UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Mariia Antypenko**

Uplatnění ošetřovatelského modelu v péči o pacienta na psychiatrickém oddělení

*Seminární práce*

Praha,září 2021

# Úvod

Téma své seminární práce jsem si vybrala z důvodu plnění praxí na psychiatrickém oddělení . Pro svou seminární práci vybrala aplikaci ošetřovatelského modelu v praxi podle Hildegardy Peplau, která se zabývala psychiatrickou problematikou.

# Teoretická část

**Hildegard E. Peplau**

Hildegarda Peplau se narodila v roce 1909 v Pensylvánii. Jako dítě viděla ničivé důsledky chřipkové epidemie v roce 1918, která výrazně ovlivnila to, jak chápala, jak nemoc a smrt ovlivňují rodiny.

Vystudovala Pottstown, Pennsylvania School of Nursing v roce 1931 a pracovala jako zdravotní sestra v Pensylvánii a New Yorku. Poté, co letní pozice vedla k tomu, že Peplauovi bylo doporučeno pracovat jako školní sestra na Bennington College ve Vermontu, získala v roce 1943 bakalářský titul z interpersonální psychologie. Magisterské a doktorské tituly získala na Teacher's College na Kolumbijské univerzitě a získala certifikaci psychoanalýza na William Alanson White Institution of New York City

Poté, co získala bakalářský titul, Peplau studovala psychologické problémy v soukromém psychiatrickém zařízení Chestnut Lodge u Ericha Fromma, Friedy Fromm-Reichmanna a Harryho Stacka Sullivana. To vedlo k celoživotní práci Peplaua, která rozšířila Sullivanovu interpersonální teorii o použití v ošetřovatelské oblasti. V letech 1943 až 1945 sloužil Peplau jako zdravotní sestra armádního sboru. Umístění v 312. nemocnici Field Station v Anglii jí umožnilo pracovat s předními osobnostmi americké a britské psychiatrie.

Na počátku padesátých let vytvořila a učila první třídy pro postgraduální studenty ošetřovatelství na Teachers College. Byla členkou fakulty College of Nursing na Rutgers University v letech 1954 a 1974, kde vytvořila první absolventský program pro klinické specialisty v psychiatrické ošetřovatelství. V padesátých a šedesátých letech nabízela letní workshopy pro sestry po celých Spojených státech, kde učila interpersonální koncepty a techniky rozhovorů, ale také individuální, rodinnou a skupinovou terapii.

Peplau spolupracovala se Světovou zdravotnickou organizací jako poradce a byl hostujícím profesorem na univerzitách po celých Spojených státech a po celém světě. Působila jako poradce generálního chirurga Spojených států, letectva Spojených států a Národních ústavů pro duševní zdraví. Zúčastnila se také politických skupin pro vládu USA.

Poté, co odešla ze své pozice v Rutgers, Peplau pomohl vytvořit první evropský absolventský ošetřovatelský program na univerzitě v Lovani v Belgii, kde byla v letech 1975 a 1976 hostujícím profesorem.

Peplau zemřela 17. března 1999.

# Model H. Peplau

Teorie mezilidských vztahů Hildegardy Peplauové zdůraznila vztah sestry a klienta jako základ ošetřovatelské praxe. Zdůrazňovalo dávání a přijímání vztahů sestra-klient, které mnozí považovali za revoluční. Peplau pokračoval ve vytváření interpersonálního modelu, který zdůrazňoval potřebu partnerství mezi sestrou a klientem na rozdíl od pasivního přijímání léčby klientem a sestry pasivního plnění pokynů lékaře.

Čtyři složky teorie jsou osoba, což je rozvíjející se organismus, který se snaží snížit úzkost způsobenou potřebami; prostředí, které se skládá z existujících sil mimo osobu a zasazených do kontextu kultury; zdraví, což je slovní symbol, který implikuje pohyb osobnosti a ošetřovatelství vpřed, což je významný terapeutický interpersonální proces, který spolupracuje s dalším lidským procesem, který umožňuje zdraví jednotlivcům v komunitách.

Ošetřovatelský model identifikuje čtyři po sobě následující fáze v mezilidském vztahu: orientaci, identifikaci, vykořisťování a řešení.

Obsahuje také sedm ošetřovatelských rolí: Cizí role, Role zdrojů, Role učitele, Role poradce, Náhradní role, Aktivní vedení a Technická expertní role.

Teorie Hildegardy E. Peplau definovala ošetřovatelství jako „interpersonální proces terapeutických interakcí mezi jednotlivcem, který je nemocný nebo potřebuje zdravotní služby, a sestrou speciálně vzdělanou v rozpoznávání, reagující na potřebu pomoci“. Je to „zrající síla a vzdělávací nástroj“ zahrnující interakci mezi dvěma nebo více jednotlivci se společným cílem.

