

PARANOID SCHIZOPHRENIA IN ASPECTS OF NURSING CARE BASED ON A CASE STUDY

SCHIZOFRENIA PARANOIDALNA W ASPEKTACH OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NA PODSTAWIE STUDIUM PRZYPADKU

Stanisława Katarzyna Nazaruk^{1,A,C-G}, Barbara Sokołowska^{2,A-B,D,F-G}, Sylwia Pucel^{3,B}

¹Department of pedagogy, John Paul II University in Białą Podlaska, Poland

¹Zakład pedagogiki, Akademia Bialska im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Polska

²Nursing Department, John Paul II University in Białą Podlaska, Poland

²Zakład pielęgniarstwa, Akademia Bialska im. Jana Pawła II, Polska

³Nursing student, John Paul II University in Białą Podlaska, Poland

³Student Pielęgniarstwa, Akademia Bialska im. Jana Pawła II, Polska

Nazaruk, S., K., Sokołowska, B., Pucel, S., (2023). Paranoid schizophrenia in aspects of nursing care based on a case study / Schizofrenia paranoidalna w aspektach opieki pielęgniarstwa na podstawie studium przypadku, Social Dissertation / Rozprawy Społeczne, 17(1), 129-142. <https://doi.org/10.29316/rs/169873>

Authors' contribution /
Wkład autorów:
A. Study design /
Zaplanowanie badań
B. Data collection /
Zebranie danych
C. Data analysis /
Dane – analiza i statystyki
D. Data interpretation /
Interpretacja danych
E. Preparation of manuscript /
Przygotowanie artykułu
F. Literature analysis /
Wyszukiwanie i analiza
literatury
G. Funds collection /
Zebranie funduszy

Tables / Tabele: 0

Figures / Ryciny: 0

References / Literatura: 27

Submitted / Otrzymano:
23.04.2023

Accepted / Zaakceptowano:
21.07.2023

Summary: Paranoid schizophrenia, characterised by delusions and hallucinations and peculiar symptoms that do not resemble any other disease, is one of the many diseases diagnosed in some people. The sick person remains himself/herself, but his/her personality gradually becomes disorganised, taking him into a different, „świat” of inner experiences. Most often the family and the nurse take care of the sick person.

Material and methods: The study involved a person suffering from paranoid schizophrenia. A case study was used.

Results: The results of the study showed that the person with the disease needs support from family, nurse and professionals.

Conclusions: In order to improve his/her quality of life, an effective system of early recognition of the symptoms of the disease, its treatment, education of the family and the public must be developed and implemented. Education addressed to the patient and his/her family and to society in order to overcome the stereotypes that still exist is crucial.

Keywords: family, paranoid schizophrenia, case study, nurse, care, sick person

Streszczenie: U niektórych osób jedną z wielu diagnozowanych chorób jest schizofrenia paranoidalna, charakteryzująca się urojeniami i omamami oraz swoistymi symptomami nieprzypominającymi żadnej innej choroby. Osoba chora pozostaje sobą, ale jej osobowość stopniowo ulega dezorganizacji, przenosi ją w inny „świat” wewnętrznych przeżyć. Najczęściej rodzina i pielęgniarka sprawują opiekę nad osobą chorą. Pielęgniarka zajmuje się nie tylko problemami natury medycznej osoby chorej, ale również jej wsparciem przy problemach natury psychicznej, społecznej i duchowej. Wykonuje wiele działań wykorzystując wszechstronną wiedzę medyczną, psychologiczną, pedagogiczną, socjologiczną, etyczną.

Materiał i metody: Badaniem objęto osobę chorą na schizofrenie paranoidalną. Zastosowano studium przypadku.

Wyniki: Wyniki badań pokazały, że osobie chorej potrzebne jest wsparcie rodziny, pielęgniarki i specjalistów.

Wnioski: Aby poprawić jej jakość życia należy opracować i wdrożyć skuteczny system wczesnego rozpoznania objawów choroby, ich leczenie, edukowanie rodziny i społeczeństwa. Kluczowe znaczenie ma do spełnienia edukacja adresowana do pacjenta i jego rodziny oraz do społeczeństwa w celu przełamania istniejących jeszcze stereotypów.

Słowa kluczowe: rodzina, schizofrenia paranoidalna, studium przypadku, pielęgniarka, opieka, osoba chora

Address for correspondence: Stanisława Katarzyna Nazaruk, Department of pedagogy, John Paul II University in Białą Podlaska, Sidorowska 95/97, 21-500, Białą Podlaska, Polska; email: s.nazaruk@dyd.akademibialska.pl ORCID: 0000-0001-5620-3980

Copyright by: John Paul II University, Poland, Stanisława Nazaruk, Barbara Sokołowska, Sylwia Pucel

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivatives 4.0

International (CC BY-NC-ND 4.0). License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCTION

Schizophrenia is a fairly common disease that occurs all over the world and in all cultures. It can be defined as a serious mental disorder which often excludes the patient from professional and social life. This specific disease progresses slowly or faster, with the periods of exacerbations and remissions; it is an irreversible process (Kudyk, Panasiuk, 2017; Wójciak, Rybałkowski, 2018; Perła-Wysiecka, 2015). The patients stay as they are, but their personality is gradually disorganized. They are transferred to a different "world" of internal experiences, in which they are convinced that all their experiences are real (Wójciak, Rybałkowski, 2018).

The incidence of schizophrenia is estimated at 1-2 per 10,000 people per year; according to a report of the World Health Organization, it affects over 24 million people a year. The risk of developing the disease in the general population is 1% (WHO, 2022). Schizophrenia usually begins in people between puberty and full maturity (15 to 30 years of age). Virtually anyone can get the disease, there is no criterion that protects against it (Pielkova, 2013; Skorupska-Król, Hanarz, 2014). However, the symptoms may be noticed much earlier, even in childhood (Skrzypińska, Słodka, 2012). The reasons for the development of schizophrenia are still not fully understood. There are many uncertainties in this regard, but a certain group of risk factors and disorders, resulting from different conditions, have been identified, especially those related to the abnormal functioning of the nervous system, including the brain, and the excessive secretion of neurotransmitters responsible for giving meaning to experiences in the real world (Kudyk, Panasiuk, 2017; Perła-Wysiecka, 2015). The etiological background of schizophrenia is multifactorial. Only a complex interaction of several factors leads to the manifestation of the disease (Skorupska-Król, Hanarz, 2014; Jarema, Rabe-Jabłońska, 2011). Etiological factors include endogenous, psychogenic and environmental conditions (Skrzypińska, Słodka, 2012; Witkowska-Łuć, 2019). Genetics is one of the most important risk factors of developing schizophrenia. Studies of the families of schizophrenics showed a significantly higher incidence of the disease than in the general population (1%). However, there is no 100% guarantee for the merely genetic factors responsible for the development of schizophrenia,

WPROWADZENIE

Schizofrenia jest dość częstą chorobą, występującą na całym świecie i we wszystkich kręgach kulturowych. Można ją określić jako poważne zaburzenie zdrowia psychicznego, które nierzadko wyklucza chorego z życia zawodowego i społecznego. Jest to szczególna chorobowa postępująca wolniej, bądź szybciej, ma okresy zaostrzeń i remisji, stanowiąca nieodwracalny proces chorobowy (Kudyk, Panasiuk, 2017; Wójciak, Rybałkowski, 2018; Perła-Wysiecka, 2015). Osoba chora pozostaje sobą, ale jej osobowość stopniowo ulega dezorganizacji, przenosi ją w inny „świat” wewnętrznych przeżyć, w którym przekonana jest, że wszystko, co przeżywa jest realne (Wójciak, Rybałkowski, 2018).

