

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna w Lublinie
The Department of Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing and Health Sciences Medical University in Lublin

ANIELA PŁOTKA, LILIA PŁACHECKA

*Nursing care of the patient suffering from paranoid schizophrenia
according to H. Peplau's model – case study*

**Opieka pielęgniarska nad chorą na schizofrenię paranoidalną
według modelu H. Peplau – studium przypadku**

Schizofrenia jest chorobą psychiczną, dotykającą około 1% populacji krajów wysoko rozwiniętych. Ujawnia się w młodości lub wczesnym okresie dojrzewania i charakteryzuje się specyficznymi objawami oraz dynamicznym przebiegiem. Trudno jest jednoznacznie powiedzieć co jest przyczyną rozwoju i ujawnienia się tej psychozy, zwłaszcza, że nie jest pojedynczą chorobą tylko zespołem zaburzeń psychicznych o zbliżonych objawach. Najczęściej występującą formą tej choroby jest schizofrenia paranoidalna (rozpoznaje się ją w 70%), która występuje około trzydziestego roku życia i ma często przebieg cykliczny. W obrazie choroby dominują omamy i urojenia, struktura i obraz świata zmieniają się całkowicie. W tej odmianie schizofrenii u chorych zauważa się polepszenie pamięci i percepcji, jednak ta poprawa dotyczy tylko świata urojeniowego. W świecie tym nasilony jest egocentryzm – wszystko dotyczy chorego i wszystko się do niego odnosi. Każdy szczegół jest istotny, co powoduje zbyt niłok informacji i uczucie przeciążenia. W swoim urojeniowym świecie chory przyjmuje zazwyczaj jedną z dwóch postaw: osoby wszechmocnej – Boga (urojenia wielkościowe) lub osoby prześladowanej (urojenia prześladowcze). Często te postawy występują jednocześnie, a w tłumaczeniu urojeniowym przybierają formę walki dobra ze złem. Dwubiegunowość obejmuje także samopoczucie chorego, które oscyluje między egzaltacją i wzmożoną aktywnością psychoruchową, a obniżonym nastrojem i spadkiem aktywności motorycznej. W okresie pogorszenia i nasilenia doznań chorobowych niezbędna jest hospitalizacja, której celem jest zatrzymanie procesu chorobowego, usunięcie lub złagodzenie objawów chorobowych, zapobieganie nawrotom choroby, utrzymanie lub poprawa jakości życia oraz przywrócenie do niezależnego funkcjonowania w rodzinie, pracy i środowisku [1, 2]. W realizacji powyższych celów uczestniczą pielęgniarki psychiatryczne sprawując opiekę nad pacjentami. Sposób sprawowanej przez pielęgniarki opieki jest ściśle związany z teoretycznym modelem pielęgniarstwa. Jednym z takich modeli jest model relacji międzyludzkich Hildegardy Peplau [3, 4, 5, 6].

ZAŁOŻENIA MODELU H. PEPLAU

H. Peplau w oddziaływaniu terapeutycznym pielęgniarka – pacjent podstawowe znaczenie przypisała komunikowaniu i kształtowaniu relacji [3, 4]. Według autorki, komunikowanie terapeutyczne służy wpływowi pielęgniarki na odrzucanie przez pacjenta niewłaściwych dla jego zdrowia wzorców myślenia i zachowania, a przyjmowanie wzorców myślenia i zachowania dla zdrowia korzystnych. H. Peplau, przedstawiając proces tej relacji, wyłoniła jej poszczególne fazy oraz określiła rolę, jakie podejmuje pielęgniarka w ich przebiegu. Pierwszym krokiem w relacji terapeutycznej pielęgniarka – pacjent jest faza orientacja. Podstawowym zadaniem pielęgniarki w tej fazie jest rozpoznanie problemów zdrowotnych pacjenta i obranie strategii ich rozwiązania wspólnie z pacjentem ewentualnie

także z jego rodziną. Dużą rolę w tej fazie odgrywa umiejętność słuchania pacjenta, zachęcanie go do wyrażania uczuć, a także obserwacja jego zachowań. Kolejną fazą procesu kształtowania relacji terapeutycznej pielęgniarstwa – pacjent jest faza identyfikacji.