**Role sestry dle Hildegard Peplau**

Sestra v procesu navazování terapeutického interpersonálního vztahu zaujímá několik rolí. Tyto role se vyznačují příslušným druhem chování (Pavlíková, 2006). Své role sestra mění podle aktuální situace a fáze interpersonálního vztahu. Jednotlivé role sestry jsou tedy určovány i aktuální fází procesu, kdy se sestra snaží s pacientem spolupracovat a společně vyřešit jeho zdravotní problémy.

H. Peplau definovala sedm rolí sestry.

**Roli neznámé osoby (stranger role)** sestra zaujímá v případě, že se s pacientem setkává poprvé. Přistupuje k němu zdvořile, bez předsudků a plně ho akceptuje. Tato role souvisí s úvodní etapou terapeutického vztahu sestra–pacient. Sestra musí věnovat svou pozornost každému jedinci, přestože většinou není schopen sdělovat své pocity. Sestra také plně spolupracuje s rodinou pacienta (Pavlíková, 2006).

**Další je role pomocnice (resource role)**, kdy sestra klade pacientovi otázky týkající se jeho zdravotního problému a nabízí mu vědecky podložené, předem připravené odpovědi. Sestra pacientovi vysvětluje nejasnosti a pomáhá mu pochopit příčinu jeho zdravotního problému a plán medicínské léčby (Farkašová, 2005).

**Role učitelky (teaching role)** je vlastně kombinací všech rolí sestry. Sestra musí vycházet ze znalostí pacienta, učit ho to, co neví, a to, o co má pacient zájem (Pavlíková, 2006).

**Sestra jako vůdce (active leadership)** pacienta vede ke splnění jeho aktuálních povinností prostřednictvím spolupráce a aktivní účasti pacienta (Pavlíková, 2006).

**Sestra v roli zástupce (surrogate role)** – záleží na míře závislosti (závislý, částečně závislý, nezávislý) a vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient (Farkašová, 2005). Sestra pomáhá klientovi objasnit oblast závislosti a nezávislosti a jedná jeho jménem jako advokát.

Jako nejvýznamnější roli v psychiatrickém ošetřovatelství staví Peplau roli **poradce (counseling role)**, která se uplatňuje ve vztahu sestra–pacient tehdy, pokud sestra adekvátně reaguje na pacientovu potřebu podpory (Pavlíková, 2006).

**Sestra v roli technického experta (technical expert role)** – je schopna využívat nové technologie, vhodným způsobem využívá dostupná data k monitorování pacientů, operačnímu provozu, k praktické aplikaci specifických ošetřovatelských znalostí a dovedností.

**Fáze modelu Peplau**

**I. fáze** – orientace – kdy se sestra poprvé setkává s pacientem. Oba vystupují jako dvě cizí osoby. 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. Pacientovo vzdělání, kultura, náboženské přesvědčení, očekávání a minulá zkušenost ovlivňují reakci sestry na pacienta. Stejně důležitou součástí terapeutické interakce je jak sestra, tak pacient. Nejen sestra, ale i pacient a jeho rodina společně poznávají, objasňují a definují jeho zdravotní problém. Objasnění a definice problému okamžitě po jeho rozpoznání snižují napětí, obavy a strach pacienta. Sestra informuje pacienta o ošetřovatelských dovednostech a praktikách, které jsou vhodné k vyřešení jeho konkrétního problému. Fáze orientace je velmi důležitá, neboť pacientovi poskytuje pocit bezpečí (Farkašová, 2005).

**II. fáze** – 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 (Pavlíková, 2006). Při identifikaci problému a návrhu jeho řešení může pacient reagovat několika způsoby: je pasivní a zcela závislý na sestře, nebo je zcela autonomní a na sestře nezávislý, anebo aktivně spolupracující, ale na sestře částečně závislý. Tato fáze je velice důležitá nejen pro pacienta, ale i pro sestru. Pacient rozpoznává nové strategie a způsoby chování, kterými může reagovat, a sestra si vytvoří podrobnější představu o jeho interpersonálních zručnostech a o tom, jak je co nejlépe využít při řešení problému. V této fázi reaguje každý pacient individuálně, a proto je nutný intenzivní terapeutický vztah sestra–pacient (Farkašová, 2005).

**III. fáze** – exploatace (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 (Farkašová, 2005). Základem vztahu sestra–pacient musí být profesionální blízkost obou zúčastněných. Pacient se stává stále samostatnějším, soběstačnějším, iniciativnějším, zodpovědnějším, stále více věří ve své schopnosti, přesto si však klade reálné cíle k podpoře vlastního zdraví. Těchto cílů je možné dosáhnout pouze tehdy, pokud pacient věří ve své vlastní schopnosti. Dle modelu Peplau je v této fázi pacient tím, kdo vykonává hlavní činnost. Musí být aktivní v komunikaci se sestrou, která ho podporuje v poznávání vlastních pocitů, emocí, myšlení a chování s cílem maximálního zapojení do sebepéče. Vývoj pacientových kompetencí je ve fázi exploatace prioritou. Sestra musí pacientovi pomoci využít všechny cesty pomoci, kterou mu nabízí, a společně mohou postupovat k poslední fázi interpersonálního procesu (Pavlíková, 2006).

