



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Volume 10
Issue 4
2006
ISSN: 1329-1874

Traduzione a cura
infermiere
Giovanna Mezzadrelli
e
Marta Parolin
Collaboratrici
centro EBN - Direzione
Servizio Infermieristico e
Tecnico
Azienda Ospedaliera di
Bologna - Policlinico
S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9 - 40138
Bologna, Italia
[ebn@orsola-
malpighi.med.unibo.it](mailto:ebn@orsola-malpighi.med.unibo.it)

Interventi educativi agli utenti che assumono farmaci psicotropi nell'ambito della salute mentale

Implicazioni per la pratica

- Le informazioni scritte sono più efficaci delle informazioni verbali nell'aumento della conoscenza e della compliance. Tuttavia, dove le risorse sono limitate, le informazioni verbali possono essere più utili rispetto a non fornire nessuna formazione (B).
- L'uso combinato di materiale scritto e del colloquio è più efficace del solo uso di fogli informativi. Inoltre, gli audiovisivi sono utili nel processo di apprendimento (B).
- La chiarezza, la concisione dei materiali scritti e la loro ripetizione è importante per aumentare la compliance e per acquisire conoscenza (B).
- Anche se le sessioni educative multiple forniscono più conoscenza a breve termine (fino ad un mese), la loro efficacia a lungo termine (2 anni) non è stabilita quindi gli operatori sanitari devono essere informati delle implicazioni rispetto ai costi nel fornire sessioni multiple (B).

Per i pazienti con schizofrenia:

- Tre sessioni educative sono più efficaci che 2 o meno nella promozione della capacità di memorizzare conoscenza (B).
- L'adattamento dell'educazione allo stile di vita individuale, aumenta la compliance rispetto a programmi generici (B).

Fonte delle informazioni

Questo foglio informativo di Best Practice è basato su una revisione sistematica delle ricerche pubblicate da Blackwell Publishing Asia e condotto dal New South Wales Center for Evidence Based Healthcare.¹

Le principali bibliografie incluse nella revisione sistematica sono accessibili on-line presso www.blackwell-synergy.com ed ai membri dell'Istituto attraverso il sito Web www.joannabriggs.edu.au.

Background

Nell'ultimo decennio i dati sul impatto che hanno i disturbi mentali nel mondo dimostra che è un problema importante di sanità pubblica che interessa le persone, i loro parenti e, in maniera più ampia, la società. È stato stimato che globalmente una persona su quattro sarà affetta da un disturbo mentale. Cresce l'evidenza che questi disordini possano essere trattati efficacemente sia con il counselling psicosociale che con farmaci psicotropi o pacchetti di interventi educativi. Tuttavia, mentre sono stati dimostrati i benefici del trattamento con farmaci psicotropi per specifici disturbi mentali, la non-aderenza o la

Qualità della ricerca

Gli autori della revisione sistematica riferiscono che gli studi inclusi erano eterogenei, e per tale ragione i risultati non poterono essere raggruppati per permetterne il confronto; per questa ragione le prove vengono presentate attraverso una sintesi narrativa. Tutti gli studi inclusi erano Trial randomizzati e controllati (RCTs) tuttavia il metodo di randomizzazione veniva riportato solo in 10 studi e in generale i metodi furono scarsamente riportati. Il quarant'otto (10) per cento degli studi coinvolgeva specificatamente pazienti schizofrenici mentre nei restanti studi erano inclusi pazienti con diversi tipi di disturbi mentali.

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle raccomandazioni sono basati sui Gradi di Efficacia sviluppati dal JBI⁴

Grado A: Efficacia dimostrata fino ad un livello che merita l'applicazione

Grado B: Efficacia dimostrata fino ad un livello che ne suggerisce l'applicazione

Grado C: Efficacia dimostrata fino ad un livello che autorizza la considerazione all'applicazione del risultato della ricerca

Grado D: Efficacia dimostrata a un grado limitato

Grado E: Efficacia non dimostrata

Definizione dei termini

Per gli scopi di questo foglio informativo sono usate le seguenti definizioni:

educazione – il fornire informazioni sui farmaci e sulla malattia agli utenti che hanno disturbi di salute mentale

informazioni strutturate - ricevere informazioni trasmesse in modo pianificato

informazioni non strutturate - ricevere informazioni in modo non consistente.

Capacità di trattenere la conoscenza

In quindici studi sono stati studiati gli effetti di vari metodi di educazione sul livello e sulla capacità di trattenere la conoscenza della malattia (inclusi segni e sintomi) e sugli effetti avversi del trattamento nei pazienti con problemi di salute mentale.

Educazione vs nessuna educazione

Sei studi clinici hanno segnalato l'effetto di fornire educazione sulla capacità di trattenere le conoscenze.

