

Skuteczność edukacji medycznej w schizofrenii w zależności od stanu psychicznego pacjenta i rodzaju leczenia

The effectiveness of medical education in schizophrenia depending on the mental state and type of treatment in forensic psychiatric patients

Joanna Fojcik¹, Tomasz Sobierajski², Michał Górski³, Ewa Martyniak⁴,
Agnieszka Borowska⁵, Marek Krzystanek⁴

¹ Zakład Psychiatrii, Katedra Neurologii,
Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Katowice, Polska.

² Centrum Badań Socjomedycznych, Wydział Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji,
Uniwersytet Warszawski, Warszawa, Polska

³ Katedra Chorób Przewlekłych i Zagrożeń Cywilizacyjnych. Zakład Medycyny i Higieny Pracy.
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

⁴ Katedra i Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej w Katowicach,
Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska

⁵ Górnośląskie Centrum Medyczne im. Leszka Gieca Śląskiego
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej, Polska

Summary

Aim. The main objective of the study was to answer the question of whether the clinical condition of the patient and the type of antipsychotic drug used affect the educational opportunities of patients hospitalised in forensic psychiatry departments participating in a health education programme.

Material and methods. The study was conducted at the State Hospital for the Mentally and Neurologically Ill in Rybnik in the forensic psychiatry wards and lasted from December 2019 to May 2020. During the study, patients gained knowledge of health education. The study group consisted of 67 men aged 22–73 with a diagnosis of schizophrenia. The control group consisted of 40 patients aged 23–72 with the same diagnosis who were not educated. A dual measurement method was used (before and after the health education cycle) using the CGI-S scale and a proprietary questionnaire of patients' knowledge from the applied educational programme.

Results. The study showed that the severity of mental illness symptoms had a significant impact on patients' educational opportunities. The variety of antipsychotic medications used (atypical and classic) did not affect patients' educational opportunities. In addition, the study showed that the educational level of the patients had a significant impact on their educational opportunities.

Conclusions. The effectiveness of educational interventions depends on the severity of symptoms in patients diagnosed with schizophrenia, but does not depend on the type of pharmacotherapy used.

Słowa kluczowe: schizofrenia, leczenie, nasilenie choroby

Key words: schizophrenia, treatment, disease severity

Wstęp

Edukacja pacjenta na oddziale psychiatrii sądowej polega na zamierzonym oddziaływaniu na jego osobowość przez kształtowanie zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie oraz przez przygotowanie go do współpracy i współdziałania w procesie pielęgnowania i leczenia. Dotyczy to również przekazywania pacjentowi wiedzy medycznej oraz rozwijania jego umiejętności społecznych [1, 2].

W oddziałach psychiatrii sądowej oddziaływania psychoedukacyjne, w tym edukacja zdrowotna, stosowane są wówczas, gdy stan psychiczny pacjentów jest na tyle dobry, że są oni w stanie myśleć krytycznie i rozumieć przekazywane im informacje. Proces oddziaływań edukacyjnych powinien być zatem poprzedzony analizą stanu zdrowia pacjenta, w tym m.in. oceną nasilenia zaburzeń psychicznych i skuteczności stosowanej wobec niego farmakoterapii, co pozwala na zaplanowanie działań edukacyjnych dostosowanych do aktualnych możliwości pacjenta [3–5]. Wiadomo, że potencjalne skutki uboczne leków przeciwpsychotycznych wpływają na funkcjonowanie pacjenta, przez co mogą stanowić dużą trudność w procesie edukacji [6].

Chociaż podstawą leczenia schizofrenii jest farmakoterapia, leczenie tej choroby powinno być kompleksowe i dodatkowo obejmować różne interakcje nefarmakologiczne [7]. Edukacja pacjenta jest interwencją potrzebną do zapobiegania i utrzymania zdrowia i życia pacjenta. Badania pokazują, że skuteczna profilaktyka i leczenie to dwa kluczowe czynniki, które mogą zmniejszyć obciążenie chorobą psychiczną pacjenta, jego rodziny i systemu opieki zdrowotnej [8, 9].

Pozytywny wpływ edukacji zdrowotnej wśród pacjentów internowanych na oddziałach psychiatrii sądowej na niektóre elementy jakości życia, który wykazaliśmy wcześniej, wskazuje na celowość prowadzenia programów edukacyjnych w tej populacji [1]. Na efekt tych oddziaływań mogą mieć wpływ stosowane leki przeciwpsychotyczne, a także stan psychiczny pacjenta. Dotychczas nie prowadzono badań nad wpływem leczenia przeciwpsychotycznego i stanu psychicznego pacjentów na skuteczność interwencji edukacyjnych w zakresie edukacji zdrowotnej, dlatego celem badania było określenie zależności między skutecznością edukacji medycznej, stanem psychicznym pacjenta i stosowaną u niego farmakoterapią.

Material i metody

Projekt badania i próba

Badanie przeprowadzono w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku na 5 oddziałach psychiatrii sądowej. Badanie trwało 6 miesięcy – od grudnia 2019 do maja 2020 roku. Rekrutacja uczestników badania klinicznego została przeprowadzona z uwzględnieniem kryteriów włączenia i wyłączenia. W badaniu wzięli udział mężczyźni z rozpoznaniem schizofrenii, przebywający w momencie rozpoczęcia badania na oddziale psychiatrii sądowej, wobec których orzeczono tzw. detencję sądową. Płeć męska oraz diagnoza schizofrenii stanowiły podstawę włączenia do grupy badanej, jak i do grupy odniesienia. Wybór takiej kohorty pacjentów sprawił, że zrekrutowana grupa uczestników badania była jednorodna, nie zawierała przypadków wyjątkowych, a jej charakterystyka odpowiadała populacji pacjentów leczonych na oddziałach psychiatrii sądowej. 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 22–73 lat z rozpoznaniem schizofrenii, którzy w okresie 6 miesięcy uczestniczyli w programie edukacyjnym. Grupę odniesienia stanowiło 48 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, w podobnym wieku do pacjentów z grupy badanej, również przebywających na oddziale psychiatrii sądowej. Wśród pacjentów z grupy odniesienia nie prowadzono działań z zakresu edukacji zdrowotnej, dzięki czemu możliwe było określenie, jak wpływają one na badane parametry.

Pacjenci uczestniczący w badaniu (zarówno grupa badana, jak i grupa odniesienia) byli oceniani dwukrotnie za pomocą tych samych skal klinicznych, w odstępie 6 miesięcy. Analiza statystyczna wykazała, że grupy badana i odniesienia nie różniły się w sposób istotny statystycznie (tab. 1).