Zapadalność na schizofrenię szacuje się w granicach 1–2 na 10000 osób w ciągu roku, zaś według raportu Światowej Organizacji Zdrowia dotyka rocznie ponad 24 miliony osób. Szacuje się, że ryzyko zachorowania w populacji ogólnej wynosi 1% (WHO, 2022). Najczęściej schizofrenia ujawnia się u osób w wieku między pokwitaniem, a pełną dojrzałością (15. a 30. rokiem życia). Zachorować na schizofrenię praktycznie może każdy, nie ma reguły ustalającej kryterium chroniącego przed tą chorobą (Pielkova, 2013; Skorupska-Król, Hanarz, 2014). Symptomy choroby mogą być jednak zauważalne dużo wcześniej, nawet w okresie dzieciństwa (Skrzypińska, Słodka, 2012). Przyczyny rozwoju schizofrenii w dzisiejszych czasach nadal nie są do końca poznane. Stale pozostaje wiele niejasności dotyczących choroby, ale aktualna wiedza pozwala na rozpoznanie pewnej grupy czynników ryzyka i zaburzeń, które wynikają z wielu uwarunkowań, szczególnie dotyczących nieprawidłowej pracy układu nerwowego, w tym mózgu oraz nadmiernego wydzielania niektórych neuroprzekaźników, które odpowiadają za odbieranie znaczenia tego, co człowiek przeżywa i doznaje w świecie realnym (Kudyk, Panasiuk, 2017; Perła-Wysiecka, 2015). Podłoże etiologiczne schizofrenii jest wieloczynnikowe. Dopiero złożona interakcja kilku czynników może mieć wpływ na ujawnienie się objawów (Skorupska-Król, Hanarz, 2014; Jarema, Rabe-Jabłońska, 2011). Do czynników etiologicznych zalicza się uwarunkowania: endogenne, psychogenne, jak i środowiskowe (Skrzypińska, Słodka, 2012; Witkowska-Łuć, 2019). Jednym z najważniejszych uwarunkowań ryzyka zachorowania na schizofrenię są czynniki genetyczne. Badania

because complex interactions with environmental factors and neurophysiological disorders are necessary (Pielkova, 2013).

Attention should be paid to exogenous causes of schizophrenia, including viral, bacterial, immunological and biochemical determinants and disorders of the brain, especially the limbic system, temporal and frontal cortex (Skrzypińska, Słodka, 2012). However, no evidence has yet been discovered for the direct involvement of infectious and immunological factors, such as: seasonality or higher incidence of the disease in overpopulated urban areas (Jarema, Rabe-Jabłońska, 2011; Skrzypińska, Słodka, 2012).

According to the International Classification of Diseases and Health Problems developed by WHO, there are four types of schizophrenia: paranoid, hebephrenic, catatonic and simple (Pielkova, 2013). Given the subject of the article, there is a need to pay more attention to paranoid schizophrenia, which is one of the most common forms of schizophrenia characterized by the presence of delusions and hallucinations. Auditory hallucinations, such as whistling, laughing or rumbling, predominate, while olfactory, gustatory and tactile hallucinations are less frequent (Kudyk, Panasiuk, 2017; Pielkova, 2013). The most common delusional symptoms include persecutory delusions, for example: the person believes that others are conspiring against him/her, or delusions of grandeur, when the patient believes that he/she was born to save the world, to be the messiah. Other examples of a very complex nature are *delusional jealousy* with the deep conviction of the partner's infidelity. The behaviour can be rigid, formal or, on the contrary, very violent (Człapa, Wysok, Rybakowski, 2016; Jaracz et al., 2011). There are also other disturbances of perception, affective (mood) disorders inconsistent with circumstances, or even contradictory, sadness, regret, reduced enjoyment of life, depression, mild or no catatonic symptoms (Kucharska-Pietura, Wybacz, 2004). The person may not give the impression of being mentally ill until paranoid symptoms appear (Człapa, Wysok, Rybakowski, 2016).

Nowadays, schizophrenia can be diagnosed based on the presence of clinical symptoms. The way of their manifestation, time of appearance and remission, as well as duration have a great influence on the diagnosis (Kudyk, Panasiuk, 2017). Schizophrenia can progress in different

rodzin osób chorych wykazały znacznie większą zapadalność na tę chorobę niż w populacji ogólnej (1%). Jednakże nie ma 100% gwarancji na regułę rozwoju schizofrenii uwarunkowaną tylko samymi czynnikami genetycznymi, ponieważ istotny wpływ mają złożone interakcje z czynnikami środowiskowymi i zaburzeniami neurofizjologicznymi (Pielkova, 2013).

Należy zwrócić uwagę na przyczyny egzogenne schizofrenii, które skupiają się na uwarunkowaniach pochodzenia wirusowego, bakteryjnego, immunologicznego oraz biochemicznego i obejmują zaburzenia struktur mózgu, zarówno w układzie limbicznym, jak i korze skroniowej oraz czołowej (Skrzypińska, Słodka, 2012). Jednakże nie odkryto jeszcze dowodów wskazujących na udział bezpośredni czynników infekcyjno-immunologicznych, takich jak: sezonowość zachorowań, czy większej zapadalności wśród zagęszczonych populacji ludzkich w miastach w powstawaniu schizofrenii (Jarema, Rabe-Jabłońska, 2011; Skrzypińska, Słodka, 2012).

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowanej przez WHO istnieją cztery typy schizofrenii: paranoidalna, hebefreniczna, katatoniczna i prosta (Pielkova, 2013). Z racji podjętego tematu zapisanego w tytule artykułu istnieje potrzeba zwrócenia większej uwagi na schizofrenię paranoidalną, która należy do najczęstszych postaci schizofrenii charakteryzująca się urojeniami i omamami. Najbardziej przeważają omamy słuchowe, takie jak gwizdanie, śmiech, czy dudnienie, rzadziej pojawiają się omamy węchowe, smakowe oraz czuciowe (Kudyk, Panasiuk, 2017; Pielkova, 2013). Najczęściej w objawach urojeniowych występują urojenia prześladowcze typu: pacjent wierzy, że inni spiskują przeciwko niemu, bądź wielkościo-we pacjent wierzy, że się urodził po to, aby zbawić świat, być mesjaszem, innymi przykładami o bardzo złożonym charakterze są urojenia zazdrości o głębokim przekonaniu niewierności partnera. Postępowanie chorych bywa sztywne, formalne albo wręcz na odwrót bardzo gwałtowne (Człapa, Wysok, Rybakowski, 2016; Jaracz i in., 2011). Występują również inne zaburzenia dotyczące postrzegania, zaburzenia afektu (nastroju) niezgodne z okolicznościami, wręcz sprzeczne, pojawianie się smutku, żalu, zmniejszenie radości życia, depresja oraz mogą pojawić się objawy katatoniczne o niewielkim nasileniu, bądź nie występować wcale (Kucharska-Pietura, Wybacz, 2004).

ways, most often its course is undulating (episodic), i.e. with the periods of exacerbation and remission. Remissions can be complete (the symptoms are not found at all) or partial (the symptoms are mild so they do not significantly affect the functioning of the person). The disease is less likely to have the linear course (the symptoms are present all the time). From the patient's point of view, it is most beneficial when exacerbations occur rarely and remissions are complete (Wójciak, Domowicz, Rybakowski, 2017).