Pazienti con una malattia psichiatrica

Tre studi hanno dimostrato livelli significativamente elevati di conoscenza in pazienti che hanno ricevuto un certo grado di educazione confrontati a coloro che non hanno ricevuto educazione.

Una ricerca ha studiato i pazienti che hanno ricevuto o un foglio di informazioni, un foglio di informazioni seguito da un colloquio o nessuna educazione. Ad un controllo dopo una settimana, i pazienti che avevano ricevuto un foglio di informazioni più il colloquio dimostrarono un punteggio significativamente più alto di conoscenze rispetto a coloro che non avevano ricevuto informazioni. I risultati di questo studio devono però essere interpretati con cautela perché soltanto il 62.3% dei pazienti aveva terminato lo studio.

Gli altri 2 studi paragonavano rispettivamente un programma di insegnamento strutturato verso

nessuna educazione e un singolo programma educativo semi-strutturato verso nessuna educazione. Entrambi gli studi hanno dimostrato un punteggio significativamente più alto di conoscenza al follow-up in quei pazienti che hanno ricevuto una forma di educazione in relazione a coloro che non hanno ricevuto nessuna educazione.

Pazienti con schizofrenia

Di quattro studi, tre hanno registrato livelli significativamente elevati di conoscenza quando i pazienti con schizofrenia ricevevano educazione. Una volta confrontato i valori di base, i pazienti che ricevevano sia un singolo intervento, o tre o otto sessioni di interventi educativi, hanno dimostrato un livello significativamente elevato di conoscenza sui loro farmaci rispetto a coloro che non hanno ricevuto educazione.

Metodi di educazione

Educazione strutturata vs non strutturata

Pazienti con una malattia psichiatrica

Tre studi che confrontavano il livello di conoscenza di base con quello al follow-up hanno rivelato un aumento statisticamente significativo nella capacità di trattenere conoscenza in pazienti a cui era stata fornita una educazione strutturata. I pazienti randomizzati che - su un periodo di 6 settimane - hanno ricevuto un'ora/settimana di educazione strutturata, compresi colloqui, role play e una presentazione video-registrata, sono migliorati molto rispetto a coloro che hanno ricevuto un'educazione non strutturata. In un altro studio che coinvolgeva 249 pazienti provenienti sia dall'ospedale che dal territorio, si è dimostrato che coloro che hanno ricevuto una educazione strutturata (es. opuscoli informativi specificatamente progettati per i pazienti) hanno presentato un aumento statisticamente significativo nella capacità di trattenere conoscenza ad un controllo dopo quattro settimane rispetto a coloro a cui è stato data educazione in modo non strutturato. Questo risultato è stato confermato da un'ulteriore analisi di sottogruppo che coinvolgeva pazienti acuti e pazienti del territorio, in cui i pazienti di entrambi i gruppi riceventi informazioni strutturate hanno avuto livelli più alti di conoscenza.

Pazienti con schizofrenia

In tre studi che coinvolgevano i pazienti con schizofrenia, la tendenza comune era di trattenere conoscenze quando veniva offerta una formazione strutturata. È stato segnalato un aumento generale delle conoscenze degli effetti antipsicotici dei farmaci in tutti i pazienti dopo aver ricevuto informazioni strutturate.

Metodi alternativi di educazione strutturata

Pazienti con una malattia psichiatrica

Uno studio ha concluso che vi era un aumento significativo dei punteggi di conoscenza nei pazienti quando ricevevano un foglio di informazioni e un follow-up di discussione, rispetto a coloro che ricevevano soltanto il foglio di informazioni. Questo studio è limitato dal fatto che soltanto il 62.3% dei pazienti hanno terminato lo studio.

Un altro studio ha misurato l'impatto della comunicazione del farmaco e l'educazione sul farmaco sui livelli di conoscenza dei pazienti immediatamente dopo dell'intervento. I pazienti che erano stati randomizzati al gruppo di comunicazione sul farmaco hanno aumentato le loro conoscenze quando gli è stato insegnato a porre domande relative ai farmaci come abilità di comunicazione sia riguardo a come ottenere informazioni sul loro farmaco, specialmente con l'uso del contatto visivo e del volume della voce.

Frequenza delle sessioni educative

Pazienti con schizofrenia

Uno studio ha confrontato l'effetto di una singola sessione a 3 sessioni educative, dimostrando un aumento significativo di conoscenze sul farmaco in coloro che hanno ricevuto 3 sessioni al controllo dopo un mese. Un altro studio ha verificato i livelli di conoscenza a 6 e a 12 mesi in pazienti che avevano ricevuto una singola sessione o un programma di educazione di 2 sessioni. Confrontato ai loro valori di base, entrambi i gruppi

hanno avuto un aumento statisticamente significativo nei punteggi sulla conoscenza al follow-up a 6 mesi ed a 2 anni. Tuttavia, né l'uno né l'altro gruppo ha dimostrato una differenza nei livelli di conoscenza fra il gruppo con 2 sessioni e il gruppo ad 1 sessione al follow-up a distanza di 6 mesi ed a 2 anni.