Uczestnicy, którzy nie ukończyli całego cyklu edukacyjnego lub też z innych powodów nie ukończyli badania (np. wypis z oddziału podczas trwania programu), zostali wykluczeni z badania: w grupie badanej było to 6 pacjentów, a w grupie odniesienia 8 pacjentów. Z tego też powodu w ostatecznych analizach porównawczych nie ujęto tych osób.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna respondentów – porównanie różnic między badanymi grupami

Zmienna	Ogółem n; % 115; 100%			p-wartość*
		Grupa badana n; % 67; 100%	Grupa odniesienia n; % 48; 100%	
Wiek				
<25	5; 4,4%	2; 2,9%	3; 6,2%	0,31*
25–35	29; 25,2%	19; 28,4%	10; 20,8%	
36–45	29; 25,2%	19; 28,4%	10; 20,8%	
46–55	23; 20,0%	14; 20,9%	9; 18,8%	
56–65	23; 20,0%	10; 14,9%	13; 27,2%	
>65	6; 5,2%	3; 4,5%	3; 6,2%	
Stan cywilny				
Stanu wolnego	93; 80,9%	56; 83,6%	37; 77,1%	0,13**
Żonaty	6; 5,2%	1; 1,5%	5; 10,4%	
Rozwiedziony	16; 13,9%	10; 14,9%	6; 12,5%	
Miejsce zamieszkania				
Mieszka sam	50; 43,5%	25; 37,3%	25; 52,1%	0,23**
Mieszka z rodziną	56; 48,7%	35; 52,2%	21; 43,8%	
Opieka instytucjonalna	9; 7,8%	7; 10,4%	2; 4,2%	
Wykształcenie				
Brak	3; 2,6%	2; 3,0%	1; 2,1%	0,07**
Podstawowe	23; 20,0%	13; 19,4%	10; 20,8%	
Gimnazjalne	8; 7,0%	3; 4,5%	5; 10,4%	
Zawodowe	47; 40,9%	22; 32,8%	25; 52,1%	
Średnie	28; 24,3%	23; 34,3%	5; 10,4%	
Wyższe	6; 5,2%	4; 6,0%	2; 4,2%	
Czas pobytu pacjenta w oddziale				
Do 1 roku	28; 24,3%	21; 31,3%	7; 14,6%	0,31**
1–3 lat	46; 40,0%	25; 37,3%	21; 43,8%	
4–5 lat	20; 17,4%	7; 10,4%	13; 27,1%	
6–9 lat	10; 8,7%	6; 9,0%	4; 8,3%	
>9 lat	11; 9,6%	8; 11,9%	3; 6,3%	
Przyjmowane leki przeciwpsychotyczne				
Klasyczne	29; 25,2%	13; 19,4%	16; 33,3%	0,13**
Atypowe	86; 74,8%	54; 80,6%	32; 66,7%	

* Test *t*-Studenta; ** Test χ^2 z korektą Yatesa

Program edukacyjny

W trakcie badania pacjenci z grupy badanej zdobywali wiedzę i kompetencje społeczne podczas wykładów z zakresu szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej w ramach specjalnie opracowanego na potrzeby badania programu edukacji zdrowotnej. Opracowany program edukacyjny stanowił następnie podstawę do oceny wpływu stanu klinicznego pacjentów oraz stosowanego leku przeciwpsychotycznego na interwencje edukacyjne.

Program edukacji był realizowany w formie wykładów (40 spotkań), które były prowadzone przez specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wykłady odbywały się dwa razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy. Zagadnienia edukacyjne zawarte zostały w 5 modułach: edukacja w zakresie życia społecznego pacjenta, zdrowia psychicznego (dwa moduły), zdrowego stylu życia oraz funkcjonowania pacjenta na oddziale psychiatrii sądowej. W każdym module zawarto 8 tematów ściśle związanych z konkretnym modułem, m.in.: normy i role społeczne, wartości w życiu człowieka, rodzina jako wartość, autodiagnoza własnych umiejętności i ograniczeń, rozwiązywanie konfliktów, cele życiowe, analiza sytuacji trudnych dla człowieka (np. stresu, agresji, przemocy), schizofrenia jako choroba, leczenie przeciwpsychotyczne, rehabilitacja psychiatryczna, używki, aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, higiena ciała, nadwaga i otyłość, samokontrola zdrowia, pierwsza pomoc, aspekty prawne detencji sądowej, zagadnienia z zakresu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, praw pacjenta i przymusu bezpośredniego.

Autorski program edukacji zdrowotnej miał wyposażyć pacjenta w niezbędne wiadomości na temat zdrowia i choroby, ale także miał dostarczyć informacji niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania pacjenta w społeczeństwie.

Pomiary za pomocą skal przeprowadzono u każdego pacjenta biorącego udział w badaniu przed rozpoczęciem oddziaływań edukacyjnych oraz po ich zakończeniu, po 6 miesiącach.

Narzędzia pomiarowe

Podczas badania pacjenci byli dwukrotnie oceniani za pomocą skali *Clinical Global Impression – Severity* (CGI-S). CGI-S to 7-punktowa skala używana przez lekarza do oceny nasilenia objawów choroby psychicznej. Skala ta została wykorzystana w badaniu do monitorowania stanu zdrowia pacjenta podczas badania poprzez ocenę nasilenia choroby psychicznej przed programem i po programie edukacyjnym zastosowanym w badaniu. Skala CGI-S ocenia subiektywne wrażenie kliniczne badacza, a ocena opiera się na globalnej ocenie zaobserwowanych i zgłoszonych objawów, zachowań i funkcjonowania pacjenta, a nie na ocenie poszczególnych objawów.

Warunkiem udziału pacjentów w badaniu był stabilny, czyli niezmienny w czasie, stan psychiczny i wykluczenie wpływu leków przeciwpsychotycznych na efekty prowadzonego cyklu edukacyjnego. Żeby osiągnąć ten cel, do badania kwalifikowani byli pacjenci, u których od co najmniej 6 miesięcy nie dokonywano zmian w leczeniu przeciwpsychotycznym. Pacjenci mogli przyjmować leki dodatkowe, w tym

również przeciwpsychotyczne, pod warunkiem że były one stosowane w dawkach subterapeutycznych w leczeniu schizofrenii.

Rodzaj zleconego leku przeciwpsychotycznego u pacjenta był przyporządkowany do danej grupy leków (atypowe lub klasyczne) i monitorowany przez cały okres badania. Analiza tych danych miała potwierdzić hipotetyczną przewagę leków atypowych nad typowymi w kontekście mniejszej liczby działań niepożądanych mających ewentualny wpływ na proces uczenia się pacjentów – co nie znalazło potwierdzenia w badaniu. Zakładano, że leki przeciwpsychotyczne o łagodnym profilu działań niepożądanych mogą mieć przewagę w tym procesie. W razie stosowania kilku leków przeciwpsychotycznych u pacjenta decydującym kryterium włączenia do danej grupy lekowej był lek wiodący w leczeniu danego pacjenta.