Caring for a patient with paranoid schizophrenia

The nurse needs to treat each patient as a unique human being, recognizing everyone's special role and value. This approach, presented in the category of a person-subject, is related to the philosophical current of John Paul II's personalism. Here, a man is a person and a subject. A person is a subject (*suppositum*) of both existence and actions. Each man develops as a person, i.e. a separate, rational and free being, striving to realize their humanity (Śliwerski, 2003; Nowak, 2008).

Family and the nurse are the most important part of the team caring for the patient. Sometimes the nurse is the closest person to the patient (Pięta, 2017). The nurse uses comprehensive medical, psychological, pedagogical, sociological and ethical knowledge, if necessary, also other scientific disciplines are explored to meet the patient's needs. Therefore, care for the patient is holistic. Practicing the profession of a nurse requires a lot of commitment to professional development and continuous education. In terms of treatment and hospitalization, the most important task of the nurse is education, i.e. transferring knowledge about patient's rights and observance of these rights, as well as informing about the methods of care in an understandable way. The nurse should exercise caution and care for patient's

Osoba chora może nie sprawiać wrażenia chorej psychicznie, dopóki nie ujawnią się u niej objawy paranoidalne (Człapa, Wysok, Rybakowski, 2016).

W dzisiejszych czasach schizofrenię można wykryć na podstawie występujących objawów klinicznych. Duży wpływ na postawienie diagnozy ma sposób ich ujawnienia się, czas pojawienia się oraz ustąpienia, a także okres utrzymywania się objawów (Kudyk, Panasiuk, 2017). Schizofrenia może przebiegać w różny sposób, najczęściej ma charakter falujący (epizodyczny), czyli z okresami zaostrzeń i remisji. Remisje mogą być całkowite (objawów schizofrenii nie stwierdza się w ogóle) i częściowe (objawy ujawniają się w łagodnym stopniu tak, że nie wpływają znacząco na funkcjonowanie osoby chorej). Choroba rzadziej przebiega w sposób liniowy (objawy są obecne stale). Z punktu widzenia osoby chorej najkorzystniej jest wtedy, gdy zaostrzenia występują rzadko, a remisje pełne (Wójciak, Domowicz, Rybakowski, 2017).

Opieka nad osobą chorą ze schizofrenią paranoidalną

W opiece nad pacjentem pielęgniarka odnosi się do osoby chorej, jako jedynej w swoim rodzaju, dostrzegając jej szczególną rolę i wartość. To podejście do pacjenta ujmowane w kategorii osoby-podmiotu znajduje odniesienie do filozoficznego nurtu personalizmu Jana Pawła II. Człowiek ujawnia się jako osoba i ujawnia siebie jako podmiot. Osoba jest więc podmiotem (*suppositum*) tak istnienia, jak i działania. Każdy człowiek rozwija się jako osoba, a więc istota osobna, rozumna i wolna, dążąca do urzeczywistnienia swojego człowieczeństwa (Śliwerski, 2003; Nowak, 2008).

Powszechnie wiadomo, że najczęściej rodzina i pielęgniarka stanowią najważniejszą część zespołu sprawującego opiekę nad osobą chorą. Czasami pielęgniarka może być najbliższą osobie chorej (Pięta, 2017). Wykonuje ona działania wykorzystując wszechstronną wiedzę medyczną, psychologiczną, pedagogiczną, socjologiczną, etyczną, a w razie potrzeby z innych dyscyplin naukowych. Tak by podjąć działania w stosunku do chorego w sposób holistyczny. Niewątpliwie wykonywanie zawodu pielęgniarki wymaga dużego zaangażowania się w doskonalenie zawodowe i ustawiczną edukację. Najważniejszym zadaniem, jakie wykonuje pielęgniarka dotyczącym procesu leczenia i hospitalizacji osoby chorej, to

well-being and keep all the information obtained during treatment confidential. Building trust and correct relationship is of particular importance in the process of education because this leads to cooperation. When interacting with the patient, the nurse should show acceptance, support, understanding, empathy and kindness. Nursing care should provide the patient with a sense of security, reduce chaos, fear and confusion (Kucharska-Pietura, Klimkowski, 2002). In people with schizophrenia, the unpredictable course of the illness often causes prolonged, high-intensity stress. Patients feel helpless, experience the lack of control over their behaviour, and are unable to perform social roles from which they withdraw (Wiśniewska, Blajerska, 2019).

The nurse should also create an atmosphere favourable to treatment, establish therapeutic contact in an atmosphere of trust and, above all, treat each patient individually, in the person-subject category (Helińska, Bajurna, 2010). Thanks to this approach, the nurse becomes a member of the therapeutic team and, like other members of this team, actively supports pharmacological treatment, psychotherapy and rehabilitation (Linke, Jareme, 2014).

The nurse participates in pharmacological treatment not only by administering drugs, but she should also have the knowledge on side effects of drugs, indications for their use, contraindications and possible complications. This knowledge is needed for the role of an educator. The nurse should inform the patient, for example, that psychotropic drugs should not be chewed because they damage the tooth enamel, or that a person suffering from schizophrenia should not drive and drink alcohol while taking drugs, and that the drugs should be taken regularly and with particular caution (Linke, Jareme, 2014).

On the other hand, the role of the nurse in the process of psychotherapy is aimed at removing all kinds of tension, fears and danger by strengthening the patient's feeling of safety. In this process, it is important to establish good contact with the patient, in other words – a relationship, in order to motivate and stimulate faith and hope in the patient. The nurse should also create a positive mental attitude in the patient and direct his/her thoughts in the desired direction (Linke, Jareme, 2014; Pięta, 2017). This requires knowledge about the methods of communication, including communication barriers, but also about the method

edukacja, polegająca na przekazywaniu merytorycznej wiedzy o jej prawach oraz przestrzeganiu tych praw, a także informowanie o sposobach pielęgnacji w sposób zrozumiały. Powinna się ona wykazywać ostrożnością i dbałością o jego dobro oraz zachować tajemnicę informacji pozyskanych w trakcie leczenia. Szczególne znaczenie w procesie edukacji odgrywa zbudowanie zaufania do osoby chorej i poprawnej relacji, które prowadzą do współpracy. W interakcjach z osobą chorą pielęgniarka powinna okazywać akceptację, wsparcie, zrozumienie, empatię i życzliwość. Opieka pielęgniarska powinna przede wszystkim polegać na zapewnieniu choremu poczucia bezpieczeństwa, zmniejszeniu poczucia chaosu, lęku i zagubienia (Kucharska-Pietura, Klimkowski, 2002). Dla osób cierpiących na schizofrenię nieprzewidywalny przebieg choroby często przyczynia się do powstania przedłużającego się stresu o silnym natężeniu. Czują się bezradni, brakuje im poczucia kontroli nad własnym zachowaniem, jak też nie są w stanie pełnić ról społecznych z których się wycofują (Wiśniewska, Blajerska, 2019).

