UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Eliška Mudrová**

**Využití koncepčního modelu H. E. Peplau v ošetřovatelské praxi**

*Seminární práce*

Praha, září 2021

**Obsah**

[**1** **Úvod** 3](#_Toc82297283)

[**2** **Teorie** 4](#_Toc82297284)

[**2.1** **Hildegard E. Peplau** 4](#_Toc82297285)

[**2.2** **Ošetřovatelský model H. Peplau** 5](#_Toc82297286)

[**3** **Model v praxi** 7](#_Toc82297287)

[**4** **Závěr** 9](#_Toc82297288)

[**5** **Zdroje** 10](#_Toc82297289)

# **Úvod**

Tématem této seminární práce je využití koncepčního modelu H. E. Peplau v ošetřovatelské praxi. H. Peplau se věnovala psychiatrickému ošetřovatelství. Také se významně podílela na dalším vzdělávání sester, aby mohly pacientům poskytovat co nejadekvátnější péči. Její život a dílo vnesly do ošetřovatelství největší změny od dob Florence Nightingale. Svou práci jsem rozdělila na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části bych ráda nejprve popsala život H. E. Peplau a následně přešla k jejímu modelu ošetřovatelství a k tomu, jak vlastně vznikl. Následně se v praktické části zaměřím na příklady, při kterých jsem dle mého názoru použila model H. Peplau. Ke každé ze sedmi rolí sestry se pokusím přiřadit jednu mojí osobní zkušenost s pacientem, která k této roli patří.

# **Teorie**

## **Hildegard E. Peplau**

H. Peplau se narodila 1.9.1909 ve městě Reading v Pensylvánii jako druhá dcera imigrantů Gustava a Ottylie Peplau. Byla jednou z jejich šesti dětí, měla dvě sestry a tři bratry. V roce 1918 byla jako dítě svědkem ničivé epidemie chřipky. Tato osobní zkušenost výrazně ovlivnila její chápání dopadu onemocnění a úmrtí na rodiny pacientů (1).

Po absolvování Pottstown Pennsylvania School of Nursing získala diplom v roce 1931. Poté působila jako vedoucí na operačním sále v Pottstown Hospital a jako vedoucí ošetřovatelství v Bennington Hospital (1).

V roce 1943 získala bakalářské vzdělání v psychologii mezilidských vztahů na Bennington College ve Vermontu (1).

V letech 1943-1945 sloužila v armádě a byla přidělena k 312. polní nemocniční stanici v Anglii, kde se nacházela americká vojenská psychiatrická škola. Zde se setkala a spolupracovala se všemi velkými osobnostmi britské a americké psychiatrie, např. Erich Fromm, Freida Fromm-Riechman a Harry Stack Sullivan (1).

Po válce H. Peplau spolupracovala s těmito renomovanými psychiatry a pracovala na přetvoření „Systému duševního zdraví“ ve Spojených státech, konkrétně na části Národní duševní zákon z roku 1946 (1).

Celoživotní práce H. Peplau byla zaměřena zejména na rozšíření Sullivanovy interpersonální teorie a její použití v ošetřovatelské praxi (1).

Magisterský titul získala v psychiatrickém ošetřovatelství. H. Peplau se angažovala v dalším vzdělávání sester, aby mohly pacientům poskytovat péči jakou si zaslouží.

Mezi její díla patří např.: „Interpersonal relations in Nursing‘‘ (Interpersonální vztahy v ošetřovatelství), „Basic principlesof 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).

V roce 1996 americká akademie Ošetřovatelství ocenila H. Peplau jako "Living Legend". V roce 1998 byla Americkou asociací sester uvedena do ANA Hall of Fame (síně slávy)

H. Peplau je považována za „matku psychiatrického ošetřovatelství“ (1).

H. Peplau definuje ošetřovatelství jako interpersonální proces, jež zahrnuje interakci mezi dvěma či více jednotlivci a společným cílem (1).

Celoživotní práce a poznatky H. Peplau přinesly do ošetřovatelství největší změny od dob Florence Nightingale (1820-1920).

V roce 1990 byla založena cena H. E. Peplau na počest sestry, která významně přispívala v průběhu celého života ke zlepšení ošetřovatelské praxe prostřednictvím vědecké činnosti, klinické praxe a rozvojem zdravotní politiky, která byla konkrétně zaměřena na psychosociální a psychiatrické aspekty poskytování ošetřovatelské péče (1).

17. 3. 1999 zemřela po krátké nemoci ve svém domě v Sherman Oaks v Kalifornii. Zemřela v 89 letech (1).