Wiodący lek w leczeniu to lek podawany stale podczas trwania badania, który został dobrany ze względu na diagnozę pacjenta – w badaniu były to leki z grupy leków przeciwpsychotycznych; lek drugorzędny (dodatkowy, niezwiązany z przyczynowym leczeniem schizofrenii) to lek przeciwpsychotyczny, który został dodatkowo zlecony podczas trwania badania jako lek objawowy do korekcji bezsenności albo niepokoju i był przyjmowany w dawce poniżej dawki terapeutycznej stosowanej w leczeniu schizofrenii. W grupie badanej liczba pacjentów przyjmujących jeden lek przeciwpsychotyczny to 21 osób, a więcej niż jeden lek to 46 pacjentów. W grupie odniesienia liczba pacjentów przyjmujących jeden lek przeciwpsychotyczny to 22 osoby, a więcej niż jeden lek to 26 pacjentów. W trakcie leczenia jednocześnie stosowało neuroleptyki klasyczne i atypowe 26 pacjentów z grupy badanej i 18 pacjentów z grupy odniesienia.

Leki stosowane w grupie badanej to: rysperydon, olanzapina, klozapina, arypiprazol, kwetiapina, chlorprotiksen, amisulpryd, lewomepromazyna, promazyna, haloperydol, sulpiryd, perazyna, klopiksol. Leki stosowane w grupie odniesienia to: perazyna, rysperydon, lewomepromazyna, olanzapina, klozapina, amisulpryd, arypiprazol, haloperydol, klopiksol, kwetiapina.

Ocenę efektów edukacji zdrowotnej przeprowadzono za pomocą testu wiedzy wykonanego dwukrotnie – przed cyklem i po cyklu edukacyjnym. Test wiedzy przeprowadzony przed cyklem wykładów edukacyjnych miał na celu ocenę wyjściowego poziomu wiedzy pacjentów na tematy, które pojawią się w cyklu wykładów. Po zakończeniu cyklu wykładów ponownie przeprowadzono ten sam test wiedzy i na tej podstawie możliwe było określenie ewentualnego wzrostu wiedzy pacjentów biorących udział w badaniu.

Analiza statystyczna

W obliczeniach statystycznych oceniano różnicę w punktacji CGI-S między drugim a pierwszym pomiarem w grupie badanej i w grupie odniesienia, liczbę poprawnych odpowiedzi w obu grupach oraz wpływ wieku i płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, aktywności zawodowej, długości pobytu na oddziale, a także rodzaju stosowanego leku na skuteczność programu edukacyjnego. Leki analizowano w dwóch kategoriach, takich jak: klasyczne (perazyna, haloperydol,

lewomepromazyna, sulpiryd) oraz atypowe leki przeciwpsychotyczne (arypiprazol, klozapina, rysperydon, olanzapina, amisulpryd).

Analizy statystyczne przeprowadzono w programie IBM SPSS Statistics 28.0.1.0. Dane dotyczące wszystkich wyników przedstawiono dla wszystkich uczestników. Zależność między zmiennymi oceniano za pomocą testu Chi-kwadrat z poprawką Yatesa. Odpowiedzi na pytania przedstawiono za pomocą całkowitej liczby respondentów (n) i częstości (%). Dla wszystkich analiz poziom $p < 0,05$ uznano za istotny statystycznie.

Dla istotnych wyników uzyskanych w testach statystycznych obliczono wielkości efektu w postaci wskaźnika charakterystycznego dla danego testu. Wskaźnikami tymi były:

1. ω^2 dla czynników jakościowych w testach ANCOVA i ANOVA,
2. ϕ Yule'a dla dokładnego testu Fishera,
3. $\eta^2 Q$ Serlina, Carra i Marascuila dla testu Q Cochрана,
4. rC dopasowany współczynnik korelacji biseryjnej rang dla testu Wilcoxona.

Przyjęto następujące wartości progowe dla obliczonych wskaźników:

1. ω^2 : 0,01 – mały efekt; 0,06 – umiarkowany efekt; 0,14 – duży efekt,
2. ϕ , $\eta^2 Q$ i rC : 0,10 – mały efekt; 0,30 – umiarkowany efekt; 0,50 – duży efekt.

Przeprowadzono analizę wariancji (ANOVA) lub analizę kowariancji (ANCOVA) w celu ustalenia, czy czynniki podane w charakterystyce grup korelują z wiedzą pacjentów na temat edukacji zdrowotnej. Dla tych liczb poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy, dla których stwierdzono korelację z innymi niezależnymi wielkościami, przeprowadzono analizę kowariancji (ANCOVA); w sytuacjach, w których nie stwierdzono takiej korelacji, przeprowadzono analizę wariancji (ANOVA). Czynniki jakościowymi były wielkości opisujące charakterystykę grup (stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie itp.). Zastosowano również test kolejności par Wilcoxona (próby sparowane).

Względy etyczne

Każdy pacjent wyraził świadomą zgodę na wypełnienie ankiety, a badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (kod protokołu PCN/0022/KB/133/20 z 13.08.2020 r.).

Wyniki

Globalna skala wrażenia klinicznego – Nasilenie (CGI-S)

Rozkład liczby pacjentów z oceną stanu klinicznego w pierwszym i drugim pomiarze dla grupy badanej i grupy odniesienia przedstawiono w tabeli 2. W pierwszym pomiarze w obu grupach dominowali pacjenci z umiarkowanym nasileniem zaburzeń schizofrenicznych. W grupie badanej było to 26 mężczyzn (38,8% grupy), a w grupie odniesienia – 18 (37,5% grupy). Ciężkie i bardzo ciężkie nasilenie schizofrenii wy-

stąpiło u 2 pacjentów z grupy badanej (3,0% grupy) dla każdej z tych ocen. W grupie odniesienia najcięższe zaburzenia były określane jako „ciężkie” i występowały u 4 mężczyzn (8,3% grupy). Do celów analizy statystycznej, ze względu na pojedyncze liczby, kategorie „minimalne nasilenie” i „łagodne nasilenie” zostały połączone, a kategorie „znaczne”, „ciężkie” i „bardzo ciężkie” zostały połączone w jedną kategorię. Test CHI^2 z poprawką Yatesa nie wykazał statystycznie istotnej różnicy w rozkładach ($p = 0,45$).

W grupie badanej w drugim pomiarze wzięło udział 61 mężczyzn, a w grupie referencyjnej – 40. Wśród 61 pacjentów w grupie badanej przeważały umiarkowane oceny nasilenia zaburzeń schizofrenicznych ($n = 32$; 52,5% grupy), a wśród 40 mężczyzn w grupie odniesienia najwięcej było mężczyzn z łagodnym nasileniem schizofrenii ($n = 14$; 35% grupy). W analizie statystycznej, ze względu na pojedyncze liczby, kategorie „nie występuje”, „minimalne” i „łagodne” zostały połączone w jedną kategorię oceny: „znaczne nasilenie” i „poważne nasilenie”. Test CHI^2 z poprawką Yatesa nie wykazał statystycznie istotnej różnicy w rozkładach ($p = 0,13$).