Od pielęgniarki wymaga się również zdolności do stworzenia atmosfery sprzyjającej leczeniu, umiejętności w nawiązaniu kontaktu terapeutycznego w atmosferze zaufania i przede wszystkim traktowania każdej chorej osoby indywidualnie, ujmowania pacjenta w kategorii osoby-podmiotu (Helińska, Bajurna, 2010). Dzięki wymienionym aspektom w podejściu do osoby chorej pielęgniarka jest członkiem zespołu terapeutycznego i podobnie jak inni członkowie tego zespołu będzie aktywnie wspierała jej proces leczenia farmakologicznego, zajęć psychoterapeutycznych oraz rehabilitacji (Linke, Jareme, 2014).

Udział pielęgniarki w procesie leczenia farmakologicznego to nie tylko podawanie zleconych leków ale również znajomość działania tych leków, znajomości wskazań, przeciwwskazań i ewentualnych powikłań, które mogłyby wystąpić w sytuacji ich przyjmowania. Wiedza ta potrzebna jest pielęgniarce w pełnieniu roli edukatora. To ona powinna przekazać pacjentowi na przykład, że leków psychotropowych nie można rozgryzać, ponieważ uszkadzają szkliwo zębowe lub, że w czasie przyjmowania leków osoba ze schizofrenią nie powinna prowadzić samochodu i pić alkoholu. Powinna je przyjmować regularnie ze szczególnym zachowaniem zalecanych ostrożności (Linke, Jareme, 2014).

of visualization based on creating in the patient's mind positive images of healing of the body and successful treatment results. When the disease progresses despite the efforts of the patient, his/her family and medical staff, immediate measures should be taken to mitigate negative emotional effects of the disease. These actions are aimed at giving comfort and understanding for the patient's feelings. Showing empathy and understanding facilitates emotional adaptation of the patient to the situation (Murzyn, Mielimąka, Nieckowski, 2010; Radecka et al., 2014). The role of the nurse in rehabilitation is based on building faith in the meaning of life and values, as well as on improving everyday functioning of the patient in the family and society.

The nurse works with the immediate family of the patient. Through conversation, she educates the family, presents positive aspects of the family members' involvement in therapeutic activities, and points to their significant meaning in the process of psychiatric rehabilitation (Pięta, 2017). The tasks of the family include, above all, providing the patient with care and the sense of security, motivating to participate in rehabilitation, teaching how to function in the family and society on a daily basis, raising self-esteem, which decreases due to the disease, encouraging and supporting to start anew, or continuing professional activity. These tasks may have a different order of implementation, because they result from individual needs and the severity of the disease.

Due to the need to present the essence of paranoid schizophrenia very briefly, the necessity of care and education of patients, as well as own professional experience, the author undertook research aimed at expanding knowledge about nursing and educational activities performed in a schizophrenic patient. Undertaking this research topic is important because care and treatment of a person with paranoid schizophrenia presents a number of challenges. The main purpose of the research was to indicate the scope of care and educational activities performed in a person with paranoid schizophrenia. This aim was specified in several issues: recognition of nursing problems in a person with paranoid schizophrenia, indication of actions taken by the nurse to improve the patient's functioning in everyday professional and social life, showing how to educate a person with paranoid schizophrenia and presenting the impact of the disease on the life of the patient.

Natomiast w procesie psychoterapii rola pielęgniarki ukierunkowana jest na usuwanie wszelkiego rodzaju napięć, obaw i poczucia zagrożenia osoby chorej poprzez umacnianie jego bezpieczeństwa. W tym procesie ważne jest nawiązanie z chorym dobrego kontaktu, inaczej relacji, motywowanie i pobudzanie jego wiary i nadziei. Pielęgniarka powinna również zadbać o wytworzenie u osoby chorej pozytywnego nastawienia psychicznego i ukierunkować jej wyobrażenia w pożądanym kierunku (Linke, Jareme, 2014; Pięta, 2017). W tym działaniu niezbędna jest wiedza na temat sposobów komunikowania się i barier komunikacyjnych, jak również przydatna może być znajomość metody wizualizacji, polegającej na kreowaniu w wyobraźni chorego pozytywnych obrazów związanych z przebiegiem procesów leczniczych zachodzących w organizmie oraz uzyskaniem pomyślnych wyników leczenia. Gdy objawy choroby postępują, mimo wszelkich wysiłków chorego i jego rodziny oraz zaangażowania personelu medycznego wtedy należy jak najszybciej podjąć działania łagodzące emocjonalne negatywne skutki choroby. Tego rodzaju działania powinny opierać się na dodawaniu osobie otuchy, jak i okazywaniu zrozumienia dla prześladowających go uczuć. Ukazując choremu empatię i zrozumienie, ułatwia się w ten sposób od strony emocjonalnej adaptację do sytuacji, z którą przyszło się osobie chorej zmierzyć (Murzyn, Mielimąka, Nieckowski, 2010; Radecka i in., 2014). Udział pielęgniarki w procesie rehabilitacji osoby chorej opiera się na budowaniu wiary w sens jej życia i wartości oraz na ogólne codzienne funkcjonowanie jej w rodzinie i społeczeństwie.

Pielęgniarka współpracuje z najbliższą rodziną osoby chorej. Poprzez rozmowę edukuje jej rodzinę, przedstawia pozytywne aspekty zaangażowania się członków rodziny w działania terapeutyczne, wskazuje na ich istotną pomoc podczas rehabilitacji psychiatrycznej (Pięta, 2017). Do zadań rodziny należy przede wszystkim otoczenie osoby chorej opieką i zapewnienie jej poczucia bezpieczeństwa, motywowanie do udziału w rehabilitacji, uczenie codziennego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie, podnoszenie samooceny, która z powodu wystąpienia choroby spada, zachęcenie oraz wspieranie jej do podjęcia na nowo, bądź kontynuowania aktywności zawodowej. Wymienione zadania członków rodziny mogą mieć różną kolejność w ich realizacji, ponieważ

wynikają one z indywidualnych potrzeb i stanu nasilenia choroby.

W związku z przedstawioną z konieczności w skrócie istotą choroby jaką jest schizofrenia paranoidalna oraz potrzebą opieki i edukacji osoby z taką jednostką chorobową, a także własne doświadczenia zawodowe były motywacją do podjęcia badań w celu poznania opieki pielęgniarzkiej i edukacyjnej osoby z wymienioną chorobą. Podjęcie wymienionego tematu badań jest ważne z uwagi na fakt, że opieka nad osobą ze schizofrenią paranoidalną oraz jej proces leczenia wiąże się z szeregiem wyzwań. Główny celem badań było wskazanie zakresu działań opiekuńczych i edukacyjnych wobec osoby chorej na schizofrenię paranoidalną. Główny cel badań uszczegółowiono w kilku kwestiach: Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych występujących u osoby chorej na schizofrenię paranoidalną. Wskazanie działań jakie podejmuje pielęgniarka opiekując się osobą chorą, aby poprawić jej funkcjonowanie w życiu codziennym zawodowym i społecznym oraz ukazanie na czym polega edukacja osoby chorej na schizofrenię paranoidalną. Przedstawienie jaki wpływ wywiera na życie osoby chorej schizofrenia paranoidalna.