## **Ošetřovatelský model H. Peplau**

H. Peplau definuje samotné ošetřovatelství jako interpersonální proces, který je interakcí mezi jednotlivci se společným cílem. K této interakci dochází mezi sestrou a pacientem, kdy sestra uplatňuje svou flexibilitu a efektivně využívá zručností a zkušeností založených na vědeckých poznatcích a současně přebírá několik rolí. Jako pacienta označuje H. Peplau každého člověka, který potřebuje ošetřovatelskou péči (1).

Model samotný se vyvíjel během ošetřovatelské praxe H. Peplau a jejího studia psychiatrického ošetřovatelství. Jako první si vypůjčila poznatky i z jiných oborů 19 a použila je v ošetřovatelství (1).

**Hlavní předpoklady modelu:**

1. sestra dělá důležitá rozhodnutí, vede každého pacienta a podle potřeby provádí ošetřovatelskou péči
2. ošetřovatelství využívá principy a metody, které vedou k uvolňování interpersonálních vztahů
3. úloha ošetřovatelství a také jeho vzdělávání, vychází z požadavku osobnostního vývoje jedince v dospělosti (2).

**Cílem** ošetřovatelství je pomáhat těm, kteří jsou nemocní nebo potřebují péči, adekvátně komunikovat, mít přiměřené interpersonální vztahy a uspokojené potřeby bez projevů úzkosti, a tak jim umožnit růst a vývoj, dosažení sebedůvěry a sebekontroly (2).

**Pacient/klient** je člověk frustrovaný potřebami, úzkostí a narušenými interpersonálními vztahy. Zdrojem potíží je tedy frustrace, tenze a úzkost. Sestra má v kontaktu s pacientem mnoho rolí, od neznámé osoby, přes pomocnici, učitelku, vůdce, zástupce, až po roli poradce.

**Ohniskem** zásahu je zjištěná problémová oblast a vytvoření terapeutického vztahu, způsobem zásahu je pak intervence, která vede k odstranění frustrace, tenze či úzkosti a podpora růstu a rozvoje, ale i podpora komunikace. **Důsledkem** je zvýšení obnovení sebekontroly jedince, zlepšení schopnosti řešit problémy, odstranění frustrace, tenze a úzkosti. Psychodynamické ošetřovatelství tak umožňuje jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra porozumí chování pacienta, rozpozná jeho problémy a následně je pomůže urovnat či odstranit prostřednictvím principů interpersonálních vztahů. K tomu využívá sestra i svých vlastních zkušeností (2).

H.E. Peplau vychází se Sullivanovy teorie, kdy lidské chování je motivováno snahou po uspokojení a snahou po bezpečí. Transformace energie je činnost, kterou člověk dělá právě proto, aby eliminoval úzkost a tenzi. Člověk si vytváří díky tenzi a následnému chování tzv. sérii dynamismů, které opakovaně používá k eliminaci úzkosti (2).

**Vztah sestra – pacient/klient**

* Orientace – sestra a pacient jsou si navzájem cizí osoby. Zde se setkávají poprvé.

Pacient přichází, protože cítí potřebu odborné pomoci. Je důležité, aby sestra již během analýzy situace spolupracovala s pacientem a jeho rodinou, aby se vzájemně poznali, objasnili a definovali problém pacienta (3). Sestra pacienta seznámí s metodami, které jsou vhodné k vyřešení jeho problému. Pro pacienta je tato fáze důležitá, jelikož se v ní cítí v bezpečí.

* Identifikace - vytváření interpersonálního vztahu sestra–pacient. Aby se mezi sestrou a pacientem vytvořil zdravý pracovní vztah, je nutné si vzájemně ujasnit své představy a očekávání. V této fázi začíná pacient postupně vnímat sestru jako osobu, která mu může pomoci (4). V této fázi může být pacient zcela pasivní a závislý na sestře nebo naopak zcela autonomní, nezávislý na sestře, nebo částečně závislý, ale aktivně spolupracující (2).
* Využití - pacient se stává součástí prostředí, které se mu snaží pomoci. Díky pomoci sestry začíná mít situaci pod svou kontrolou a využívá nabídnuté služby. Již se plně zapojuje do činností prováděných v zájmu jeho uzdravení. Během této fáze může mít pacient na sestru mnohem více požadavků než dosud. Sestra však musí pacienta neustále povzbuzovat v poznávání, vyjadřování myšlenek a pocitů (3).
* Ukončení – jde o fázi ukončení terapeutického vztahu sestra – pacient, jeho potřeby jsou splněny a sestra se zaměřuje na nové cíle (2).  Samotné uskutečnění této fáze je odrazem úspěšnosti vykonávaných aktivit mezi sestrou a pacientem v jednotlivých fázích interpersonálního procesu (3).

