patients with schizophrenia*. Asian J. Psychiatr. 2020; 52: 102162. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102162. Epub 2020 May 15. PMID: 32562926.
16. Saito M. *Improvement of medication adherence in psychiatry and mental health literacy education*. Yakugaku Zasshi. 2021; 141(4): 541–555. Japanese. Doi: 10.1248/yakushi.20-00218. PMID: 33790121.

Adres: Joanna Fojcik
e-mail: tflakier@wp.pl
Otrzymano: 18.02.2024
Zrecenzowano: 10.05.2024

Otrzymano po poprawie: 14.06.2024
Przyjęto do druku: 25.06.2024

Załącznik

Inicjały/numer pacjenta

Autorski kwestionariusz wiedzy pacjenta z zakresu edukacji zdrowotnej w oddziale psychiatrii sądowej.

1. Wyznaczanie i osiąganie celów w życiu nie jest ważne dla człowieka. Lepiej żyć z dnia na dzień.
 - a. Tak
 - b. Nie
2. Człowiek pełni kilka ról społecznych w swoim życiu. Każda z nich to określone zachowanie przypisane do danej pozycji społecznej człowieka.
 - a. Tak
 - b. Nie
3. Osoba tolerancyjna szanuje cudze uczucia, poglądy, wierzenia.
 - a. Tak
 - b. Nie
4. Istnieje ścisły związek pomiędzy nadużywaniem alkoholu a przemocą.
 - a. Tak
 - b. Nie
5. Osoby pozostające pod wpływem alkoholu częściej popełniają przestępstwa.
 - a. Tak
 - b. Nie
6. Norma społeczna to wskazówka właściwego zachowania w danej sytuacji, miejscu.
 - a. Tak
 - b. Nie
7. System wartości w życiu człowieka wyznacza kierunek podejmowanych działań.
 - a. Tak
 - b. Nie
8. Konflikty to sytuacje, na które nie mam wpływu, nie potrafię im zapobiec.
 - a. Tak
 - b. Nie
9. To, jak ukształtuje się moja przyszłość, w dużej mierze zależy ode mnie. Mam duży wpływ na to, jak będzie wyglądało moje życie.
 - a. Tak
 - b. Nie
10. Człowiek asertywny wyraża własne zdanie, uczucia, często krzywdząc przy tym inne osoby. Kieruje się dewizą – moje prawa są najważniejsze.
 - a. Tak
 - b. Nie
11. Bycie pacjentem w oddziale szpitalnym to także rola społeczna. Świadczy o tym konieczność określonego zachowania człowieka w środowisku szpitalnym.
 - a. Tak
 - b. Nie

12. Nie ma sposobu, aby poradzić sobie ze stresem. Jest to sytuacja nagła i nie mam na nią wpływu.
 - a. Tak
 - b. Nie
13. Sen, umiarkowany wysiłek fizyczny oraz zdrowa dieta mają kluczowe znaczenie dla zachowania dobrej kondycji zdrowia psychicznego.
 - a. Tak
 - b. Nie
14. Utrata kontroli nad własnym zachowaniem może prowadzić do zachowań agresywnych.
 - a. Tak
 - b. Nie
15. Obrażanie innych, obgadywanie, wyzywanie nie jest traktowane jako przemoc. Jest to sposób wyrażania swoich myśli i uczuć o innej osobie.
 - a. Tak
 - b. Nie
16. W kontaktach z innymi ludźmi pożądanym sposobem komunikowania się jest zachowanie spokoju, kontrola emocji oraz wzajemny szacunek.
 - a. Tak
 - b. Nie
17. Wygląd człowieka – jego ubiór, fryzura, makijaż u kobiety, zapach ma istotny wpływ na jego postrzeganie przez innych. Wygląd może być wizytówką zdrowia psychicznego.
 - a. Tak
 - b. Nie
18. Leki stosowane w psychiatrii są niezbędne w procesie leczenia. Gwarantują poprawę zdrowia i samopoczucia chorego.
 - a. Tak
 - b. Nie
19. Głównym powodem nawrotu choroby psychicznej jest brak kontynuacji leczenia, rezygnacja pacjenta z farmakoterapii.
 - a. Tak
 - b. Nie
20. Schizofrenia jest chorobą, na którą choruję.
 - a. Tak
 - b. Nie
21. Pacjent oddziału psychiatrii sądowej w każdej chwili może zażądać wypisu ze szpitala.
 - a. Tak
 - b. Nie
22. Detencja sądowa to przymusowy pobyt pacjenta w oddziale psychiatrii sądowej z uwagi na popełnienie przez niego czynu zabronionego w warunkach niepoczytalności.
 - a. Tak
 - b. Nie