Compliance

La compliance alla terapia, ai controlli successivi e ai controlli farmacologici (conteggio delle compresse, analisi delle urine e auto-reports) è stata misurata in 13 studi clinici a intervalli che variano da 2 settimane a 2 anni.

Educazione vs nessuna educazione

Pazienti con una malattia psichiatrica

Tre studi hanno valutato la compliance a 2 settimane, 5 mesi e 6 mesi. Due di questi studi non hanno dimostrato differenza nella compliance al trattamento in pazienti a cui era stata fornita educazione e a coloro a cui non era stata data. L'altro studio ha dimostrato che significativamente pochi pazienti che hanno ricevuto educazione sui loro farmaci erano non-complianti.

Pazienti con schizofrenia

Nessuno dei tre studi ha analizzato il tasso di compliance ad 1, 6 e 12 mesi di follow-up dimostrando la differenza nella compliance al trattamento.

Metodi di educazione

Educazione strutturata vs non strutturata

Pazienti con una malattia psichiatrica

Uno studio ha dimostrato un livello di compliance significativamente elevato nei pazienti a cui è stata data un'educazione strutturata rispetto a quelli a cui non è stata fornita educazione.

Pazienti con schizofrenia

Non è stata segnalata nessuna differenza nel tasso di compliance in pazienti a cui è stata fornita un'educazione strutturata rispetto a una educazione non strutturata.

Metodi alternativi di educazione strutturata

La compliance è stata misurata ai controlli successivi a distanza di 2.5 settimane, 3 mesi e 4 mesi.

Pazienti con una malattia psichiatrica

Uno studio ha mostrato un aumento statisticamente significativo di compliance confrontata ai punteggi di base laddove i pazienti erano addestrati nelle abilità di comunicazione rispetto ai farmaci. Un altro studio ha segnalato che ai pazienti a cui erano stati dati semplici e moderatamente semplici fogli informativi hanno avuto percentuali di compliance significativamente più alti confrontati a quelli che ricevevano opuscoli difficili da leggere, indicando che la leggibilità del materiale scritto è importante nel dare educazione.

Pazienti con schizofrenia

In pazienti il cui regime farmacologico era adattato alle abitudini personali, uno studio ha segnalato un aumento statisticamente significativo nei punteggi di compliance confrontati ai punteggi basali. Un altro studio però non ha evidenziato differenze nella compliance nei pazienti randomizzati a uno dei quattro gruppi di intervento.

Frequenza delle sessioni educative

Pazienti con schizofrenia

Uno studio non ha segnalato cambiamenti significativi nel tasso di compliance sopra i 6 mesi o nel periodo di follow-up di 2 anni.

Incidenza della ricaduta

Cinque studi hanno valutato il numero di pazienti che hanno avuto ricadute, un outcome misurato attraverso il numero di pazienti che erano stati riospedalizzati e/o avevano richiesto un aumento del dosaggio del farmaco. L'incidenza della ricaduta è stata misurata a 6, 8, 12, 18 mesi e a 2 anni.

Educazione vs nessuna educazione

Pazienti con una malattia psichiatrica

Una studio sperimentale ha esaminato l'efficacia dell'educazione verso nessuna forma di educazione rispetto alla percentuale di ricadute e ha segnalato che non vi è nessuna differenza statisticamente significativa nel numero di pazienti che hanno richiesto una riospedalizzazione nel periodo di follow-up di 6 mesi.

Metodi di educazione

Due studi hanno studiato l'efficacia dell'educazione strutturata rispetto all'educazione non strutturata sull'incidenza delle ricadute a 6, 8 e a 12 mesi.

Pazienti con una malattia psichiatrica

In pazienti con un disturbo bipolare a cui è stata fornita una forma strutturata di educazione, uno studio ha segnalato un significativo declino nell'incidenza di ricadute in fase maniacale. C'era inoltre una riduzione significativa nel numero totale di ricadute in fase maniacale fra la rilevazione di base ed ogni follow-up nel gruppo a cui è stata data educazione confrontato al gruppo di controllo.

Pazienti con schizofrenia

Uno studio non ha dimostrato una differenza significativa fra i due gruppi rispetto al numero di pazienti che hanno richiesto la riammissione ospedaliera o nel numero di settimane di degenza.