**IV. fáze** – rezoluce (ukončení) – jde o postupné uvolňování identifikace pacienta se sestrou. Dochází k ní pouze tehdy, pokud je pacient schopen existovat nezávisle, jeho potřeby jsou splněny a sestra se může zaměřit na nové, náročnější cíle. Terapeutický vztah sestra–pacient, který mohl oba značně posílit, je nutné přerušit. Samotné uskutečnění této fáze je odrazem úspěšnosti vykonávaných aktivit mezi sestrou a pacientem v jednotlivých fázích interpersonálního procesu (Farkašová, 2005).

# Praktická část

**Kazuistika pacienta a aplikace modelu H. Peplau v praxi.**

Svou odbornou praxi jsem plnila v Psychiatrické nemocnice Bohnice. Pacient se narodil v roce 1998 a byl přijat na oddělení s diagnózou deprese. Pacient také trpěl úzkostnou poruchou.

Pacient také dlouhodobě užíval drogy a alkohol. Měl také velmi špatný rodinný vztah, jeho rodina ho nepodpořila a odsoudila ho za užívání drog. Když vstoupil na oddělení, jeho duševní a fyzický stav byl velmi špatný, opravdu potřeboval pomoc .

První rolí, kterou sestra pro pacienta zastává je role neznámé osoby. Když jsem pacienta poprvé uviděla, cítila jsem, jak se bojí. Nevěřil mně ani jiným sestřičkám a lékaři. Cítil se velmi nepříjemně, bál se důvěřovat cizím lidem. Mým prvním cílem bylo získat pacientovu důvěru. Chtěla jsem, aby se cítil pohodlně a pochopil, že mu nechtějí ublížit a že mu chtějí jen pomoci. Okamžitě jsem se představila a natáhla ruku, abych ho pozdravila. Ukázala jsem mu oddělení, ukázal mu, kde je jídelna, kde budou probíhat hodiny s psychologem a kde může trávit svůj volný čas. Po tom všem jsem si všimla, že se uklidnil a přestal být nervózní.

Pomocnicí jsem byla pacientovi, když mi začal věřit. Obrátil se na mě, když něco potřeboval.

Role učitelky. Když měl pacient terapii u psychologa, byla jsem u toho také a během těchto terapií jsem byla v roli učitele. Během terapie se psycholog často ptal na můj názor, co si myslím a co mohu pacientovi ze své strany poradit. Když jsem odpověděla, viděla jsem, jak mě pacient pozorně poslouchá a že má opravdu zájem mě poslouchat.

V roli zástupce jsem byl pouze tehdy, když byl pacient přijat na oddělení. Byl velmi nezávislý a našel kontakt se zbytkem pacientů i se zbytkem personálu.

V roli poradce jsem nebyla příliš často. Poradcem pro pacienta byl hlavně psycholog. V roli poradce jsem byla jen při terapii, když se mě psycholog zeptal na můj názor a když se zeptal, co mohu pacientovi poradit z mé strany.

V roli technického odborníka jsem nebyla příliš často. V zásadě byl lékař expertem pro pacienta. V této roli jsem byla jen tehdy, když jsem mu dávala léky a když jsem s ním byla na terapii.

Během praxe jsem viděla a zažila všechny role sestry. Uvědomil jsem si, jak důležité je najít kontakt s pacientem, protože pokud takový kontakt mezi pacientem a lékařem, mezi pacientem a sestrou ne bude, bude léčba pacienta velmi obtížná jak pro personál tak i pro pacienta.

# Závěr

Na závěr bych chtěla napsat, že praxe na psychiatrickém oddělení mi dala spoustu nových znalostí. Hodně jsem se naučila v oblasti psychologie, naučila jsem se také najít kontakt s lidmi, kteří mají různé duševní poruchy. Jsem velmi ráda, že jsem měla možnost být na praxi na psychiatrickém oddělení.

# Seznam použité literatury

1. KADOCHOVÁ,Marie. *Model Hildegard Peplau při paliativní péči v domácím prostředí*. 3. 9. 2012 [online]. <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/9/model-hildegard-peplau-pri-paliativni-peci-v-domacim-prostredi/>
2. GONZALO, Angelo. *Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory.*5.08.2021 [online]. <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/#hildegard_peplaus_interpersonal_relations_theory>
3. FOWLER,J. *Taking theory into practice: using Peplau's model in the care of a patient.* 10.01.1995[online]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7855148/>
4. Patricia D'Antonio,Linda Beeber,Grayce Sills,Madeline Naegle. *The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing.*28.01.2014[online]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nin.12056>