Tabela 2. Rozkłady skali CGI-S oceny stanu klinicznego pacjentów w dwóch pomiarach w grupie badanej i grupie referencyjnej

Wyszczególnienie	Ocena stanu klinicznego pacjentów – skala CGI-S			
	Pomiar I**		Pomiar II***	
	Grupa badana (n; %)	Grupa odniesienia (n; %)	Grupa badana (n; %)	Grupa odniesienia (n; %)
1 – nie występuje	0; 0%	0; 0%	1; 1,6%	0; 0%
2 – minimalne nasilenie	6; 9%	2; 4,2%	2; 3,3%	0; 0%
3 – łagodne nasilenie	18; 26,9%	11; 22,9%	10; 16,4%	14; 35%
4 – umiarkowane nasilenie	26; 38,8%	18; 37,5%	32; 52,5%	13; 32,5%
5 – znaczne nasilenie	13; 19,4%	13; 27,1%	14; 23,0%	13; 32,5%
6 – ciężkie nasilenie	2; 3%	4; 8,3%	2; 3,3%	0; 0%
7 – bardzo ciężkie nasilenie	2; 3%	0; 0%	0; 0%	0; 0%
p^*	0,45		0,13	

* Test CHI^2 z poprawką Yatesa

** Do celów analizy statystycznej połączone kategorie 2 i 3 oraz kategorie 5, 6 i 7.

*** Do analizy statystycznej połączone kategorie 1, 2 i 3 oraz kategorie 5 i 6.

Tabela 3 przedstawia rozkład indywidualnych zmian pomiędzy miarami nasilenia objawów schizofrenii w skali CGI-S. Zmiany są wyrażone różnicą w skali CGI-S między drugim a pierwszym pomiarem, a ujemne wartości zmian wskazują na poprawę stanu klinicznego. W badanej grupie 61 pacjentów 16 (26,2%) doświadczyło poprawy stanu klinicznego. W grupie badanej 24 mężczyzn (39,3% grupy) nie wykazało zmiany stanu klinicznego po 6 miesiącach, a pogorszenie stanu klinicznego zaobserwowano

u 21 pacjentów (34,3%). W grupie odniesienia w drugim pomiarze u 20 pacjentów (50%) stan kliniczny nie uległ zmianie, u 11 (27,5%) się poprawił, a u 9 (22,5%) pogorszył. Test kolejności par Wilcozona w obrębie każdej z uzyskanych grup wyników nie wykazał istotnych statystycznie indywidualnych zmian w wartościach skali oceny stanu klinicznego CGI-S (grupa badana: $p = 0,50$; grupa odniesienia: $p = 0,58$). Nie stwierdzono również istotnej statystycznie różnicy w rozkładzie poszczególnych zmian między grupą badaną a grupą odniesienia (test CHI^2 z poprawką Yatesa: $p = 0,40$).

Tabela 3. Rozkład poszczególnych zmian w punktach skali CGI-S pomiędzy drugim a pierwszym pomiarem w grupie badanej i w grupie odniesienia

Zmiana punktów (kategorii) skali CGI-S (wynik pomiaru II – wynik pomiaru I)	Grupa badana ($n = 61$; 100%)	Grupa odniesienia ($n = 40$; 100%)
-3 [#]	1 (1,6%)	0
-2 [#]	3 (4,9%)	1 (2,5%)
-1	12 (19,7%)	10 (25,0%)
0	24 (39,3%)	20 (50,0%)
1	16 (26,2%)	9 (22,5%)
2 [*]	4 (6,6%)	0
3 [*]	1 (1,6%)	0
Test Wilcozona istotności zmian w grupie	NS ($p = 0,50$)	NS ($p = 0,58$)
Test CHI^2 z poprawką Yatesa porównania rozkładów między grupami	NS ($p = 0,40$)	

Uwaga: dla kategorii testowych CHI^2 /# połączonych w jedną kategorię, jak również /* połączonych w jedną kategorię.

Podsumowano wyniki analiz kowariancji (ANCOVA) i wariancji (ANOVA) dla wyników pierwszego i drugiego pomiaru w grupie badanej i w grupie odniesienia. Podano poziom istotności dla poszczególnych efektów wnoszonych do zmiennej zależnej (liczba poprawnych odpowiedzi na pytania testowe) przez analizowane pary zmiennych dla analiz ANCOVA oraz dla zmiennej jakościowej w analizie ANOVA. Wśród czynników jakościowych istotny wpływ na liczbę poprawnych odpowiedzi stwierdzono dla wykształcenia i skali CGI-S w obu pomiarach grupy badanej. Z analizy wynika również, że rodzaj stosowanego leku przeciwpsychotycznego nie miał istotnego znaczenia w korelacji z liczbą poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy. Natomiast we wszystkich analizach w grupie odniesienia nie zaobserwowano efektu interakcji z poszczególnymi czynnikami jakościowymi. Szczegółowe podsumowanie wyników analiz ANCOVA i ANOVA przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki ANCOVA (pomiar I) i ANOVA (pomiar II) liczby poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy w odniesieniu do wieku życia i czynników jakości wśród pacjentów z grupy badanej i grupy odniesienia z dwoma pomiarami (dla testu ANCOVA predyktor = wiek)

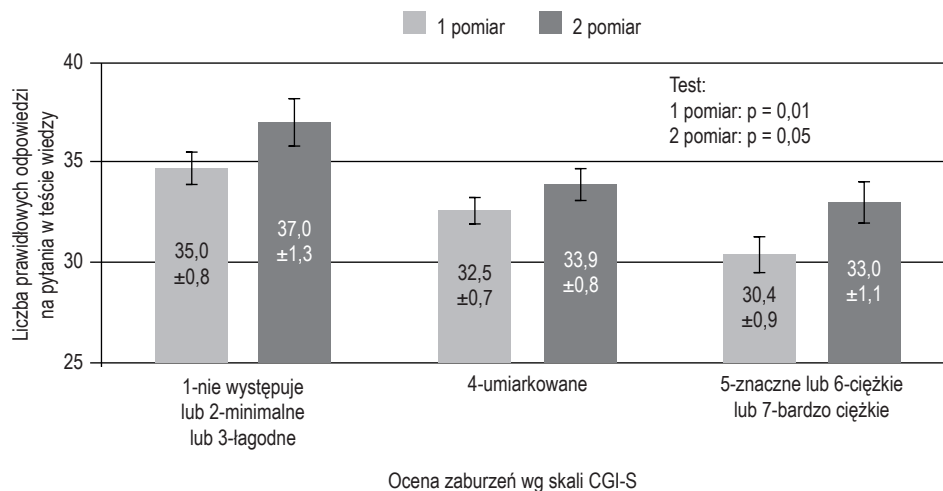
Predyktor ilościowy = wiek/ czynnik jakościowy	Grupa badana (n = 61)		(Grupa odniesienia n = 40)	
	Pomiar I	Pomiar II	Pomiar I	Pomiar II
Wiek	p = 0,002	–	p = 0,05	–
Stan cywilny	NS (p = 0,60)	NS (p = 0,36)	NS (p = 0,20)	NS (p = 0,12)
Wiek	p = 0,008	–	p = 0,05	–
Miejsce zamieszkania	NS (p = 0,94)	NS (p = 0,86)	NS (p = 0,19)	NS (p = 0,06)
Wiek	p = 0,002	–	p = 0,05	–
Wykształcenie	p = 0,01 (ES = 0,11)	p = 0,009 (ES = 0,12)	NS (p = 0,50)	NS (p = 0,64)
Wiek	p = 0,003	–	NS (p = 0,07)	–
Aktywność zawodowa	NS (p = 0,23)	NS (p = 0,40)	NS (p = 0,41)	NS (p = 0,65)
Wiek	p = 0,007	–	p = 0,05	–
Czas pobytu w oddziale	NS (p = 0,65)	NS (p = 0,34)	NS (p = 0,79)	NS (p = 0,35)
Wiek	p = 0,008	–	p = 0,05	–
Skala CGI-S	p = 0,01 (ES = 0,11)	p = 0,05 (ES = 0,08)	NS (p = 0,80)	NS (p = 0,92)
Wiek	p = 0,003	–	p = 0,05	–
Rodzaj stosowanego leku przeciwpsychotycznego	NS (p = 0,36)	NS (p = 0,61)	NS (p = 0,55)	NS (p = 0,74)

