

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM HOSPITALIZOWANYM Z POWODU SCHIZOFRENII PARANOIDALNEJ

Nursing care over a patient hospitalized for paranoid schizophrenia

Paulina Wiśniewska, Dorota Blajerska

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: paulina.wiisniewska@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Schizofrenia jest przewlekłą, nawrotową chorobą psychiczną. Jest to choroba ludzi młodych, rozpoczyna się między 20. a 30. r.ż. Najczęstszą postacią jest schizofrenia paranoidalna, w której głównie występują objawy wytwórcze, takie jak omamy i urojenia. Osoba cierpiąca na schizofrenię paranoidalną niekoniecznie sprawia wrażenie chorej psychicznie, do momentu, aż wystąpią u niej objawy paranoidalne.

Cel pracy. Ukazanie problemów pielęgnacyjnych u chorego cierpiącego na schizofrenię paranoidalną.

Materiał i metody. Opieką pielęgnacyjną został objęty 25-letni mężczyzna, który trafił do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Informacje na jego temat pochodzą z analizy dokumentacji medycznej, wnikliwej obserwacji chorego oraz wywiadu przeprowadzonego z mężczyzną i rodziną.

Wyniki. Problemy pielęgnacyjne, które występują u pacjenta cierpiącego na schizofrenię paranoidalną, przejawiają się jako: występowanie omamów i urojeń, zachowania agresywne, wycofanie z kontaktów społecznych, spowolnienie ruchowe utrudniające codzienne funkcjonowanie oraz występowanie objawów ubocznych leków przeciwpsychotycznych (sztywność mięśniowa).

Wnioski. Pacjent chory na schizofrenię paranoidalną wymaga holistycznej oraz kompleksowej opieki. Oznacza to, że chory zostaje objęty całonocnym nadzorem. Dotyczy to sfery psychofizycznej dodatkowo biorąc pod uwagę środowisko, w jakim funkcjonuje. Leczy się całego człowieka nie tylko chorobę.

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgnarska.

SUMMARY

Background. Schizophrenia is a chronic, recurrent mental disorder. It is a disease that affects mainly young people, it starts between 20–30 years of age. The most common form is paranoid schizophrenia, in which there are mainly productive symptoms such as hallucinations and delusions. A person suffering from paranoid schizophrenia does not necessarily appear to be mentally ill until they experience paranoid symptoms.

Objectives. To show nursing problems in a patient suffering from paranoid schizophrenia.

Material and methods. Nursing care was provided to a 25-year-old man who was taken to an emergency psychiatric hospital with a diagnosis of paranoid schizophrenia. Information about him was obtained through the analysis of medical records, careful observation of the patient and an interview with the man and family.

Results. Nursing problems that occur in a patient suffering from paranoid schizophrenia are manifested as: the occurrence of hallucinations and delusions, aggressive behavior, withdrawal from social contacts, slowdown of movement makes the daily functioning harder, and side effects of antipsychotic drugs (muscle stiffness).

Conclusions. A patient with paranoid schizophrenia requires holistic and comprehensive care. This means that the patient is under overall supervision. This applies to the psychophysical field, also taking into account the environment in which it operates. The treatment is for the patient as a whole, not just the disorder.

Key words: paranoid schizophrenia, care problems, nursing care.

WSTĘP

Aktualnie na ziemi żyje około 10 mln ludzi z różnymi rodzajami psychoz [1]. Schizofrenia jest przewlekłą chorobą o podłożu psychotycznym, występującą na całym świecie. Etiologia choroby pozostaje nieznana. Objawy schizofrenii zmieniają postrzeganie świata przez pacjenta, który staje się dla niego wyjątkowo uciążliwy i utrudnia jego normalne funkcjonowanie [2]. Ma ona okresy remisji oraz zaostrzeń, gdzie nasilenie nie są spowodowane żadnym konkretnym czynnikiem. Osoby chore na schizofrenię nie chcą wchodzić w bliższe relacje międzyludzkie oraz podejmować pracy, co skutkuje samotnością i pełnym uzależnieniem od pomocy rodziny [3]. Dla osób cierpiących na schizofrenię nieprzewidywalny przebieg choroby przyczynia się do powstania silnego i przedłużającego się stresu. Czują się oni bezradni podczas zaostrzeń choroby, brakuje im poczucia kontroli nad własnym postępowaniem, nie są w stanie pełnić ról społecznych [4]. Wyodróżniamy trzy objawy osiowe schizofrenii, są to: autyzm, rozszczepienie osobowości i stopień uczuciowy. Występują również omamy i urojenia, zaburzenia myślenia, objawy depresyjne, katatoniczne oraz zaburzenia poznawcze, w których widoczny jest spadek sprawności intelektualnej [2]. Zapadalność na schizofrenię jest identyczna u obu płci, zachorowalność wynosi 1:1. U mężczyzn występuje wczesny początek: 15–24 r.ż., a u kobiet między