MATERIAL, RESEARCH METHOD

The author used the case study method, which is qualitative research. This method is needed because each person with paranoid schizophrenia requires individual care, rehabilitation and therapy (Rubacha, 2008). The case study method is based on the analysis of the situation of a patient, his/her social, physical and cultural situation, which may contribute to the improvement or deterioration of health, and consequently the process of care and treatment (Lenartowicz, Kózka, 2010; Lewandowska et al., 2018). The female patient with paranoid schizophrenia was hospitalized in the Independent Public Health Care Centre in Siedlce, in the Masovian *Voivodship*. The facility has a psychiatric ward located on the second floor. The ward provides treatment to the patients with mental diseases (affective diseases, schizophrenia and schizotypal personality disorders), organic mental disorders, neurosis, behaviour and personality disorders, alcoholic psychoses, alcohol dependence syndromes and alcohol abstinence syndromes. The consent of the management of the facility for the study

MATERIAŁ, METODA BADAŃ

W badaniach posłużoną się metodą studium przypadku, należącą do badań jakościowych, ponieważ w przypadku osób ze schizofrenią paranoidalną, każda osoba wymaga indywidualnej opieki, rehabilitacji i terapii (Rubacha, 2008). Metoda indywidualnego przypadku polega na przeanalizowaniu sytuacji danego pacjenta, jego sytuacji społecznej, ruchowej, bądź kulturowej, które mogą przyczyniać się do poprawy lub pogorszenia zdrowia, czego następstwem jest proces opieki oraz leczenia (Lenartowicz, Kózka, 2010; Lewandowska i in., 2018). Obserwację pacjenta przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Siedlcach w województwie mazowieckim. Wymieniona placówka posiada oddział psychiatryczny mieszczący się na drugim piętrze. Usługi świadczone w zakresie leczenia na oddziale, to choroby psychiczne (choroby efektywne, schizofrenia i zaburzenia schizotypowe), organicznych zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, zaburzeń zachowania i osobowości, psychozy alkoholowe, zespoły zależności alkoholowej, abstynencyjnych zespołów alkoholowych.

was obtained. After obtaining the patient's consent, she was interviewed directly in the ward. The nurses and the therapeutic team were informed about the two-day observation of the patient. Various techniques were used to assess the mental state of the patient: observation, nursing interview (when the mental state improved), analysis of medical records and measurements of basic vital parameters. Once obtaining the consent of the management of the Independent Public Health Care Centre in Siedlce and the consent of the head of the ward, the medical history of the patient was obtained. As a result, in 2023 the research material necessary to study the process of nursing care was collected.

RESEARCH RESULTS – CASE STUDY

The patient was a 41-year-old woman. She lives in the Masovian *Voivodship*, in the city of Siedlce, together with her alcoholic brother and mother in a block of flats located on the fourth floor. The patient has been divorced for 9 years. Conflicts in the family caused her to move in with her cohabitee, with whom she has been living for five months. She has two adult children, a son and a daughter, with whom she maintains contact. She has basic vocational education. According to the interview, she worked as a cook in the school canteen for 21 years. She is currently unemployed and receives a rehabilitation benefit. The patient has been treated for several years with a diagnosis of paranoid schizophrenia according to the diagnostic criteria of ICD-10 classification. She was hospitalized in a psychiatric ward; currently it is her fifth stay in the hospital, the previous hospitalization was a year earlier (the average period of remission – 1.5 years). This time, she was brought to the hospital by an ambulance called by her mother. On admission to the hospital, the patient was very agitated, unable to control her emotions, words and actions. She was aggressive towards the family and the people around. The interview revealed that she had not taken any medication for two months. The patient consented to hospitalization and was admitted to the Department of General Psychiatry. On admission, the patient was scruffy and dirty, properly

Otrzymano zgodę dyrekcji placówki na przeprowadzenie obserwacji. Po uzyskaniu zgody pacjentki, przeprowadzono z nią wywiad w sposób bezpośredni na oddziale. O przeprowadzeniu dwudniowej obserwacji pacjenta, poinformowano pielęgniarki oraz zespół terapeutyczny pacjentki. Do oceny stanu psychicznego osoby chorej wykorzystano różne techniki: obserwację, wywiad pielęgniarski (z chwilą poprawy stanu psychicznego) oraz analizę dokumentacji medycznej i pomiary podstawowych parametrów życiowych. Po uzyskaniu zgody dyrekcji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siedlcach oraz ordynatora oddziału jako przewodniczącego zespołu terapeutycznego pacjentki uzyskano możliwość wglądu w historię choroby pacjentki ze schizofrenią paranoidalną. Dzięki temu w 2023 roku zebrano materiał badawczy konieczny do opracowania procesu pielęgnacyjnego.

WYNIKI BADAŃ – STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka, to kobieta w wieku 41 lat. Mieszka w woj. mazowieckim, na terenie miasta Siedlce razem z bratem alkoholikiem i matką w bloku na czwartym piętrze. Od 9 lat jest rozwiedziona. Konflikty w rodzinie spowodowały, że pacjentka przeprowadziła się do swojego konkubenta, z którym mieszka już od pięciu miesięcy. Ma dwoje dorosłych dzieci, syna i córkę z którymi utrzymuje kontakt. Posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe. Jak wynika z przeprowadzonego wywiadu przez 21 lat pracowała jako kucharka w szkolnej stołówce. Obecnie nie pracuje zawodowo, pobiera świadczenie rehabilitacyjne. Psychiczenie pacjentka leczona była od kilku lat z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej według kryteriów diagnozowania klasyfikacji ICD-10. Była hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym, obecnie jest to jej piąty pobyt w szpitalu, poprzednia hospitalizacja miała miejsce rok wcześniej (średni okres remisji co 1,5 roku). Obecnie została przewieziona do szpitala karetką, którą wezwała jej matka. Pacjentka podczas przyjęcia do szpitala wykazywała duże pobudzenie, nie panowała nad emocjami oraz nad tym, co mówiła i robiła. Przejawiała zachowania agresywne w stosunku do rodziny i otoczenia. Z wywiadu wynika również, że od dwóch miesięcy nie przyjmowała leków. Chora wyraziła zgodę na hospitalizację i została przyjęta do Oddziału Psychiatrii Ogólnej. Podczas przyjęcia zauważono u pacjentki duże zaniedbanie

oriented, verbal contact was maintained, factual contact was a bit difficult, she spontaneously uttered delusional content. The patient claimed that "her brother wants to kill her and he has already planned everything with other residents from the block". She had persecutory delusions, believed that everyone was watching her because they were all "in league" with her brother. The patient sees people who are not around and hears their whispers, which increasingly turn into loud conversation. She was anxious. The patient reported that she had not slept for 3 days. She admitted that recently she had been feeling an increased appetite and that she did not do any physical activity. BMI was 32, indicating obesity. The patient's circulation (blood pressure 131/79 mmHg, pulse 84/min, no oedema) and respiratory system were efficient. Body temperature – 36.6 degrees Celsius. The patient has been smoking about one pack of cigarettes a day for many years, she claims that she occasionally drinks alcohol in small amounts. The patient showed psychomotor agitation with the periods of aggression towards staff and fellow patients. She presented altered thinking with the delusional nature, difficult to understand during a conversation with a doctor. She denied having hallucinations, she also did not seem hallucinatory, but confirmed her theory about other people's observations and her brother's intention to kill her. She complained of weakness and insomnia. At night, according to the nurse's report, she could not sleep and walked around the corridor, uttering incomprehensible content, shouting and whispering alternately. During the day, she usually stayed in her room, avoiding conversations with other patients and medical staff. Attempts to talk or encourage the patient to physical activity, such as a walk around the ward, ended in failure and aggression. The patient was reluctant to participate in occupational therapy and conversations with a therapist or psychologist. She was constantly looking for suspicions and conspiracies against her. She did not feel safe in the ward, because, in her opinion, there were people there who were in a conspiracy with her brother. She was withdrawn and isolated.