ES = wielkość efektu; ω^2 – wskaźnik

Wyniki przedstawione na rysunku 1 pokazują, że wraz ze wzrostem nasilenia zaburzeń klinicznych liczba poprawnych odpowiedzi spada zarówno w pierwszym, jak i w drugim pomiarze. Średnie wartości z błędami standardowymi wahały się od $35,0 \pm 0,8$ przez $32,5 \pm 0,7$ do $30,4 \pm 0,9$ w pierwszym pomiarze i od $37,0 \pm 1,3$ przez $33,9 \pm 0,8$ do $33,0 \pm 1,1$ w drugim pomiarze. Wyniki te wskazują, że wraz ze wzrostem nasilenia zaburzeń psychicznych u pacjentów obserwuje się gorszy efekt interwencji w zakresie edukacji zdrowotnej.

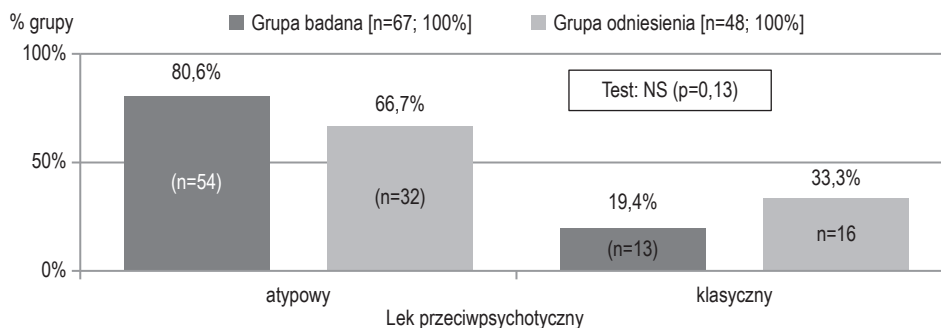
Rodzaj leku przeciwpsychotycznego

W grupie badanej 54 mężczyzn (80,6% grupy) było leczonych atypowym lekiem przeciwpsychotycznym, a 13 (19,4% grupy) lekiem przeciwpsychotycznym pierwszej generacji. W grupie odniesienia liczby te wynosiły odpowiednio: 32 (66,7% grupy) i 16 (33,3% grupy) (rys. 2). Różnica w rozkładach nie była istotna statystycznie na poziomie istotności $p = 0,05$ (test χ^2 z poprawką Yatesa; $p = 0,13$). Również wyniki



Rysunek 1. Średnie wartości liczby poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy wśród pacjentów z grupy badanej w pierwszym i drugim pomiarze w zależności od oceny zaburzeń według skali CGI-S (wraz z błędem standardowym średniej)

przedstawione w tabeli 4 wskazują, że rodzaj stosowanego leku przeciwpsychotycznego nie miał istotnego wpływu na liczbę poprawnych odpowiedzi na pytania testu wiedzy.



Rysunek 2. Leki przeciwpsychotyczne stosowane przez pacjentów w grupie badanej i w grupie odniesienia

Test wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej

W tabeli 5 ujęto występowanie prawidłowych odpowiedzi na pytania testu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej w pierwszym i drugim pomiarze wśród mężczyzn grupy badanej i grupy kontrolnej. Do statystycznego porównania między grupami zastosowano test dokładny Fishera.

W pomiarze drugim, czyli po zakończeniu cyklu edukacji zdrowotnej, stwierdzono istotne statystycznie różnice częstości udzielonych prawidłowych odpowiedzi dla trzynastu pytań ankiety. Dla tych wszystkich pytań większa częstość odpowiedzi prawidłowych wystąpiła w grupie badanej, a wyniki te osiągnęły istotność statystyczną.

Tabela 5. **Prawidłowe odpowiedzi na pytania testu wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej pacjentów w grupie badanej i w grupie odniesienia dla dwóch pomiarów**

Nr pytania	Pomiar I			Pomiar II		
	Grupa badana (n = 67; 100%)	Grupa odniesienia (n = 48; 100%)	Test dokładny Fishera	Grupa badana (n = 61; 100%)	Grupa odniesienia (n = 40; 100%)	Test dokładny Fishera
1	43 (64,2%)	31 (64,6%)	NS (p = 0,56)	49 (80,3%)	20 (50,0%)	p = 0,001
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
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
6	54 (80,6%)	41 (85,4%)	NS (p = 0,34)	58 (95,1%)	33 (82,5%)	p = 0,04
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
9	59 (88,1%)	39 (81,3%)	NS (p = 0,23)	58 (95,1%)	29 (72,5%)	p = 0,002
10	37 (55,2%)	22 (45,8%)	NS (p = 0,21)	37 (60,7%)	15 (37,5%)	p = 0,02
11	57 (85,1%)	39 (81,3%)	NS (p = 0,38)	55 (90,2%)	34 (85,0%)	NS (p = 0,32)
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	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
15	43 (64,2%)	24 (50,0%)	NS (p = 0,10)	39 (63,9%)	15 (37,5%)	p = 0,008
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
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	57 (93,4%)	36 (90,0%)	NS (p = 0,39)
20	62 (92,5%)	33 (68,8%)	p = 0,001	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
22	66 (98,5%)	42 (87,5%)	p = 0,02	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
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	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	59 (96,7%)	33 (82,5%)	p = 0,02
28	53 (79,1%)	38 (79,2%)	NS (p = 0,59)	47 (77,1%)	32 (80,0%)	NS (p = 0,46)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

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
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)

Stan ogólnej wiedzy mężczyzn w zakresie edukacji zdrowotnej oceniono jako sumaryczną liczbę prawidłowych odpowiedzi na wszystkie pytania testu. Parametry statystyki opisowej liczby prawidłowych odpowiedzi w pierwszym i drugim pomiarze w grupie badanej i w grupie odniesienia ujęto w tabeli 6.