25. a 34. r.ż. Ryzyko zachorowalności w ciągu całego życia waha się między 0,5 a 1,5%. Psychospołeczne czynniki ryzyka wskazują na zwiększoną zapadalność w krajach uboższych, a sam przebieg jest łagodniejszy w krajach rozwijających się [5]. Najczęstszą postacią jest schizofrenia paranoidalna, która występuje u 65% chorych. Dominują w niej objawy wytwórcze. Mają one charakter paranoidalny. Występują w niej głównie urojenia i omamy. Inne objawy, takie jak: zaburzenia myślenia, katatoniczne, depresyjne, są bardzo subtelne lub wcale nie występują [6]. Współczesna farmakoterapia schizofrenii opiera się na teorii dopaminowej oraz serotoninergetycznej. Leczenie jest nakierowane na złagodzenie objawów, a nie na eliminację przyczyny. Schizofrenia jest chorobą nieuleczalną. Kuracja powinna zostać wdrożona z chwilą rozpoznania choroby. Leczenie jest procesem długotrwałym, w niektórych przypadkach trwa ona do końca życia [2, 7].

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie problemów pielęgnacyjnych u chorego cierpiącego na schizofrenię paranoidalną.

MATERIAŁ I METODY

Metoda wykorzystana do pisania pracy oparta jest na indywidualnym przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnacyjnego.

Jest jedną z jakościowych strategii badawczych. Informacje, które są podstawą procesu pielęgnacyjnego uzyskano z wywiadu zebranego z pacjentem i jego rodziną. Wdrożone techniki badawcze to wnikliwa obserwacja chorego oraz analiza dokumentów.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna ma 25 lat, jest kawalerem. Niedawno zakończył roczny związek z jedną z pacjentek szpitala psychiatrycznego, w którym sam był leczony. W głównej mierze utrzymuje się z renty. W czasie remisji choroby pracuje nielegalnie. Mieszka sam. Gdy miał cztery lata jego matka zginęła w wypadku samochodowym. Z wywiadu przeprowadzonego z ojcem wiadomo, że cierpiała ona na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, lecz nigdy nie leczyla się w oddziale psychiatrycznym. Gdy skończył 18 lat, pojawiły się pierwsze objawy choroby. Jako chłopiec był żywym, aktywnym dzieckiem, miał duże grono znajomych. Dobrze się uczył i nie sprawiał problemów wychowawczych.

Ostatnia hospitalizacja odbyła się w trybie nagłym z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Chory został przywieziony do szpitala karetką, po ówczesnej interwencji policji. Ratownicy medyczni zostali wezwani przez sąsiadów. Stało się to po tym, jak mężczyzna zaczął wyrzucać meble przez okno z drugiego piętra, krzycząc przy tym coś niezrozumiałego. Do mieszkania chorego udało się dostać dopiero w asyście policji. Pacjent siedział w pustej wannie przykryty narzutą. Przy przyjęciu pacjent był zorientowany co do otoczenia i własnej osoby, lecz nie miał poczucia co do własnej choroby. Miał omamy słuchowe (o charakterze nakazującym i komentującym) oraz wypowiadał urojenia prześladowcze. Występowały u niego formalne zaburzenia myślenia pod postacią myślenia paralogicznego. Treści, które wypowiadał były absurdalne i wielkościowe. Uważał się za posłańca Boga.

Pierwszego dnia pobytu w szpitalu próbował uciec z oddziału, uderzając przy tym sanitariusza. Wymagało to unieruchomienia, jednak pacjent dalej był psychotyczny oraz pobudzony. Na zlecenie lekarza podano choremu domięśniowo haloperydol oraz diazepam, po których uspokoił się i zasnął. Wystąpiły u niego objawy wzmożonego napięcia mięśniowego, trudność z wypowiedzianiem się oraz dysfagia (trudności z połykaniem). Aby załagodzić skutki uboczne, musiało zostać wdrożone leczenie korygujące biperidenem. Farmakoterapia początkowo była oparta na olanzapinie, lecz gdy stan pacjenta zaczął się poprawiać, została zmieniona na iniekcje risperidonu o przedłużonym działaniu. O zmianę leku poprosił sam pacjent, gdyż nie chciał dopuścić do wystąpienia efektów ubocznych. Jako pierwsze ustąpiły omamy, kontakt z pacjentem uległ znacznej poprawie. Dalej był urojeniowy i wypowiedzi zawierały elementy myślenia paralogicznego oraz symbolicznego.