higieniczne, zorientowana prawidłowo, kontakt słowny zachowany, rzeczowy nieco utrudniony, spontanicznie wypowiadała treści urojeniowe. Twierdziła, że „brat chce ją zabić i wszystko już zaplanował z innymi mieszkańcami z bloku”. Miała manie prześladowcze, uważała, że każdy ją obserwuje, bo wszyscy są „w zмовie” z jej bratem. Chora widzi osoby, których nie ma w pobliżu i słyszy ich szepty, które narastająco zmieniają się w głośną rozmowę. Boi się. Pacjentka podaje, że od 3 dni nie sypia. Przyznała, że w ostatnim okresie odczuwa wzmożone łaknienie oraz, że nie wykonuje żadnej aktywności fizycznej. Obliczone BMI wyniosło 32, co wskazuje na otyłość. Chora jest wydolna krążeniowo (ciśnienie tętnicze 131/79 mmHg, tętno 84/min, brak obrzęków) i oddechow. Temperatura ciała 36,6 stopni Celsjusza. Pacjentka od wielu lat wypala około jednej paczki dziennie papierosów ale podaje, że alkohol pije okazjonalnie w niewielkich ilościach. Pacjentka wykazywała pobudzenie psychoruchowe z okresami przejawianej agresji wobec personelu i współpacjentów. Chora wykazuje zmieniony proces myślenia o charakterze urojeniowym, ciężki do zrozumienia w trakcie prowadzonej rozmowy z lekarzem. Omamom przeczyła nie sprawiała wrażenia halucynującej, lecz potwierdzała swoją teorię na temat obserwacji przez innych ludzi i zamiarze zabicia jej przez brata. Skarżyła się na osłabienie i bezsenność. W nocy, jak wynikało z raportu pielęgniarzkiego nie mogła zasnąć, chodziła po korytarzu oddziału w którym przebywa, wypowiadając niezrozumiałe treści, krzycząc i naprzemiennie szepcząc. W czasie dnia na oddziale przebywa zwykle w swojej sali, unikała rozmów z innymi pacjentami oraz personelem medycznym. Podejmowane próby rozmowy, czy zachęcenia pacjentki do aktywności fizycznej, takiej jak spacer po oddziale kończyły się niepowodzeniem oraz agresją. Chora niechętnie brała udział w terapii zajęciowej, czy rozmowach z terapeutą i psychologiem. Ciągłe doszukiwała się podejrzeń i spisku skierowanego na jej osobę. Uważała, że na oddziale nie czuje się bezpiecznie, bo tu też są osoby, które są w spisku z jej bratem. Przyjmowała postawę wycofaną i izolacji.

Problems with nursing care

In order to provide holistic care, the actions were taken to diagnose and solve the patient's problems.

The first problem was a depressed mood associated with the fact of hospitalization and homesickness, manifested by sad facial expression and frequent tearfulness. The aim of the actions was to improve the patient's mood. The following activities were carried out in this regard: observation of the patient and conversation about hospitalization in calm and controlled tone of voice; contact with a doctor and psychologist was provided; efforts were made to create safe and friendly atmosphere and earn the patient's trust; a sense of acceptance and understanding were ensured as well as contact with children and partner. As a result, changes in the patient's mood were observed in a very short period of time (the next day), the patient was cheerful, began to smile and could even joke.

The second problem concerned psychomotor agitation, caused by the disease and manifested by violent movements of the arms and legs. The aim of the actions was to reduce or eliminate arousal. This time, the following actions were taken: diverting the patient's attention from things and people that annoyed her; elimination of stimuli causing stimulation; providing the appropriate conditions for rest and sleep; administration of pharmacotherapy ordered by a physician. As a result, after two days, an improvement in the patient's health condition and a decrease in psychomotor agitation were observed.

Another problem was aggressive behaviour towards other patients and medical staff, who tried to talk to her, and social withdrawal. The purpose of the actions was to reduce aggression. The following actions were taken in this regard: calm and composed conversation with the patient; constant and discreet observation of the patient; ensuring contact with a doctor, psychologist and therapist; eliminating stimuli that cause aggressive behaviour; administering medications prescribed by a doctor; providing assistance in adapting to new conditions; encouraging the patient to participate in the activities of the ward community. As a result, changes in behaviour and calming were observed.

Another problem were sleep disorders associated with delusions, which at night contributed to the patient walking around the

Problemy pielęgnacyjne

W holistycznej opiece nad pacjentką podjęto działania mające na celu diagnozę jej problemów i ustalenie działań ich rozwiązania.

Pierwszym problemem pacjentki było obniżenie nastroju związane z kolejną hospitalizacją i tęsknotą za domem, objawiający się smutnym wyrazem twarzy oraz częstą płaczliwością. Celem podjętego działania była poprawa nastroju pacjentki. W ramach osiągnięcia wskazanego celu przeprowadzono działania, takie jak: obserwacja pacjenta, rozmowa z pacjentką na temat kolejnej hospitalizacji, przeprowadzona spokojnym i opanowanym tonem głosu; zapewniono kontakt z lekarzem; zapewniono również kontakt z psychologiem; zadbano o stworzenie bezpiecznej i przyjaznej atmosfery; zdobyto jej zaufanie; zapewniono poczucie akceptacji i zrozumienia, kontakt z dziećmi i partnerem. W wyniku wykonywanych działań zaobserwowano u pacjentki w bardzo krótkim okresie czasowym (następnego dnia) zmiany w nastroju, pacjentka była pogodna, zaczęła się uśmiechać a nawet potrafiła żartować.

Drugi zaobserwowany problem u pacjentki dotyczył pobudzenia psychoruchowego, uwarunkowany istotą choroby, objawiający się gwałtownymi ruchami rąk i nóg. Celem podjętych działań było zmniejszenie, bądź wyeliminowanie pobudzenia. Tym razem w ramach osiągnięcia założonego celu podjęto następujące działania: odwrócenie uwagi pacjentki od rzeczy i osób, które ją drażnią; zapewnienie warunków do odpoczynku i snu; wyeliminowanie z otoczenia bodźców wywołujących pobudzenie; podanie farmakoterapii zleconej przez lekarza. W wyniku zrealizowanych działań po dwóch dniach zaobserwowano poprawę stanu zdrowia pacjentki i obniżenie pobudzenia psychoruchowego.