Test *U* Manna-Whitneya nie wykazał istotnej statystycznie różnicy wyników między grupami dla pierwszego pomiaru, natomiast dla drugiego pomiaru uzyskano istotność statystyczną na poziomie $p = 0,00001$. Test Wilcoxona porównania wyników z dwóch pomiarów wykazał istotną statystycznie różnicę dla grupy badanej ($p = 0,0008$). W grupie odniesienia takiej różnicy nie wykazał. Na podstawie tych analiz stwierdzamy, że istotnie poprawił się stan wiedzy medycznej pacjentów w grupie badanej po cyklu edukacji zdrowotnej.

Tabela 6. Statystyka opisowa liczby prawidłowych odpowiedzi w teście wiedzy wśród pacjentów z grupy badanej i z grupy odniesienia dla pierwszego i drugiego pomiaru

Parametr statystyczny	Pomiar I		Pomiar II	
	Grupa badana	Grupa odniesienia	Grupa badana	Grupa odniesienia
Liczebność	67	48	61	40
Średnia	32,9	31,2	34,3	30,5
Odchylenie standardowe	4,0	5,1	4,6	4,3
Minimum	19	19	17	22
25 percentyl (kwartył dolny)	30	29	32	28
50 percentyl (mediana)	34	32	35	31
75 percentyl (kwartył górny)	36	35	37	33
Maksimum	40	40	40	39

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Test normalności rozkładu Kolmogorowa-Smirnowa	$p < 0,01$	NS ($p > 0,20$)	$p < 0,005$	NS ($p > 0,20$)
Test U Manna-Whitneya porównania między grupami	NS ($p = 0,09$)		$p = 0,00001$	
Test Wilcoxon na kolejności par dla zmian w grupie	Grupa badana: $p = 0,0008$ Grupa odniesienia: NS ($p = 0,59$)			

Dyskusja

Edukacja pacjentów ze schizofrenią nie tylko na temat choroby psychicznej, ale także zdrowego stylu życia składa się z wielowymiarowego wzorca percepcji i działań, które są samodzielnie inicjowane i zaangażowane w utrzymanie i promowanie zdrowia oraz w samodoskonalenie. Chociaż działania te nie zawsze zapobiegają chorobom, często pomagają utrzymać lub poprawić stan zdrowia, dlatego na oddziałach psychiatrii sądowej edukacja zdrowotna jest ważnym elementem całego procesu rehabilitacji. Programy edukacyjne mogą być profilowane pod kątem określonych zaburzeń psychicznych. Ponieważ wiadomo, że objawy schizofrenii są związane z cechami socjodemograficznymi, klinicznymi, genetycznymi i środowiskowymi, niektóre cechy kliniczne powinny być zatem brane pod uwagę przy ocenie pacjenta w planowaniu odpowiednich strategii jego rehabilitacji [10–13].

Badanie wykazało, że czynnikami istotnie wpływającymi na skuteczność programu edukacji były wykształcenie oraz nasilenie objawów choroby. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrasta wiedza pacjentów w zakresie edukacji zdrowotnej, natomiast wraz ze wzrostem stopnia nasilenia zaburzeń spada ich poziom wiedzy w zakresie edukacji zdrowotnej. Uzyskane wyniki wskazują zatem, że poziom nasilenia objawów choroby psychicznej ma negatywny wpływ na możliwości edukacyjne pacjentów. Jak dowiedziono we wcześniejszych badaniach, po cyklu edukacji zdrowotnej stan wiedzy pacjentów się poprawia, co potwierdza skuteczność tych działań w tej grupie pacjentów [1].

Nasilenie zaburzeń psychicznych u pacjentów utrudnia proces uczenia się i zapamiętywania, co wykazano w innych badaniach naukowych. Upośledzenie funkcji poznawczych jest obecne w większości zaburzeń psychicznych i wiąże się również z upośledzeniem funkcjonowania u osób z chorobami psychicznymi. Schizofrenia wiąże się m.in. z zaburzeniami pamięci, które wpływają na pacjentów w ich codziennym życiu [14]. Badania nad schizofrenią wykazały dysfunkcje pamięci roboczej, uwagi, szybkości przetwarzania, uczenia się wzrokowego i werbalnego ze znacznymi deficytami w rozumowaniu, planowaniu, myśleniu abstrakcyjnym i rozwiązywaniu problemów. Upośledzona jest również zdolność do prawidłowego przetwarzania informacji i wykorzystywania ich do generowania odpowiednich reakcji na konkretne sytuacje. W związku z tym zaleca się wdrożenie określonych strategii terapeutycznych w schizofrenii, takich jak psychoedukacja, farmakoterapia, psychoterapia, trening

umiejętności społecznych, w celu poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia niepełnosprawności spowodowanej chorobą psychiczną [15].

Badania naukowe podają, że rozkład stosowanych leków przeciwpsychotycznych wśród pacjentów chorujących na schizofrenię wskazuje na korzyści wynikające ze stosowania leków atypowych. Z jednej strony wyniki te potwierdzają obserwacje kliniczne, które mówią o tym, że atypowe leki przeciwpsychotyczne są skuteczne w zwalczaniu objawów psychotycznych schizofrenii i w porównaniu z lekami przeciwpsychotycznymi pierwszej generacji charakteryzują się preferencyjnym profilem tolerancji [16, 17]. Z drugiej strony wpływ atypowych leków przeciwpsychotycznych na poprawę deficytów poznawczych jest niewielki lub niejasny, co wskazuje na potrzebę stosowania innych metod poprawy funkcjonowania poznawczego pacjentów ze schizofrenią, np. interwencji edukacyjnych [18].

Jak wskazują uzyskane w naszym badaniu wyniki, rodzaj leczenia przeciwpsychotycznego nie ma istotnego wpływu na proces interwencji edukacyjnych. Wykazano zatem, że działania edukacyjne mogą być skuteczne także u osób leczonych klasycznymi lekami przeciwpsychotycznymi, co ma istotne znaczenie dla prowadzenia programów edukacyjnych wśród pacjentów leczonych lekami przeciwpsychotycznymi. Może to ponadto wskazywać, że możliwość poprawy wiedzy pacjentów jest niezależna od rodzaju leku, a jedynie od skuteczności leczenia schizofrenii, a sama edukacja może być elementem terapii. Poprawa poziomu wiedzy pacjentów zatem przypuszczalnie może stać się elementem kompleksowej rehabilitacji i leczenia pacjentów psychiatrycznych.

Każde oddziaływanie psychospołeczne, a także rehabilitacja, neutralizuje przyczyny wycofywania się pacjentów z życia społecznego i uczy ich powrotu do sytuacji, w której mogliby prawidłowo funkcjonować w swoim środowisku. Promowanie dobrego zdrowia psychicznego jest szczególnie ważne, ponieważ prowadzi do zwiększenia dobrostanu, kompetencji i odporności oraz powoduje, że pacjenci poprawiają i kontrolują swoje zdrowie psychiczne [19]. W odniesieniu do grupy pacjentów oddziałów psychiatrii sądowej informacje te stanowią istotną wskazówkę w procesie terapii i leczenia.