Gdy stan pacjenta był już stabilny, zaproponowano mu kontynuację leczenia w warunkach oddziału dziennego. Został wypisany bez widocznych zaburzeń psychotycznych, lecz w afekcie tępy.

Aktualnie mężczyzna jest pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego. Leczony jest risperidonem o przedłużonym działaniu. Na wizytach pojawia się regularnie, najczęściej w obecności ojca. Jego obecny stan psychiczny jest stabilny. Planuje znaleźć pracę oraz w miarę możliwości zacząć samodzielnie funkcjonować.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Diagnoza pielęgniarstwa 1. Niepokój spowodowany obecnością omamów i urojeń.

Cel opieki: zminimalizowanie lub wyeliminowanie omamów i urojeń.

Działania:

- tworzenie przyjaznej atmosfery;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;
- obserwacja pacjenta dotycząca zrozumienia zachowań psychotycznych;
- zdobycie zaufania pacjenta poprzez rozmowę, zrozumienie, empatię, zainteresowanie, cierpliwość, akceptację i rozumienie;

- wysłuchiwanie pacjenta, niedyskutowanie na temat omamów i urojeń, niezaprzeczanie im, stronienie od krytyki;
- podczas rozmowy z pacjentem zabrania się skupiania na objawach patologicznych i interpretowania ich.

Diagnoza pielęgniarstwa 2. Zagrożenie wobec siebie i otoczenia wynikające z zachowań agresywnych.

Cel opieki: pomoc w uzyskaniu przez pacjenta kontroli nad swoimi emocjami oraz zapewnienie bezpieczeństwa choremu i otoczeniu.

Działania:

- rozpoznanie czynników ryzyka oraz zdolności pacjenta do samokontroli;
- zapewnienie pacjentowi spokojnego i bezpiecznego otoczenia;
- rozpoczęcie rozmowy od neutralnych tematów, używanie prostych sformułowań i unikanie żargonu medycznego;
- podczas rozmowy zabrania się robienia notatek o stanie zdrowia chorego;
- zachęcać chorego do opisu swoich odczuć oraz przeżyć;
- użycie perswazji słownej;
- podjęcie próby ukierunkowania pobudzenia na aktywność fizyczną w celu zmniejszenia pobudzenia;
- ograniczenie kontaktu pacjenta z otoczeniem (rezygnacja z zajęć grupowych);
- podaż leków według zlecenia lekarza, monitorowanie efektów terapeutycznych oraz skutków ubocznych;
- ocena konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego oraz zastosowanie go, gdy jest taka konieczność;
- po uspokojeniu pacjenta wspólnie ustalić plan dnia, dając w nim czas na aktywność fizyczną oraz czas na odpoczynek;
- zachęcenie chorego do oceny własnego zachowania (bez sugestii i bez prób ukierunkowania).

Diagnoza pielęgniarstwa 3. Sztywność mięśniowa będąca wynikiem skutków ubocznych stosowania leczenia przeciwpyschotycznego.

Cel opieki: zniwelowanie lub zmniejszenie skutków ubocznych.

Działania:

- monitorowanie pacjenta dotyczące występowania i nasilenia objawów ubocznych;
- poinformowanie lekarza o obecności objawów;
- obecność przy pacjencie podczas nasilenia objawów;
- podaż leków na zlecenie lekarza;
- stosowanie gimnastyki rozluźniającej, metod relaksacyjnych, ciepłej kąpieli.

Diagnoza pielęgniarstwa 4. Wycofanie z kontaktów społecznych wynikające z zaburzeń myślenia.

Cel opieki: przywrócenie chorego do życia społecznego.

Działania:

- inicjowanie rozmowy z pacjentem oraz okazywanie autentyczności w kontakcie z nim;
- zapewnienie bezpieczeństwa;
- okazywanie zainteresowania, szacunku, akceptacji, empatii;
- poznanie zainteresowań chorego;
- zachęcanie do werbalizowania uczuć;
- tworzenie więzi między pacjentem a osobami o podobnych zainteresowaniach;
- zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach grupowych;
- wzmacnianie akceptowanych zachowań prospołecznych;
- rozmowa z rodziną i uwrażliwienie jej na konieczność rozwijania w chorym samodzielności w podejmowaniu aktywności społecznych.

Diagnoza pielęgniarstwa 5. Utrudnione komunikowanie się spowodowane zaburzeniami procesów poznawczych.

Cel opieki: poprawa komunikacji pacjenta.