**Role sestry**

Sestra v procesu navazování terapeutického interpersonálního vztahu zaujímá několik rolí. Tyto role se vyznačují příslušným druhem chování (4).

H. Peplau definovala sedm rolí sestry:

* Neznámá osoba - sestra a pacient se setkají poprvé, při prvním rozhovoru sestra přistupuje k pacientovi zdvořile, bez předsudků, akceptuje ho takového jaký je, spolupracuje i s jeho rodinou. V této fázi se sestra věnuje každému, i když on sám neumí sdělit své pocity (2).
* Pomocnice – sestra klade pacientovi konkrétní otázky a nabízí fundované odpovědi, vysvětluje, informuje, pomáhá pochopit příčinu potíží a podstatu plánu léčby (2).
* Učitelka - je vlastně kombinací všech rolí sestry. Sestra musí vycházet ze znalostí pacienta, učit ho to, co neví, a to, o co má pacient zájem (4).
* Vůdce - sestra vede, zcela demokraticky, pacienta ke splnění aktuálních povinností prostřednictvím kooperace a aktivní účasti pacienta (2).
* Zástupce - tato role závisí na stupni závislosti pacienta a na vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient (2).
* Poradce - – tato role je dle autorky nejvýznamnější v psychiatrickém ošetřovatelství. Je projevem vědomostí a umění sestry, která reaguje na potřebu pacienta (2).

# **Model v praxi**

Letní praxi jsem plnila v psychiatrické nemocnici Bohnice. Byla jsem na oddělení, které se zabývalo detoxem žen. Pracovala jsem ve 12ti hodinových směnách ve všedních dnech. Toto oddělení mě toho hodně naučilo a zaujalo mě tím, jak se liší od všech ostatních, na kterých jsem zatím plnila praxi. Proto jsem se rozhodla vybrat si pro tuto seminární práci právě model H. Peplau.

Pacientka je 27letá žena, která na detox nastoupila dobrovolně a již po několikáté. Její diagnóza je těžká závislost na alkoholu a deprese. Délka pobytu na detoxu jsou 3 měsíce.

První rolí, která při setkání sestra-pacient nastává je role *neznámé osoby*. Jelikož pacientka už na tomto oddělení nějakou dobu byla, ale to já tam přišla nově, tak jsem se postupně seznamovala s každou pacientkou. Konkrétně této pacientce jsem podala ruku a představila se. Od prvního momentu jsem se snažila působit tak, abych si získala pacientky důvěru, ale přitom se nepřetvařovala. Následně jsem dostala od sester zadání, jestli bych od ní neodebrala ošetřovatelskou anamnézu, tak jsem se pacientky zeptala, zda by jí to nevadilo. Posadily jsme se do klidné místnosti a začaly jsme si povídat. Po celou dobu konverzace jsem pacientku nepřerušovala a dávala jí najevo, že má mojí plnou pozornost a nemusí nikam spěchat. Obecně všechny pacientky na tomto oddělení nemají problém se sdílením své historie a problémů, takže konverzace hladce plynula. Na konci rozhovoru jsem pacientce nabídla, že kdyby se chtěla ještě s čímkoliv svěřit, tak nemá váhat a přijít za mnou.

*Pomocnicí* jsem pro pacientku byla během celé hospitalizace. Zejména během jednotlivých terapií. Mohla za mnou přijít si kdykoliv promluvit. Mým cílem také bylo, aby pacientka pochopila podstatu své závislosti a společně s psychology a lékaři jí vyléčila. Snažila jsem se, aby pochopila, že zbavit se závislosti je v jejím největším zájmu, ale také jsem jí pomáhala získat zpět ztracené sebevědomí a postavit se znovu na své vlastní nohy.

Roli *vůdce* jsem zastávala při procházkách s pacientkami po areálu, kde jsem na ně dohlížela a během společného posezení na zahradě. Pacientky s tím neměly žádný problém a samy od sebe za mnou chodily si popovídat a odvyprávět mi svůj příběh. Tato konkrétní pacientka si zde našla přítelkyně a začala se cítit příjemně ve společnosti ostatních pacientek. Na zahradě jsme spolu hrály hry a povídaly si. Zároveň jsem ale dbala na to, abych si zachovala určitý stupeň autority. Občas se stalo, že na terapiích nechtěla vůbec nic říct, ale to jsem respektovala.