Warto nadmienić, że niemal wszyscy pacjenci oddziałów psychiatrii sądowej uczestniczący w programie edukacyjnym, niezależnie od trudności związanych z ich zdrowiem psychicznym, ukończyli cały cykl szkoleniowy pomimo jego długiego, sześciomiesięcznego czasu trwania. Program edukacyjny spotkał się z dużym zainteresowaniem pacjentów i został przez nich oceniony bardzo pozytywnie [20]. Pokazuje to, że programy edukacyjne nie tylko realizują cele systemu ochrony zdrowia, poprawiając funkcjonowanie pacjentów, ale też odpowiadają na ich osobistą potrzebę poszerzania wiedzy i rozwoju.

Badanie ma jednak kilka ograniczeń. Analiza stosunkowo niewielkiej i zamkniętej populacji pozwoliła na precyzyjne śledzenie zachodzących w niej zmian, lecz wyniki należy z dużą ostrożnością przenosić na większą grupę pacjentów. Na wyniki uzyskane w badaniu mogły mieć wpływ inne czynniki poza wdrożonym programem edukacyjnym, których nie uwzględniono w analizach, takie jak nasilenie psychopatologii, obecność innej choroby przewlekłej u pacjenta, wystąpienie niepożądanych działań leków itp. Ocena wpływu tych czynników może być tematem kontynuacji tych badań.

Analizę przeprowadzono, porównując leki przeciwpsychotyczne pierwszej i drugiej generacji. Nie dokonano analizy porównawczej leków przeciwpsychotycznych w kontekście konkretnych preparatów ze względu na ich różnorodność. Z tego powodu zdecydowano się na pogrupowanie leków i porównanie dwóch grup: leków klasycznych i atypowych.

Istotnym ograniczeniem pracy był brak oceny, czy tematy edukacyjne ujęte w oryginalnym programie były kompleksowe lub nie zawierały zbędnych elementów. Takich samych lub podobnych badań nie znaleziono w piśmiennictwie, dlatego przeprowadzone badanie ma charakter pionierski i może stać się przedmiotem takich porównań w innych, kolejnych badaniach. Kolejnym ograniczeniem badania był brak obserwacji i weryfikacji poziomu wiedzy pacjentów np. po roku od zakończenia cyklu edukacyjnego, co pozwoliłoby na ocenę trwałości efektu programu edukacyjnego.

Mankamentem mógł być też mniejszy rozmiar grupy odniesienia w porównaniu z grupą badaną, co mogło wpłynąć na wyniki badania, a także fakt, że analizowano tylko grupy mężczyzn (a należałoby sprawdzić, czy istnieją różnice we wpływie edukacji między mężczyznami i kobietami). Badanie zostało przeprowadzone tylko w jednym ośrodku. W dalszych badaniach warto zwiększyć liczbę ośrodków, aby porównać wyniki i wyciągnąć ogólne wnioski. Wyniki prezentowanych badań dotyczą wyłącznie pacjentów internowanych i nie mogą być bezpośrednio ekstrapolowane na inne grupy pacjentów psychiatrycznych. Potwierdzenie rzeczywistych efektów programu edukacyjnego wymagałoby przeprowadzenia badań w innych specyficznych grupach pacjentów.

Wnioski

Nasilenie objawów choroby psychicznej wpływa na możliwości edukacyjne pacjentów ze schizofrenią. Wraz ze wzrostem nasilenia zaburzeń schizofrenicznych spada skuteczność prowadzonej u nich edukacji. Z kolei rodzaj stosowanych leków przeciwpsychotycznych nie oddziałuje na skuteczność programów edukacyjnych u chorych na schizofrenię.

Przy skutecznym leczeniu objawów psychotycznych ustrukturyzowana edukacja medyczna może stać się częścią interwencji rehabilitacyjnych w psychiatrii sądowej.

Piśmiennictwo

1. Fojcik J, Górski M, Borowska A, Krzystanek M. *The impact of health education on the quality of life of patients hospitalized in forensic psychiatry wards*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023; 20(5): 4533. Doi: 10.3390/ijerph20054533. PMID: 36901541. PMCID: PMC10001608.
2. Musich SA, Adams L, Edington DW. *Effectiveness of health promotion programs in moderating medical costs in the USA*. Health Promotion International 2000; 15(1): 5–15.
3. MacInnes D, Masino S. *Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: A systematic review*. BMJ Open 2019; 9(3): e024351. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-024351.

4. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völlm BA, Ferriter M i wsp. *Psychological interventions for antisocial personality disorder*. Cochrane Database Syst. Rev. 2010; (6): CD007668. Doi: 10.1002/14651858.CD007668.pub2.
5. Adshead G. *Care or custody? Ethical dilemmas in forensic psychiatry*. J. Med. Ethics 2000; 26(5): 302–304. Doi: 10.1136/jme.26.5.302.
6. Silva MA, Restrepo D. *Functional recovery in schizophrenia*. Rev. Colomb. Psiquiatr. (Engl. Ed.). 2017; 48(4): 252–260. English, Spanish. Doi: 10.1016/j.rcp.2017.08.004. Epub 2017 Nov 2. PMID: 31779876.
7. Escandell MJ, Prat G, Garcia-Franco M, Martín-Martínez JR, Ochoa S, Tortades I i wsp. *Clinical symptoms and social functioning in schizophrenia*. Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. (Engl. Ed.). 2022; 15(4): 251–258. Doi: 10.1016/j.rpsmen.2020.05.003. PMID: 36513401.
8. Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. *Exercise and schizophrenia*. Adv. Exp. Med. Biol. 2020; 1228: 317–332. Doi: 10.1007/978-981-15-1792-1_21. PMID: 32342467.
9. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. *Cardiovascular disease in patients with severe mental illness*. Nat. Rev. Cardiol. 2021; 18(2): 136–145. Doi: 10.1038/s41569-020-00463-7. Epub 2020 Oct 30. PMID: 33128044.
10. Coulibaly SDP, Ba B, Mounkoro PP, Diakite B, Kassogue Y, Maiga M i wsp. *Descriptive study of cases of schizophrenia in the Malian population*. BMC Psychiatry 2021; 21(1): 413. Doi: 10.1186/s12888-021-03422-9. PMID: 34416862. PMCID: PMC8377978.
11. Pinho de LG, Pereira A, Chaves C. *Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia*. Rev. Esc. Enferm. USP. 2017; 51: e03244. English, Portuguese, Spanish. Doi: 10.1590/S1980-220X2016031903244. PMID: 28902324.
12. Hasan AA. *The correlation between the quality of life and clinical variables among out patients with schizophrenia*. Psychiatry Res. 2019; 271: 39–45. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.062. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30465980.
13. Lu L, Zeng LN, Zong QQ, Rao WW, Ng CH, Ungvari GS i wsp. *Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: A meta-analysis*. Psychiatry Res. 2018; 268: 392–399. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.003. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30125870.
14. Kwok SC, Xu X, Duan W, Wang X, Tang Y, Allé MC i wsp. *Autobiographical and episodic memory deficits in schizophrenia: A narrative review and proposed agenda for research*. Clin. Psychol. Rev. 2021; 83: 101956. Doi: 10.1016/j.cpr.2020.101956. Epub 2020 Dec 11. PMID: 33385717.
15. Mihaljević-Peješ A, Bajs Janović M, Šagud M, Živković M, Janović Š, Jevtović S. *Cognitive deficit in schizophrenia: An overview*. Psychiatr. Danub. 2019; 31(Suppl 2): 139–142. PMID: 31158113.
16. Orzelska-Górka J, Mikulska J, Wiszniewska A, Biała G. *New atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia and depression*. Int. J. Mol. Sci. 2022; 23(18): 10624. Doi: 10.3390/ijms231810624. PMID: 36142523. PMCID: PMC9500595.
17. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N i wsp. *Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis*. Lancet 2019; 394(10202): 939–951. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)31135-3. Epub 2019 Jul 11. Erratum in: Lancet. Sep 14; 394(10202): 918. PMID: 31303314. PMCID: PMC6891890.
18. Ibi D, Nakasai G, Koide N, Sawahata M, Kohno T, Takaba R i wsp. *Reelin supplementation into the hippocampus rescues abnormal behavior in a mouse model of neurodevelopmental disorders*. Front. Cell Neurosci. 2020; 14: 285. Doi: 10.3389/fncel.2020.00285. PMID: 32982694. PMCID: PMC7492784.