Działania:

- nawiązanie indywidualnego kontaktu z pacjentem;
- akceptacja komunikowania się oraz okazywanie empatii;
- w rozmowie z pacjentem stosowanie technik terapeutycznych;
- wdrożenie zachowań porządkujących oraz pogłębiających komunikację;
- ukazanie pacjentowi, jak jest postrzegany przez innych oraz zachęcanie do wyrażania uczuć;
- wyprzedzanie i zaspokajanie potrzeb pacjenta do czasu powrotu prawidłowej percepcji;
- umacnianie zdolności komunikowania się.

Diagnoza pielęgniarstwa 6. Utrudnione funkcjonowanie spowodowane pogorszeniem się zachowań adaptacyjnych.

Cel opieki: pomoc pacjentowi w przejęciu odpowiedzialności za swoje zachowania.

Działania:

- obserwacja pacjenta;
- ustalenie z pacjentem sytuacji, które wpływają na niego prowokując zachowania nieadaptacyjne;
- omawianie problemów z pacjentem;
- zachęcanie pacjenta do budowania postawy akceptowanej społecznie;
- w razie wystąpienia zachowań nieadaptacyjnych pielęgniarka powinna:
 - przyjąć postawę niezagrażającą i stanowczą,
 - ustalić granice postępowania oraz przedstawić konsekwencje w razie ich nieprzestrzegania;
 - wzmacnianie silnych stron pacjenta.

Diagnoza pielęgniarstwa 7. Zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa wynikające z przeżywania lęku.

Cel opieki: zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Działania:

- obserwacja pacjenta dotycząca objawów wskazujących na obecność lęku;

- minimalizowanie bodźców mogących nasilić odczuwany lęk;
- zachęcanie pacjenta do wyrażania uczuć i przeżyć.
- edukacja pacjenta na temat sposobów radzenia sobie z lękiem;
- podaż leków na zlecenie lekarza;
- wzmacnianie mechanizmów obronnych pacjenta;
- rozwijanie umiejętności wglądu w przeżycia chorego.

WNIOSKI

Postawienie diagnozy schizofrenii dla większości chorych ma zły wpływ na ich późniejsze funkcjonowanie. Odbierani są oni przez społeczeństwo jako szaleni, niezrównoważeni oraz wybuchowi. Proces stygmatyzacji pogłębia istniejące już wycofanie z kontaktów społecznych.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem ze schizofrenią paranoidalną pełni przede wszystkim funkcję terapeutyczną. Podstawą jej działania jest komunikacja, kształtowanie relacji. Pielęgniarka pomaga w eliminacji niewłaściwych wzorców myślenia pacjenta, a na ich miejsce wdraża prozdrowotne modele. Proces ten zaczyna się wraz z momentem poznania pacjenta. Aby odniósł on sukces, chory musi zostać objęty indywidualną oraz holistyczną opieką. Pielęgniarka musi kierować się empatią oraz akceptacją. Jedynie w taki sposób jest w stanie zdobyć zaufanie pacjenta. Uczy ona chorego poprawnej relacji międzyludzkiej. Pielęgniarka realizująca proces nie skupia się jedynie na stanie psychicznym pacjenta, ale bierze ona również pod uwagę środowisko, w jakim on funkcjonuje.

Problemami pielęgnacyjnymi, z którymi zmagał się pacjent, dotyczą głównie jego sfery psychicznej. Cierpiał z powodu występowania omamów i urojeń, przejawiał skłonności do agresji wobec siebie i otoczenia, przez co musiał zostać unieruchamiany mechanicznie. Utrudnieniem w codziennym funkcjonowaniu było dla niego występujące spowolnienie ruchowe. Mężczyzna wycofał się z kontaktów społecznych. Wystąpiły u niego skutki uboczne leczenia przeciwpsychotycznego, było to wzmożone napięcie mięśniowe.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
2. Jarema M. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
3. Kiejna A, Małyszczak K. *Psychiatria. Podręcznik akademicki*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny; 2016.
4. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, i wsp. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatr Pol* 2012; 6: 975–984.
5. Blikiewicz A. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
6. Rybakowski J, Rybakowski F. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2014.
7. Śmierciak N, Krzyściak W, Szwałca M, i wsp. Wybrane czynniki ryzyka schizofrenii: pomiędzy różnorodnością modeli etiologicznych a psychiatrią spersonalizowaną. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 4: 388–398.

Adres do korespondencji:

Paulina Wiśniewska
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 784 18 39
E-mail: paulina.wiisniewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.06.2019 r.

Po recenzji: 12.07.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 20.07.2019 r.