23. Do zdrowej żywności zaliczamy produkty typu: fast food, słodczyce, słodkie napoje gazowane, tłuste wędliny.
 - a. Tak
 - b. Nie
24. Żeby zachować zdrowie, należy unikać wysiłku fizycznego, gdyż powoduje to zmęczenie i osłabienie.
 - a. Tak
 - b. Nie
25. Zasada zdrowego żywienia to 5 porcji dziennie warzyw i owoców.
 - a. Tak
 - b. Nie
26. Dobra relacja w rodzinie opiera się głównie na wzajemnym szacunku i miłości do jej członków. Wszyscy członkowie rodziny muszą dołożyć wszelkich starań, aby relacje w rodzinie były poprawne – jej członkowie powinni dbać o dobre relacje, wspierać się w trudnych chwilach, opiekować się sobą wzajemnie.
 - a. Tak
 - b. Nie
27. Współpraca z lekarzem leczącym jest fundamentem udanej terapii i leczenia zaburzeń psychicznych.
 - a. Tak
 - b. Nie
28. Pacjent w oddziale psychiatrii sądowej ma prawo do odwiedzin, niekontrolowanej korespondencji oraz przepustek.
 - a. Tak
 - b. Nie
29. Palenie tytoniu jest dozwolone w placówkach ochrony zdrowia (np. szpital).
 - a. Tak
 - b. Nie
30. Zgłębianie wiedzy o chorobie – jej objawach, leczeniu, radzeniu sobie z nią – wpłynie korzystnie na moje samopoczucie i pozwoli lepiej funkcjonować w codziennym życiu.
 - a. Tak
 - b. Nie
31. Ćwiczenia relaksacyjne (słuchanie muzyki, wizualizacja, rysunek) pomagają zredukować stres, napięcie psychiczne.
 - a. Tak
 - b. Nie
32. W komunikacji międzyludzkiej mowa niewerbalna to bezpośrednie przekazywanie informacji.
 - a. Tak
 - b. Nie
33. Stosowanie używek, np. alkoholu, narkotyków, papierosów, powoduje powstanie uzależnień, ale nie są one groźne dla człowieka.
 - a. Tak
 - b. Nie

-
34. Nowotwór płuc to choroba, której w dużej mierze człowiek może zapobiec.
 - a. Tak
 - b. Nie
 35. Urojenia to zaburzenia myślenia, np. fałszywe sądy, przekonania, odporne na wszelką argumentację i przedstawianie dowodów na ich nieprawdziwość.
 - a. Tak
 - b. Nie
 36. Schizofrenia polega na nieprawidłowym odbieraniu rzeczywistego świata.
 - a. Tak
 - b. Nie
 37. Uczucie smutku, apatia, zaburzenia snu, narastający niepokój, lęk mogą zwiastować nawrót choroby psychicznej.
 - a. Tak
 - b. Nie
 38. Opinia sądowo-psychiatryczna o stanie zdrowia pacjenta poddanego detencji sądowej jest przesyłana do sądu raz na 2 lata.
 - a. Tak
 - b. Nie
 39. Pacjent w oddziale psychiatrii sądowej powinien czynnie uczestniczyć we wszelkiego rodzaju zajęciach z rehabilitacji psychiatrycznej.
 - a. Tak
 - b. Nie
 40. Celem oddziałów psychiatrii sądowej jest przygotowanie pacjenta do życia w środowisku społecznym zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi.
 - a. Tak
 - b. Nie