-
19. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV i wsp. *What is good mental health? A scoping review*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2020; 31: 33–46. Doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.105. Epub 2019 Dec 31. PMID: 31901337.
 20. Fojcik J, Romańczyk M, Surma S, Krupka-Matuszczyk I, Krzystanek M. *Ocena rehabilitacji psychiatrycznej przez pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrii sądowej*. Psychiatria 2022; 19(2): 111–118.

Adres: Joanna Fojcik
e-mail: tflakier@wp.p

Otrzymano: 18.02.2024
Zrecenzowano: 24.04.2024
Otrzymano po poprawie: 9.09.2024
Przyjęto do druku: 10.09.2024

Załącznik nr 1

Inicjały/numer pacjenta

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

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

-
- Bycie pacjentem w oddziale szpitalnym to także rola społeczna. Świadczy o tym konieczność określonego zachowania człowieka w środowisku szpitalnym.
 - Tak
 - Nie
 - Nie ma sposobu aby poradzić sobie ze stresem. Jest to sytuacja nagła i nie mam na nią wpływu.
 - Tak
 - Nie
 - Sen, umiarkowany wysiłek fizyczny oraz zdrowa dieta ma kluczowe znaczenie dla zachowania dobrej kondycji zdrowia psychicznego.
 - Tak
 - Nie
 - Utrata kontroli nad własnym zachowaniem może prowadzić do zachowań agresywnych.
 - Tak
 - Nie
 - Obrażanie innych, obgadywanie, wyzywanie nie jest traktowane jako przemoc. Jest to sposób wyrażania swoich myśli i uczuć o innej osobie.
 - Tak
 - Nie
 - W kontaktach z innymi ludźmi pożądanym sposobem komunikowania się jest zachowanie spokoju, kontrola emocji oraz wzajemny szacunek.
 - Tak
 - Nie
 - Wygląd człowieka – jego ubiór, fryzura, makijaż u kobiety, zapach ma istotny wpływ na postrzeganie przez innych. Wygląd może być wizytówką zdrowia psychicznego.
 - Tak
 - Nie
 - Leki stosowane w psychiatrii są niezbędne w procesie leczenia. Gwarantują poprawę zdrowia i samopoczucia chorego.
 - Tak
 - Nie
 - Głównym powodem nawrotu choroby psychicznej jest brak kontynuacji leczenia, rezygnacja pacjenta z farmakoterapii.
 - Tak
 - Nie
 - Schizofrenia jest chorobą na którą choruję.
 - Tak
 - Nie

- Pacjent oddziału psychiatrii sądowej w każdej chwili może zażądać wypisu ze szpitala.
 - Tak
 - Nie
- Detencja sądowa to przymusowy pobyt pacjenta w oddziale psychiatrii sądowej z uwagi na popełnienie przez niego czynu zabronionego w warunkach niepoczytalności.
 - Tak
 - Nie
- Do zdrowej żywności zaliczamy produkty typu: fast food, słodczyce, słodkie napoje gazowane, tłuste wędliny.
 - Tak
 - Nie
- Żeby zachować zdrowie należy unikać wysiłku fizycznego, gdyż powoduje to zmęczenie i osłabienie.
 - Tak
 - Nie
- Zasada zdrowego żywienia to 5 porcji dziennie warzyw i owoców.
 - Tak
 - Nie
- 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 wzajemnie.
 - Tak
 - Nie
- Współpraca z lekarzem leczącym jest fundamentem udanej terapii i leczenia zaburzeń psychicznych.
 - Tak
 - Nie
- Pacjent w oddziale psychiatrii sądowej ma prawo do odwiedzin, niekontrolowanej korespondencji oraz przepustek.
 - Tak
 - Nie
- Palenie tytoniu jest dozwolone w placówkach ochrony zdrowia np. szpital.
 - Tak
 - Nie
- Zgłębianie wiedzy o chorobie – jej objawach, leczeniu, radzeniu sobie z nią – wpłynie korzystnie na moje samopoczucie i pozwoli lepiej funkcjonować w codziennym życiu.
 - Tak
 - Nie

-
- Ćwiczenia relaksacyjne (słuchanie muzyki, wizualizacja, rysunek) pomagają zredukować stres, napięcie psychiczne.
 - Tak
 - Nie
 - W komunikacji międzyludzkiej mowa niewerbalna to bezpośrednio przekazywanie informacji.
 - Tak
 - Nie
 - Stosowanie używek np. alkoholu, narkotyków, papierosów powoduje powstawanie uzależnień ale nie są one groźne dla człowieka.
 - Tak
 - Nie
 - Nowotwór płuc to choroba której w dużej mierze człowiek może zapobiec.
 - Tak
 - Nie
 - Urojenia – to zaburzenia myślenia np. fałszywe sądy, przekonania, odporne na wszelką argumentację i dowodów na ich nieprawdziwość.
 - Tak
 - Nie
 - Schizofrenia polega na nieprawidłowym obieraniu rzeczywistego świata.
 - Tak
 - Nie
 - Uczucie smutku, apatia, zaburzenia snu, narastający niepokój, lęk mogą zwiastować nawrót choroby psychicznej
 - Tak
 - Nie
 - Opinia sądowo – psychiatryczna o stanie zdrowia pacjenta poddanego detencji sądowej jest przesyłana do sądu raz na 2 lata.
 - Tak
 - Nie
 - Pacjent w oddziale psychiatrii sądowej powinien czynnie uczestniczyć we wszelkiego rodzaju zajęciach z rehabilitacji psychiatrycznej.
 - Tak
 - Nie
 - Celem oddziałów psychiatrii sądowej jest przygotowanie pacjenta do życia w środowisku społecznym zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi.
 - Tak
 - Nie