W tej fazie pacjent osiąga możliwość obchodzenia się bez pomocy pielęgniarki i „pomaga sobie sam” w dalszym zaspokajaniu swoich potrzeb oraz w dokonywaniu wyboru tych, na których pomoc będzie liczył w przyszłości. Osiąganie tego stanu rzeczy jest możliwe przez eliminowanie uczuć bezsilności i bezradności, a zastępowanie ich uczuciami spontaniczności, twórczości i produktywności. Etap, w którym pacjent osiąga zdolność do korzystania w pełni z pomocy, jaką oferuje mu opieka nad zdrowiem, a także możliwość kontrolowania różnych sytuacji H. Peplau określiła jako fazę eksploatacji. W fazie eksploatacji pacjenci wykazują coraz większe zainteresowanie rozszerzeniem samoopieki, podejmują różne samodzielne inicjatywy i aktywności, wykazują zwiększenie się poczucia odpowiedzialności za własne zachowania. W tej fazie następuje pełne zaspokojenie potrzeb pacjenta, związanych z jego problemami zdrowotnymi i zaczyna się także określenie nowych celów, które pacjent formułuje w sposób niezależny. Zasadniczo kończy się więc czas zależności powiązań z pielęgniarką i rozpoczyna się faza rozwiązania relacji terapeutycznej z pacjentem H. Peplau wyróżnia sześć ról, jakie może przyjmować pielęgniarka w relacji z podopiecznym i określiła podstawowe zasady, jakimi winna się kierować w sytuacji ich podejmowania wobec pacjenta. Są to: rola obcego, źródła informacji, nauczyciela, przywódcy, konsultanta, zastępcy. Podstawowymi zasadami, jakimi pielęgniarka powinna się kierować występując w roli obcego są: akceptowanie pacjenta takim, jakim jest i wyrażne tego okazywanie. Mówiąc o roli pielęgniarki jako źródła informacji autorka ostrzega, że nie zawsze najkorzystniejsze dla pacjenta jest otrzymywanie gotowych odpowiedzi lub uzyskiwanie pełnej porady, bowiem takie postępowanie ogranicza możliwość konstruktywnego uczenia się. Ideą przewodnią w podejmowaniu roli nauczyciela, zdaniem H. Peplau, jest zapewnianie pomocy w konstruktywnym uczeniu się. Najważniejszą metodą w podejmowaniu tej roli jest metoda rozwiązywania problemów. Według autorki najbardziej właściwe w pielęgniarstwie jest przywództwo demokratyczne, bowiem ten typ przywództwa zapewnia aktywne partycypowanie wszystkich uczestniczących w danym przedsięwzięciu, zarówno w ustalaniu jego celów, jak w planowaniu działań. Rolę konsultanta, w rozumieniu H. Peplau, pielęgniarka przyjmuje w problemowych dla pacjenta sytuacjach. Zadaniem pielęgniarki jest wtedy ułatwienie możliwie jasnego określenia problemu i zaakceptowania go przez pacjenta, podczas gdy dalsze zmaganie się z problemem i osiąganie rozwiązania należy pozostawić pacjentowi.

Celem pracy jest próba ukazania specyfiki opieki pielęgniarstwa nad chorą ze schizofrenią paranoidalną sprawowaną według modelu H. Peplau.

METODA I TECHNIKI BADAWCZE

W pracy posłużono się metodą studium przypadku. Metoda ta odnosi się do analizy jednostkowych losów ludzkich w celu opracowania i podjęcia działań terapeutycznych. Charakterystyczne dla tej metody jest to, że przystępując do badania wybiera się przypadek, który będzie badany. Decydując się na tę metodę trzeba liczyć się z tym, że nie uprawnia ona do generalizacji otrzymanych wyników poza badany przypadek. Studium przypadku jako metoda umożliwia stosowanie większości technik badawczych. Stosując tę metodę wykorzystano takie techniki badawcze jak: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej, pomiary celem uzyskania możliwie dokładnego obrazu przypadku klinicznego oraz wysunięcia wniosków empirycznych.

OPIS PRZYPADKU CHOROBOWEGO

Opieką pielęgniarstwa objęto kobietę w wieku 36 lat z rozpoznaniem: schizofrenia paranoidalna, która po raz szósty trafiła do szpitala psychiatrycznego z powodu nasilenia objawów psychotycznych. Pacjentka mieszka na wsi. Jest osobą niezamężną. Posiada trójką dzieci, które przebywają w domu dziecka. Chora ma wykształcenie podstawowe, a źródłem jej utrzymania jest renta chorobowa. W chwili przyjęcia pacjentka była w bardzo zaniedbanym stanie higienicznym. Stan ogólny chorej nie budził zastrzeżeń. W ocenie stanu odżywienia stwierdzono oznaki znacznego wychudzenia. Kontakt słowny z chorą wymuszony, powierzchowny, ograniczony do kilku słów. Mowa cicha, niewyraźna, powolna. Forma wypowiedzi poprawna. Treść wypowiedzi logiczna, adekwatna do treści rozmowy. Nastroj chorej obniżony. Mimika i gestykulacja na ogół dostosowana do treści rozmowy. Czasami pacjentka wykazuje dziwaczne zachowania (próbuje coś łapać), izoluje się od pozostałych chorych,

niekiedy śmieje się bez wyraźnego powodu. Uwaga chorej jest skupiona podczas rozmowy, ale na krótki okres czasu. Napięcie psychoruchowe nieznacznie obniżony. Na ogół przebywa w łóżku twierdząc, że czuje się zmęczona. Orientacja auto- i allopsychiczna zachowana. Sen nie jest zaburzony. Występuje u niej brak apetytu, aczkolwiek pacjentka twierdzi, że nie jest głodna. Nałogi u chorej nie występują.

