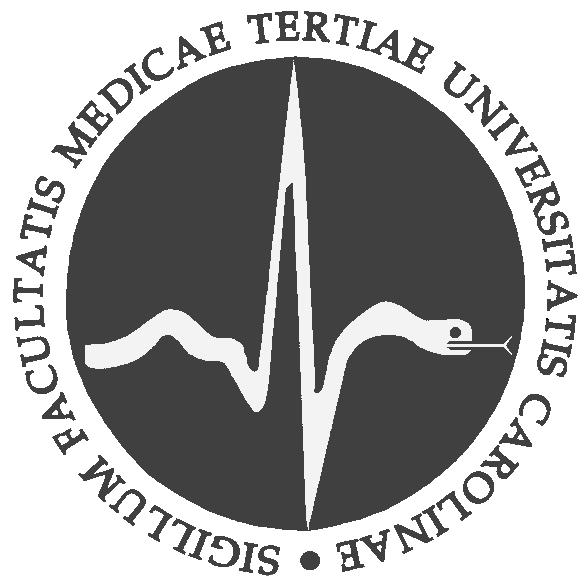
UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Zuzana Rezková**

Uplatnění ošetřovatelského modelu v péči o pacienta na psychiatrickém oddělení

*Seminární práce*

Praha 2021

V letošním roce jsem svou letní praxi absolvovala ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Klinice adiktologie. Měla jsem možnost pracovat 8 hodinové směny na detoxifikační jednotce, kde byli pacienti, kteří se dobrovolně rozhodli léčit se se svou závislostí. Během své praxe jsem se setkala s pacienty závislými na drogách i alkoholu. Pro tuto práci bych ráda popsala model Hildegardy E. Peplau, který se týká interpersonálních vztahů sestra – pacient/klient.

# Hildegarda E. Peplau

Narodila se 1. září roku 1909 v Pensylvánii v USA. V roce 1918 zažila ničivou epidemii chřipky. Tato situace ovlivnila její pohled na situaci rodin ovlivněných nemocí nebo úmrtím. Roku 1931 získala základní ošetřovatelské vzdělání a poté pracovala jako vedoucí na operačním v sále v Pottstown Hospital a následně jako vedoucí ošetřovatelství v Bennington Hospital. V roce 1943 dokončila bakalářské studium psychologie mezilidských vztahů na Bennington College ve Vermontu. V letech 1943–1945 během 2. světové války sloužila v sesterském oddílu v polní nemocnici v Anglii, kde se nacházela vojenská psychiatrická škola. Zde měla možnost se setkat a následně spolupracovat s velkými osobnostmi britské a americké psychiatrie. (1)

Po válce s těmito psychiatry dále spolupracovala. Podílela se s nimi na úpravě „Systému duševního zdraví“. Její celoživotní práce byla zaměřena na rozvoj interpersonální teorie H. S. Sullivana a užití této teorie v ošetřovatelské praxi. V roce 1947 dosáhla magisterského vzdělání v oboru psychiatrické ošetřovatelství. Později se věnovala vytváření workshopů, kde učila sestry o poznávání a vytváření mezilidských vztahů a prosazovala další vzdělávání sester, aby mohli pacientům poskytovat odpovídající péči.

Později se stala prezidentkou a následně víceprezidentkou ANA (American Nursing Association) a byla spolupracovnicí WHO (World Health Organization). Publikovala knihu „Interpersonal Relations in Nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetřovatelství) a stala se zakladatelkou a vydavatelkou odborného časopisu „Properties in Psychiatric Care“. Dále vydala knihy u „Basic principles of patient counselling“ (Základní principy pacientova poradenství) a „Interpersonal relations in nursing: A Conceptual framework of reference for psychodynamic nursing“ (Interpersonální vztahy v ošetřovatelství: koncepční rámec psychodynamického ošetřovatelství). (1)

V roce 1974 odešla do penze. Poté působila jako profesorka na univerzitě v Lovani v Belgii, kde se zasloužila o vznik prvního postbakalářského ošetřovatelského programu v Evropě. Zemřela po krátké nemoci v roce 1999 ve věku 89 let ve svém domě v Kalifornii.

H. Peplau byla oceněna Americkou akademií ošetřovatelství cenou „Living legend“. Je označována za „matku psychiatrického ošetřovatelství“ díky svému přínosu vedoucímu k rozvoji psychiatrického ošetřovatelství.