*Zástupcem* jsem pro ni byla právě v momentech, kdy na terapiích nechtěla sdílet svůj příběh. Povzbuzovala jsem jí a jak čas ubíhal, tak se začala otevírat mně, psychologům i ostatním pacientkám.

*Poradcem* jsem pacientce byla po celou dobu hospitalizace. Snažila jsem se, aby se na oddělení cítila pohodlně a v bezpečí a dala jí najevo, že pokud by měla s něčím problém, tak se má na mě obrátit.

S pacientkou jsme spolu prošly všemi čtyřmi fázemi interpersonálního vztahu sestra-pacient.

První fází byla *orientace.* Při prvním setkání s pacientkou jsem se snažila přijít na to, co k závislosti vedlo. Její problémy a důvody k závislosti jsem v žádném případě nebrala na lehkou váhu. Pro pacienta je nejdůležitější cítit, že sestře může důvěřovat. Další fází byla *identifikace.* S pacientkou jsme si řekly své představy a očekávání od této hospitalizace. Následně jsme si společně prošly řád oddělení a denní režim. V této fázi pro mě bylo zásadní udržet si autoritu, ale zároveň nepůsobit nepřátelsky a nadřazeně. Třetí fází je *využití.* Pacientka se zde stala plnohodnotnou členkou prostředí, ve kterém se nachází. Začala důvěřovat léčebnému procesu a plně využívala nabízené terapie a aktivity, jak ze strany psychologů, lékařů, tak i sester. Na začátku hospitalizace bylo potřeba pacientku motivovat k zapojení se do aktivit a terapií. Momentálně na konci této fáze se pacientka velmi aktivně podílí na aktivitách a terapiích. Poslední fáze se nazývá *ukončení.* Tato fáze vede k ukončení terapeutického vztahu. Všechny naše cíle byly splněny a pacientka je propuštěna z hospitalizace. Odchází domů s nově nabitým sebevědomím a odhodláním zůstat střízlivá. Bude si docházet do stacionáře pro medikamenty a pravidelně navštěvovat psychologa. Ze svého života odstraní spouštěče její závislosti. Během hospitalizace si také našla různé aktivity, které bude vykonávat, které jí pomohou zůstat střízlivá.

# **Závěr**

Praxe na tomto oddělení byla neuvěřitelně zajímavá zkušenost. Velmi se liší od somatických oddělení. Moc mě bavilo poslouchat příběhy pacientek a na tu chvíli být jejich důvěrníkem a možná i trochu přítelem. Bavilo mě podílet se na terapiích a sledovat každodenní aktivity, které si pacientky samy organizují. Také mě zaujalo, jak pracují psycholožky, které s každou pacientkou mluvily individuálně, ale i na terapiích a aktivitách. Nejvíce mě asi překvapilo, že to jsou úplně normální ženy. Většina z nich jsou velmi vzdělané, dokonce s vysokoškolskými tituly. Uvědomila jsem si, jak silně stigmatizovaní jsou pacienti na psychiatrických odděleních a jak jsem nevědomky občas k tomuto trendu spadla i já. Naučila jsem se, že povídání si o problémech je velmi důležité. Ale stejně tak je i důležité nenechat se ovládat někým jiným a znát svoji hodnotu. Většina pacientek uváděla, že příčinou jejich závislosti je muž. Ať to bylo z důvodu psychického týrání, dealer, nebo špatný rozchod a neochota partnera v problému se závislostí partnerky pomoct. Toto mi pomohlo si uvědomit, že nemám nikomu dovolit snižovat moji hodnotu jakožto člověka. Majorita pacientek je zde hospitalizována už poněkolikáté. Často přemýšlím nad tím, jak se k té závislosti mohly opět vrátit. Opravdu je ta potřeba tak nutná, že kvůli tomu zahodí všechno? Rodinu, práci i celé své zdraví? Dokážou někdy ten začarovaný kruh prolomit a opravdu už do toho nikdy nespadnout? Tyto otázky mi zůstávají na mysli i dnes.

Jsem moc ráda, že jsem měla možnost plnit praxi na tomto oddělení. Hodně jsem se toho naučila jak do profesního, tak do praktického života.

# **Zdroje**

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. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová
2. VYSKOČILOVÁ, Jana. *Ošetřovatelský proces u pacientky s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ s transsexualismem*. Praha, 2009. Bakalářská práce. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Vedoucí práce Bc. Hana Mudrová, DiS.
3. Farkašová D. Ošetřovatelství – teorie. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2005, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. Pavlíková S. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vydání. Praha: Grada, 2006,
152 s. ISBN 80-247-1211-3.