Frequenza delle sessioni educative

Pazienti con schizofrenia

Uno studio sull'efficacia di due sessioni educative confrontate ad una unica sessione al follow-up a 6 e a 12 mesi di distanza non ha rivelato differenze statisticamente significative nella frequenza di ricoveri psichiatrici fra i gruppi. Tuttavia c'era un aumento significativo ($p < 0.05$) nella richiesta di farmaci al follow-up a 2 anni di distanza nei pazienti randomizzati al gruppo con sessioni multiple.

Consapevolezza

Sei studi hanno esaminato l'efficacia dei programmi di educazione sulla consapevolezza dei pazienti rispetto alla loro malattia e terapia farmacologica. La conoscenza di sé (insight) è stata misurata dall'atteggiamento dei pazienti verso la loro malattia e terapia farmacologica.

Educazione vs nessuna educazione

Pazienti con una malattia psichiatrica

Uno studio ha dimostrato l'assenza di significatività statistica nel numero di pazienti che si considerava affetto da una malattia psichiatrica (ad esempio ha richiesto farmaci o ha detto che stava prendendo il farmaco giusto) fra quelli formati rispetto ai non formati al follow-up a distanza di 1 anno.

Pazienti con schizofrenia

Uno studio non ha segnalato differenza nel punteggio di consapevolezza fra i pazienti che erano stati formati e coloro che non lo erano stati al follow-up di controllo ad 1 anno di distanza.

Metodi di educazione

Metodi alternativi di educazione strutturata

Pazienti con una malattia psichiatrica

Uno studio ha verificato l'effetto di programmi strutturati di educazione sul livello di consapevolezza al follow-up dopo 1 settimana. Ha segnalato che il fornire educazione usando i fogli informativi o i fogli informativi più promemoria non ha influenzato il numero di pazienti che hanno dimostrato consapevolezza della loro malattia.

Educazione strutturata vs non strutturata

Tre studi hanno confrontato l'effetto di programmi di educazione strutturata e non strutturata sugli

atteggiamenti dei pazienti: subito dopo il trattamento; al follow-up a distanza di 5 e a 35 settimane. Tutti e tre gli studi - uno che ha coinvolto pazienti con una malattia psichiatrica e gli altri due su pazienti con schizofrenia - non hanno dimostrato differenze statisticamente significative negli atteggiamenti dei pazienti nei confronti dei farmaci sia nel gruppo a cui è stata fornita educazione strutturata sia in quello dell'educazione non strutturata.

Frequenza dell'educazione

Pazienti con schizofrenia

Uno studio ha evidenziato che fornire ai pazienti informazioni nel corso di incontri con sessioni multiple (tre) ha consentito un aumento statisticamente significativo nel punteggio di consapevolezza rispetto ai pazienti a cui è stata offerta soltanto una singola sessione educativa e a quelli a cui non è stata fornita nessuna educazione.

Ringraziamenti

Questo foglio di informazioni di Best Practice è stato prodotto dal Joanna Briggs Institute con il New South Wales Centre for Evidence Based Health Care con la collaborazione del Joanna Briggs Institute, South Western Sydney Centre for Applied Nursing Research (un'iniziativa fra l'università Western Sydney e il Sydney South West Area Health Service), con l'assistenza di un panel di esperti nelle Revisioni: Mr Scott Fanker (Clinical Nurse Consultant, Mental Health), Dr Prakash Gandev (Mental Health Clinical Director, Liverpool Health Service), Dr Richard Gray (MRC Fellow in Health Services Research, United Kingdom), Mr Leslie Rech (Acting Service Manager, Mental Health), Mr Jack Muller (Service Manager, Mental Health) and

Dr Matthew Thomas (Psychiatric Registrar, Liverpool Health Service), Mr John Aunins, Ms Judith Daisley, Dr Andrew Pethebridge, Mr Graham Estall, Ms Suzanne Fahey, Ms Carlie Naylor, Ms Nichola Belcastro, Ms Debbie Wick, Ms Margaret Piper, Dr Louise O'Brien, Ms Amanda Baker, Ms Cheryl Ussia, Dr Karen Chow and Ms Hayley Kennedy.

Questo foglio di informazioni di Best Practice è stato revisionato da membri nominati dal International Joanna Briggs Collaborating Centres.

Bibliografia

1. Griffiths, Rhonda D; Fernandez, Ritin S; Mostacchi, Maria S & Evans, Venita (2004) Comparison of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *JBI Reports* 2(1): 1-44.
2. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php#B>
3. Pearson, Alan; Wiechula, Rick; Court, Anthea & Lockwood, Craig. (2005) The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare* 3(8): 207-215



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by 
Blackwell Publishing

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".



Questo foglio informativo di Best Practice presenta la miglior evidenza disponibile su questo argomento. Le implicazioni per la pratica sono fatte con l'intento che i professionisti utilizzino l'evidenza tenendo in considerazione il contesto, le preferenze del paziente e il loro giudizio clinico.³