# Model H. Peplau

Podle Hildegardy Peplau je ošetřovatelství interpersonální proces mezi jednotlivci se společným cílem. Během svého studia a následně praxe se seznámila s mnoho významnými odborníky v psychiatrické péči, se kterými spolupracovala a nechala se jimi inspirovat. Jako jedna z prvních převzala vědomosti i z jiných vědních oborů. Její model je významně ovlivněn modelem interpersonálních vztahů od Harryho S. Sullivana. Podle Sullivana jsou pro správný mentální vývoj člověka důležité mezilidské vztahy v dětském věku, společenské podmínky a tlaky. Podle jeho teorie je chování člověka ovlivňováno dvěma hnacími silami. Jedná se o snahu o uspokojování a o bezpečí. Jestli nejsou tyto dvě síly naplňovány, dochází k tenzím spojeným s potřebami nebo s úzkostí. Tenze spojené s potřebami vznikají, pokud potřeby nejsou uspokojovány. Tenze spojené s úzkostí vznikají, pokud není uspokojena snaha o bezpečí. Podle H. Peplau je chování jedince významně ovlivněno tenzemi, které se snaží potlačovat. Tento jev nazývá transformace energie. Tenze následně ovlivňují chování jedince a tím i mezilidské vztahy. Vytvářejí se takto takzvané série dynamismů, což jsou určité vzorce chování, které jedinec používá k regulaci tenzí, které vznikají neuspokojováním jeho potřeb nebo úzkostí. (2)

H. Peplau vyvíjela svůj model postupně, a to popisem struktur interpersonálního procesu a jednotlivých stádií ve vztahu sestra – pacient/klient. Následně definovala úlohu sestry v tomto procesu. Peplau uvádí, že každý člověk by měl být respektován jako jedinečný biologicko – psychologicko – spirituálně – sociální celek, který na určité situace může reagovat odlišně než my. Společně se sestrou se snaží identifikovat problém a řešení zdravotního problému, každý na to má ale odlišný úhel pohledu, vzhledem k jeho osobnosti a osobním zkušenostem. Vlivem kultury a prostředí, ve kterém žije, si člověk do vztahu přináší své předpojaté myšlenky, které následně ovlivňují jeho vnímání. Na to má vliv také kultura jedince, prostředí, ve kterém žije, a osobní hodnoty. Sestra s pacientem během navazování vztahu postupně objevují své role a snaží se společně dosáhnout řešení zdravotních problémů. (2)

Předmět zkoumání ošetřovatelství vysvětluje H. Peplau takto: osoba je člověk, který žije v nestabilní rovnováze a snaží se snižovat tenze, které vznikají v důsledku neuspokojení jeho vlastních potřeb. Zdraví vysvětluje jako slovní symbol, který napomáhá k rozvoji osobnosti, tvořivosti a produktivitě v osobním i společenském životě a napomáhá k osvojení si zvyků, které napomáhají k udržení zdraví. Dále popisuje prostředí jako celek složený z kultury a domácího a pracovního prostředí. Ošetřovatelství vysvětluje H. Peplau jako významný interpersonální proces. Do tohoto procesu vstupuje pacient, jako osoba, která potřebuje pomoc a sestra, jako jedinec, který pacienta povede k osobnímu rozvoji, kreativitě a produktivitě.

Psychodynamické ošetřovatelství pomáhá jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra díky tomu, že se naučí porozumět chování lidí, pak následně snadněji rozpozná a problémy pacienta a pomáhá je řešit. Sestra poté používá i vlastní zkušenosti k tomu, aby pacientovi pomohla problémy vyřešit nebo odstranit. V interpersonálním vztahu mezi sestrou a pacientem jsou důležité role sestry, které jsou základem psychodynamického ošetřovatelství. (1)

## Fáze modelu H. Peplau

Interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem má čtyři fáze:

* Orientace – sestra se s pacientem setkává poprvé a pacient přichází, protože má potřebu vyhledat odbornou pomoc. V této fázi se mezi nimi začíná vytvářet terapeutický vztah. Je důležité, aby sestra spolupracovala s pacientem i jeho rodinou a společně se snažili najít řešení problému. Sestra pomáhá pacientovi definovat, objasnit a najít řešení problémů ihned po jeho rozpoznání, což snižuje napětí a strach pacienta.
* Identifikace – v této fázi si sestra s pacientem navzájem ujasňují své cíle a představy. Tím se mezi nimi vytváří zdravý pracovní vztah a pacient začíná vnímat sestru jako někoho, kde mu může pomoci. Pacient může reagovat buď zcela pasivně a je závislý na sestře, autonomně kdy není na sestře vůbec závislý, nebo aktivně spolupracuje, ale je na sestře částečně závislý.
* Využití – pacient je v této fázi více a více soběstačný a přebírá sám kontrolu nad situací a využívá dostupných služeb. Sestra ho povzbuzuje, motivuje a poskytuje mu prostředky. Pacient věří ve své schopnosti a klade si reálné cíle.
* Ukončení – jedná se o fázi ukončení terapeutického vztahu. Dochází k ní pouze tehdy, pokud jsou splněny potřeby pacienta a on dokáže existovat sám. Sestra se poté může zaměřit na nové cíle. (3)