OMÓWIENIE WYBRANYCH DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH PODJĘTYCH W PROCESIE PIELEGNOWANIA CHOREJ

Głównym celem pielęgnowania chorej ze schizofrenią paranoidalną była pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i radzeniu sobie w sytuacjach konfliktowych z frustracją i lękiem. Z uwagi na znaczne wychudzenie pacjentki spowodowane niedostatecznym odżywianiem się, priorytetem było doprowadzenie do regularnego spożywania posiłków przez pacjentkę. W efekcie podjętych interwencji takich jak: wyprowadzanie chorej na posiłki i kontrolowanie ich spożywania założony cel został osiągnięty, a chora zaczęła przybywać na wadze. Istotną kwestią opieki nad chorą był jej zaniedbany wygląd zewnętrzny wynikający z utraty zainteresowania zaspokajaniem własnych potrzeb higienicznych. Celem poprawy wyglądu zewnętrznego chorej i zwrócenia jej uwagi na potrzeby higieniczne podjęto systematyczne starania o samodzielne wykonywanie zabiegów higienicznych przez pacjentkę w formie udzielania instrukcji krok po kroku, informowania o pozytywnych zmianach w wyglądzie, nadzorowania zabiegów higienicznych itp. Po podjętych interwencjach chora stopniowo usamodzielniała się w omawianym zakresie. Znacznym utrudnieniem w powrocie chorej do normalnego życia był brak dążenia do kontaktów z innymi, izolowanie się, bierne spędzanie czasu wolnego czyli tzw. schizofreniczne wycofanie się ze świata rzeczywistego. Aby umożliwić chorej powrót do rzeczywistości – w zbliżeniu się do pacjentki początkowo dostosowano się do aktualnego poziomu jej funkcjonowania okazując akceptację próbnych zachowań chorej takich jak: negatywizm i wrogość. Celem oderwania – chorej od doznań chorobowych zwracano jej uwagę na inne sprawy. W miarę ustępowania psychopatologicznych objawów – rozpoczęto codzienne aktywizowanie chorej z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej w formie prostych, konkretnych zdań. Podjęte działania zaowocowały wzrostem aktywności chorej.

PODSUMOWANIE

Opieka pielęgniarska nad chorą na schizofrenię paranoidalną sprawowana zgodnie z założeniami modelu H. Peplau polega na psychodynamicznych, terapeutycznych przemianach, które zachodzą dzięki relacjom między pielęgniarką, a pacjentką. Rola pielęgniarki zmienia się wraz z fazą choroby jakiej znajduje się pacjentka. Podstawową funkcją pielęgniarki jest funkcja terapeutyczna, a właściwe jej podejmowanie jest niezbędne w zapewnianiu pomocy osobie chorej psychicznie w procesie zdrowienia. Profesjonalna pomoc umożliwia pacjentce zrozumienie własnego problemu, a następnie jego aktywne rozwiązanie, przyczynia się do rozwijania zachowań konstrukcyjnych w stosunku do siebie. Należy podkreślić, że zapewnienie pomocy osobie chorej polega głównie na ułatwieniu jej radzenia sobie z własnymi problemami.

PIŚMIENNICTWO

1. Kępiński A.: Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1972.
2. Bilikiewicz A. / red. /: Psychiatria. PZWL, Warszawa 2001.
3. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
4. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
5. Payne D.B., Clunn P.A.: Pielęgniarstwo w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1980.

6. Motyka M.: Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.

STRESZCZENIE

Celem pracy była próba ukazania specyfiki opieki pielęgniarskiej nad chorą ze schizofrenią paranoidalną sprawowanej według modelu H. Peplau. Jako metodę badawczą zastosowano studium przypadku. Przedstawiono opis przypadku chorobowego i omówiono wybrane działania terapeutyczne podjęte w procesie pielęgowania chorej.

SUMMARY

The aim of the study was to present the specificity of nursing care over of the patient suffering from paranoid schizophrenia according to H. Peplau's model. The method used this study was a case study. The description of clinical history was introduced and chosen therapeutic activities under taken in the caring process were discussed.