Kolejny trzeci problem, to przejawianie zachowań agresywnych przez pacjentkę w stosunku do innych pacjentów i personelu medycznego podejmujących próby z nią rozmowy i dotyczący wycofania społecznego. Celem ustalonych działań było zmniejszenie agresji. W ramach osiągnięcia założonego celu podjęto działania, takie jak: przeprowadzenie spokojnej i opanowanej rozmowy członków zespołu terapeutycznego z pacjentką; stałą i dyskretną obserwację pacjentki; zapewnienie kontaktu z lekarzem; zapewnienie kontaktu z psychologiem i terapeutą; wyeliminowanie bodźców wywołujących agresywne zachowanie;

ward and uttering incomprehensible content. The aim of the actions was to restore the normal sleep rhythm. The following actions were taken in this regard: the cause of sleep disturbances was determined; pharmacotherapy was continued; the consumption of coffee and strong tea in the afternoon was limited; daytime sleep was advised to be avoided; airing the room before bedtime; it was recommended to reduce cigarette smoking and phone calls before bedtime. As a result, the symptoms of sleep disorders and delusions decreased.

Further diagnostic actions revealed withdrawal from social contacts, isolation from other patients and staff, reluctance to establish contacts, manifested in the fact that the patient was often alone in her room lying in bed. The aim of the actions was to socialize the patient. The following actions were taken to address this issue: calm and patient conversation with the patient; ensuring a sense of security; the patient was familiarized with the group activities available at the ward aimed at improving self-esteem; contact with a psychologist and a therapist was provided, the patient was motivated to establish contacts with other patients. As a result, after a week, the patient began to talk more with the patient from the next bed and expressed her willingness to participate in one of the group activities in the ward.

The patient manifested fear of being persecuted by her brother, helplessness, loneliness manifested by readiness to attack, aggression and crying. The aim of the actions was to reduce anxiety. The actions were taken to familiarize the patient with the topography of the ward and to provide her with a sense of security and peace. She had an opportunity to talk to the doctor, therapist and psychologist (frequent conversations), she was discreetly controlled, attempts were made to talk to the patient about her fears, the pharmacology ordered by the doctor was continued; efforts were made to convince the patient that she is safe and that the people who persecute her do not have the opportunity to contact her; she was visited by her family and partner, the patient was encouraged to assess and control her behaviour. An attempt was made to direct the patient's arousal to physical activity in order to reduce agitation. After a few days, as a result of the above actions and the visit of her children and partner, the patient calmed down, smile appeared on her face, and she slept peacefully all night. It was a response to properly planned and performed activities.

podanie leków zleconych przez lekarza; udzielenie pomocy w zaadaptowaniu się do nowych warunków i otoczenia; zachęcanie pacjentki do brania udziału w społeczności oddziału. W efekcie wykonanych działań u pacjentki zaobserwowano zmiany w zachowaniu i uspokojenie.

Kolejnym zdiagnozowanym problemem były zaburzenia snu związane z wystąpieniem urojeń, które w nocy przyczyniały się do chodzenia pacjentki po oddziale i wypowiedzenia przez nią niezrozumiałych treści zdania. Celem podejmowanych działań było przywrócenie prawidłowego rytmu snu pacjentce. W ramach osiągnięcia założonego celu podjęto następujące działania: ustalono przyczynę zaburzeń snu; kontynuowano farmakoterapię zleconą przez lekarza; ograniczono spożycia kawy i mocnej herbaty w godzinach popołudniowych; zalecono unikanie snu w ciągu dnia; przewietrzenie sali przed snem; zalecono zmniejszenie palenia papierosów przed snem i ograniczono rozmowy telefoniczne przed snem. W wyniku zrealizowanych działań u pacjentki zmniejszyły się problemy z zaburzeniami snu i urojeniami.

W wyniku dalszej diagnozy sytuacji chorej rozpoznano problem wycofania pacjentki z kontaktów życia społecznego, izolowania się od innych pacjentów i personelu, niechęci nawiązywania kontaktów z innymi osobami, objawiający się tym, że pacjentka często przebywała sama w swojej sali leżąc w łóżku. Celem podjętych działań było głównie uspołecznienie pacjentki. W ramach rozwiązania tego problemu podjęto następujące działania: przeprowadzono spokojną i cierpliwą rozmowę z pacjentką; zapewniono jej poczucie bezpieczeństwa; zapoznano z dostępnymi zajęciami grupowymi mającymi na celu dowartościowanie siebie; umożliwiono kontakt z psychologiem i terapeutą, motywowano do nawiązywania kontaktów z innymi pacjentami. W rezultacie zrealizowanych działań po tygodniu zaobserwowano, że pacjentka zaczęła więcej rozmawiać z pacjentką z sąsiedniego łóżka oraz wyraziła chęć uczestnictwa w jednej z grup zajęciowych na oddziale.

U pacjentki zaobserwowana problem odczuwanego lęku przed prześladowczym bratem, poczucia bezradności, osamotnienia objawiającego się gotowością do ataku, agresją i płaczem. Celem podejmowanych działań było obniżenie lęku u pacjentki, a w podjętych działaniach zapoznanie z topografią oddziału, zapewnienie pacjentce

poczucia bezpieczeństwa, spokoju, umożliwienie rozmowy z lekarzem i terapeutą, zapewnienie rozmowy z psychologiem (częste rozmowy), dyskretna kontrola pacjentki, rozmowa z pacjentką na temat jej lęków, kontynuowanie zleconej farmakologii przez lekarza, przekonanie pacjentki, że jest bezpieczna, a osoby prześladowające ją nie mają możliwości kontaktu z nią i umożliwienie kontaktu z najbliższą rodziną i partnerem, zachęcenie pacjentki do oceny własnego zachowania. Podjęcie próby ukierunkowania pobudzenia pacjentki na aktywność fizyczną w celu zmniejszenia pobudzenia. W rezultacie wykonanych działań i po wizycie oczekiwanych dzieci oraz partnera po kilku dniach pacjentka uspokoiła się, na jej twarzy pojawił się uśmiech i spokojnie przespala całą noc. Była to odpowiedź na odpowiednio zaplanowane i przeprowadzone działania.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

As presented in the article, the aim of the research was to identify nursing problems in the care for a patient with paranoid schizophrenia. The article also presents the nurse's work in the aspects of activities aimed at providing this kind of care. The research has also shown the importance of educating both patients and their family.

Based on the analysis of medical records, nursing observations, diagnosed problems and actions taken by the nursing staff, the following conclusions were made.

When caring for a patient with paranoid schizophrenia, the nurse encounters the following problems: anxiety, psychomotor agitation, aggression and self-aggression, sleep disorders, delusions, withdrawal from social life, reluctance to establish personal contacts, helplessness and loneliness.

To improve the patient's functioning, the nurse performs a therapeutic function by providing the patient with holistic care that covers all areas and aspects of life. The basis for all these activities is the ability to communicate and shape the patient-nurse relationship. Communication with the patient should be based on interest, acceptance, empathy and active listening. The nurse should be able to recognize communication barriers, identify their source, and thus improve the process of communication.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Jak wynika z treści przedstawionych w niniejszym artykule celem podjętych badań było rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjentki ze schizofrenią paranoidalną. Ukazano również aspekty pracy pielęgniarki w procesie prowadzenia działań w opiece nad tą pacjentką. Jednocześnie badania wskazały wagę znaczenia edukacji pacjenta i jego rodziny.