## Role sestry

V různých fázích interpersonálního vztahu zaujímá pacient a sestra různé role. Tyto role se projevují různým chováním. Setra zaujímá v terapeutickém vztahu tyto role:

* Role neznámé osoby – tuto roli sestra zaujímá v momentě, kdy se s pacientem setkají poprvé. Sestra přistupuje k pacientovi zdvořile, bez předsudků, akceptuje ho takového, jaký je a spolupracuje s jeho rodinou. Tato role je úvodem do terapeutického vztahu a sestra se pacientovi plně věnuje, i když on sám neumí vyjádřit své pocity.
* Role pomocnice – sestra pokládá pacientovi konkrétní otázky a nabízí pacientovi připravené odpovědi, napomáhá mu odhalit příčiny jeho problémů a poskytuje mu informace týkající se jeho problémů
* Role učitelky – jedná se o kombinaci předchozích rolí, sestra vychází z vědomostí, které má pacient, učí ho nové věci, které neví a o které má zájem.
* Role vůdce – v této roli se jedná o demokratický proces, při kterém sestra vede pacienta k plnění jeho povinností pomocí kooperace a aktivní účasti pacienta.
* Role zástupce – tato role závisí na tom, do jaké míry je pacient na sestře závislý (může být zcela, částečně nebo vůbec)
* Role poradce – autorka uvádí, že tato role je nejdůležitější z rolí v ošetřovatelském procesu. Sestra radí pacientovi při naplňování jeho potřeb pomocí svých vědomostí a umění. (3)

# Model Hildegardy E. Peplau v praxi

Jak jsem uvedla již v úvodu, svou praxi jsem plnila na Klinice adiktologie ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Konkrétně jsem se pohybovala na Detoxifikační jednotce. Sem přicházeli pacienti, kteří se dobrovolně rozhodli skončit se svou závislostí. Na tomto oddělení se ale ve většině případů nezbaví své závislosti, proto je vhodné, pokud podstoupí na následnou 3 měsíční léčbu. Pacienti přicházející na toto oddělení trpí diagnózou závislosti. V některých případech mají i jiná psychiatrické onemocnění. Ke každému pacientovi na tomto oddělení je potřeba přistupovat individuálně a sledovat jeho reakce. Hned po příchodu na oddělení už se začíná utvářet vztah mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Ráda bych uvedla příklad užití modelu H. Peplau na pacientovi závislém na alkoholu.

Když pacient přišel na oddělení byla jsem v roli *neznámé osoby*. Přistupovala jsem k němu bez předsudků a jelikož byl pacient velmi sdílný, nechala jsem ho mluvit. Sedli jsme si do vyšetřovny a sepsali spolu potřebné informace. Dala jsem pacientovi najevo, že nemusíme spěchat, že má čas nad tím přemýšlet a že ho vyslechnu. Poté jsem mu ukázala jeho pokoj, seznámila jsem ho s jeho spolubydlícími a vysvětlila mu denní harmonogram. Pacient ochotně spolupracoval a začali jsme mezi sebou vytvářet vztah pacient-sestra.

Tím jsem následně přešla do další role a tou je *pomocnice.* Nápomocná jsem byla pacientovi během celé hospitalizace, jelikož jsme si mezi sebou vybudovali důvěru. Hlavně během terapií, kterých jsem se účastnila, jsem se pacienta ptala na různé otázky za účelem odhalení příčiny jeho problémů a společně jsme se snažili najít řešení a adekvátní cíle.

Postupně jsem přešla do role *učitelky*. Pacient stále povídal, že nepotřebuje následnou léčbu a stačí mu detox. Já se mu rozumnými argumenty snažila vysvětlit výhody následné léčby a důvody, proč by pro něj byla vhodná. Díky tomu se nad touto možností začal zamýšlet.

V roli vůdce jsem byla, když pacient začal odmítat účastnit se terapií. Asertivně jsem mu vysvětlila, že terapie jsou součástí léčby a měl by se jich pro vlastní dobro zúčastnit. Byl vulgární, ale po chvíli konverzace se uklidnil a na terapii šel. Nakonec se mi omluvil za své chování a uznal, že pro něj byla přínosná.

V roli *zástupce* jsem v tomto případě moc nebyla, jelikož pacient byl plně nezávislý a neměl problémy s komunikací, takže se na vše ptal sám a snažil se se vším si poradit.

V roli *poradce* jsem pacientovi odpovídala na otázky, které měl během celé hospitalizace. Například jsme se spolu snažili najít zájmovou činnost, které by se mohl po propuštění věnovat. Dala jsem pacientovi najevo, že pokud bude mít nějaké dotazy nebo ho bude něco trápit, může se na mě obrátit a já se budu snažit být mu co nejvíce nápomocná.

Po skončení detoxifikačního programu se pacient rozhodl, že nepodstoupí následnou léčbu s hospitalizací. Přihlásil se ale do programu ambulantní léčby a při odchodu byl odhodlaný abstinovat.

Jako další příklad užití modelu bych chtěla uvést pacientku závislou na užívání heroinu. Když jsem se s ní poprvé setkala jako neznámá osoba, hned jsem si všimla jejího mladého věku. Ve vyšetřovací místnosti jsem spolu s ní sepsala ošetřovatelskou anamnézu, poté jsem ji provedla po oddělení a seznámila ji s týdenním programem. Díky tomu, že jsme si byli věkově blízké, jsme rychle dokázali navázat vztah a vzájemnou důvěru. Když jsem přešla do role pomocnice, ptala jsem se pacientky na otázky týkající se jejího problému a snažili jsme se spolu najít řešení. Po pár rozhovorech se mi svěřila, že začala užívat návykové látky s novým přítelem, který jí je několikrát nabízel, dokud nepodlehla. V rámci role učitelky jsem se snažila podávat pacientce všechny informace potřebné k dosažení jejích cílů. V roli zástupce jsem se u této pacientky ocitla, když se před lékaři styděla mluvit o svých problémech. Nejdříve jsem si s ní sama o tom pohovořila, navrhla jsem ji několik možných řešení a poté šla pacientka za lékaři, kde dokázala své pocity částečně popsat. V roli vůdce jsem pacientce pomáhala dodržovat denní program a v případě, že se nechtěla pacientka účastnit terapií, snažila jsem se ji rozumnými argumenty motivovat ke spolupráci. Poradce jsem byla pro pacientku během celé hospitalizace. Snažili jsme se spolu najít řešení problému a vytyčovat dosažitelné cíle. Pacientka po hospitalizaci na tomto oddělení nastoupila do Terapeutické komunity Karlov, kde podstoupila léčbu závislosti na návykových látkách.

Jako poslední příklad bude pacient, který byl závislý na lécích na bolest. Jako další psychiatrickou diagnózu měl paranoidní schizofrenii. Když přišel na oddělení, byl velmi nedůvěřivý a nechtěl s námi komunikovat. Přistupovala jsem k němu pomalu a klidně a opatrně jsem od něj odebrala ošetřovatelskou anamnézu. Seznámila jsem ho s faktem, že jsem studentka praktikující na tomto oddělení. Začal si se mnou povídat o škole a o jeho dceři, a tím takzvaně „roztály ledy“. Po pár dalších rozhovorech a terapiích se mnou už pacient začal hovořit o svých problémech a já jsem se mu snažila pomoci z pozice pomocnice a učitelky. Po celou dobu hospitalizace byl ale nedůvěřivý v komunikaci s lékaři. Svůj problém si uvědomoval a při vizitách často odkazoval na mě, že vím o jeho pocitech a že se chová klidně a rozumně, ale omlouval se za svou nedůvěru. Tímto způsobem jsem byla v roli zástupce, když jsem společně s ním překonávala komunikační bariéru mezi ním a lékaři. Pacient poté nastoupil na mužské oddělení léčby a bylo na něm poznat, že pracoval na svých problémech a jeho osobnost se rozvíjí.

Na závěr této práce bych chtěla napsat, že praxe na Klinice adiktologie mi dala mnoho nových zkušeností. V komunikaci se zde nezlepšovali jen pacienti ale i já sama. Model H. Peplau je mi osobně velmi blízký. Líbí se mi její myšlenka ohledně vztahu sestra – pacient a podle mého názoru takový přístup ocení i pacienti.

# Seznam použité literatury

1. AMBROŽOVÁ, Helena. *Vytváření interpersonálního vztahu dětská sestra – matka na neonatologickém oddělení prostřednictvím modelu H. Peplau*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
2. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1211-3.
3. VYSKOČILOVÁ, Jana. *Ošetřovatelský proces u pacientky s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ s transsexualismem*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.