Na podstawie zebranej dokumentacji medycznej, obserwacji pielęgniarstwa, zdiagnozowanych problemów osoby chorej i zrealizowanych działań sformułowano następujące wnioski:

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem ze schizofrenią paranoidalną obserwuje takie problemy jak: lęk, pobudzenia psychoruchowe, skłonności do agresji wobec siebie i otaczających ją osób, zaburzenia snu, urojenia, wycofanie się z kontaktów życia społecznego, niechęć do nawiązywania kontaktów personalnych, poczucie bezradności i osamotnienia.

Aby poprawić jakość funkcjonowania wobec pacjentki, pielęgniarka pełni funkcje terapeutyczną. Otacza pacjenta holistyczną opieką, która obejmuje wszystkie obszary życia oraz wszelkie aspekty. Podstawą tych działań jest umiejętność komunikowania się, kształtowanie relacji pacjent – pielęgniarka. Komunikacja pielęgniarki z chorym powinna opierać się na okazywaniu choremu zainteresowania, akceptacji, empatii oraz umiejętności słuchania. Pielęgniarka powinna

In order to fulfil the educational role when caring for a patient with paranoid schizophrenia, the nurse teaches the patient the rules of correct interpersonal relationship, taking into account his/her mental state and environment.

Paranoid schizophrenia has an impact on the entire life of the patient. The problems relate not only to the mental sphere, but cover all areas of life making everyday functioning difficult.

znąć bariery komunikacyjne, ich źródło, by pomóc w usprawnianiu komunikacji

Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze schizofrenia paranoidalną polega na uczeniu chorego poprawnej relacji międzyludzkiej, biorąc pod uwagę stan psychiczny pacjenta, jak również środowisko w którym on funkcjonuje.

Schizofrenia paranoidalna wywiera wpływ na życie osoby chorej. Problemy z którymi zmagają się pacjenci w przebiegu tej choroby dotyczą głównie sfery psychicznej ale obejmują one również wszystkie obszary życia człowieka, które utrudniają codzienne funkcjonowanie.

References / Bibliografia:

1. Człapa, K., Wysok, D., Rybakowski, F. (2016). Deficyty poznania społecznego w zaburzeniach ze spektrum autyzmu – porównanie ze schizofrenią. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, t. 11, nr 1, s. 12-20. DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2016.59834>
2. Helińska, H., Bajurna, B. (2010). *Pacjent ze schizofrenią paranoidalną z perspektywy opieki pielęgniarskiej*. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1 (35), s. 28-33. Poznań: Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
3. Jan Paweł II. *Orędzie na II Światowy Dzień Chorego*, www.papiez.wiara.pl/doc/378767. Chrzescijanski-sens-ludzkiego-cierpienia (dostęp: 12.02.2023).
4. Jaracz, J., Grzechowiak, M., Raczkowiak, L., Rybakowski, J. (2011). Rozpoznawanie emocji twarzy w schizofrenii: związek z funkcjonowaniem poznawczym i społecznym. *Psychiatria Polska*, 45 (6), s. 839-849.
5. Jarema M., Rabe-Jabłońska, J. (2011). *Psychiatria – podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. Kucharska-Pietura, K., Klimkowski, M. (2002). Zaburzenia prozodii emocji u chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11, s. 357-364.
7. Kucharska-Pietura, K., Wybacz, M. (2004). Deficyty poznawcze i emocjonalne we wczesnych stadiach procesu schizofrenicznego. *Badania nad Schizofrenią*, 5, s. 257-265.
8. Kudyk, P., Panasiuk, L. (2017). Wpływ czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii paranoidalnej. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, t. 2, nr 3, s. 53-63.
9. Lenartowicz, H., Kózka, M. (2010). *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
10. Lewandowska, A., Lichota, L., Lewandowski, T., Laskowska, B. (2018). Perception of nursing as a scientific discipline and nurse profession by students of nursing. *Journal of Education, Health and Sport*, Vol. 8(02), s. 106-119.
11. Linke, M., Jarema, M. (2014). Rehabilitacja poznawcza osób chorych na schizofrenię – najnowsze interwencje. *Psychiatria Polska*, 48(6), s. 1179-1188.
12. Murzyn, A., Mielimąka, M., Nieckowski, Ł. (2010). Psychoterapia schizofrenii: cele, skuteczność, specyfika oddziaływań. Indywidualna psychoterapia psychodynamiczna – przegląd literatury. *Psychiatria i Psychoterapia*, t. 6, nr 2, s. 33-43.
13. Nowak, M. (2008). *Teorie i koncepcje wychowania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
14. Orędzie na II Światowy Dzień Chorego, www.papiez.wiara.pl/doc/378767. Chrzescijanski-sens-ludzkiego-cierpienia (dostęp:13.02.2023).
15. Perła-Wysiecka, J. (2015). Miejsce arypiprazolu w leczeniu psychoz z grupy schizofrenii. *Psychiatria*, t. 12, nr 1, s. 55-61.

16. Pielkova, J.,A.(2013). Pomoc rodzinie w opiece nad chorym na schizofrenię. *Pedagogika Rodziny*, nr 3(4), s. 27-36.
17. Pięta, P. (2017). Sposoby rozwiązywania problemów dnia codziennego wynikających z doświadczenia przewlekłej choroby psychicznej – schizofrenii. *Pielęgniarstwo Polskie*, Nr 3 (65), s. 537-543. DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.73>.
18. Radecka, I., Łopacińska, I., Kopański, Z., Brukwicka, I., Lishchynskyy, Y., Rowiński, J. (2014). The Significance of Interpersonal Communication in Nursing. *Journal of Clinical Healthcare*, No. 4, 6-9.
19. Rubacha, K. (2008), *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
20. Skorupska-Król, A., Hanarz, B. (2014). Samoocena depresji wśród chorych na schizofrenię uczestniczących w programie rehabilitacji psychiatrycznej – doniesienie wstępne. *Psychiatria*, t. 11, nr 1, s. 43-48.
21. Skrzypińska, D., Słodka, M. (2012). Kto może zachorować na schizofrenię? Czyli o modelach podatność-stres. W: Drop, E., Maćkiewicz, M. (red.) *Młoda Psychologia*, t.1. Warszawa: Liberi Libri, s. 369-385.
22. Śliwerski, B. (2003). *Współczesne teorie i nurty wychowania*. Wyd. 3. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
23. Wiśniewska P., Blajerska D., (2019). Opieka pielęgniarska nad pacjentem hospitalizowanym z powodu schizofrenii paranoidalnej. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, Vol. 8, Nr 4, s. 115-117.
24. Witkowska-Łuć, B. (2019).The role of therapeutic activities in the recovery of people treated for schizophrenia spectrum disorders. *Psychoterapia*, Nr 4 (191), s. 29-40. DOI: 10.12740/PT/115234.
25. WHO. Schizophrenia. 2022, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> (dostęp: 10.02.2023).
26. Wójciak, P., Rybakowski J. (2018).Clinical picture, pathogenesis and psychometric assessment of negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatria Polska*, Nr 52(2), s. 185-197. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/70610>.
27. Wójciak, P., Domowicz, K., Rybakowski, J. (2017). Objawy negatywne schizofrenii pierwotne i wtórne, zespół deficytowe, uporczywe objawy negatywne. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, t. 12, nr 3, s. 108–117. DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2017.71668>.