

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Michael Škácha

Ošetrovatelský model Hildergardy E. Peplau

Seminární práce

Praha, 2021

Úvod

Ošetrovatelského model Hildergardy Peplau mě zaujal při přednášce o psychiatrickém ošetrovatelství vrchní sestry Mgr. Tomáše Petra. Hildegarda Peplau je označována za matku psychiatrického ošetrovatelství, byla první teoretičkou ošetrovatelství po Florence Nightingalové a významně se podílela na rozvoji především psychiatrického a výzkumného ošetrovatelství. Při čtení o jejím studiu mě zaujala větou, díky které jsem se o modelu a autorce chtěl dozvědět více. Tato klíčová věta byla odpovědí na otázku „Co je nejdůležitější věcí, kterou by pro pacienta mohla sestra udělat?“, na kterou se Hilda Peplau zeptala v druhém ročníku ošetrovatelství a kterou si zapamatovala do konce života.

Odpověď zněla: „Být u pacientova lůžka, naslouchat mu a snažit se pacienta pochopit.“

1. Biografie Hildegardy Elisabeth Peplau

Hildegarda Peplau, známá zkráceně jako Hilda Peplau, se narodila 1. září 1909 ve městě Reading v Pensylvánii polským přistěhovalcům Ottylii a Gustavovi Peplau jako druhá dcera z celkem pět dětí, později její rodiče vychovali ještě šesté dítě v pěstounské péči. V roce 1931 dokončila základní ošetrovatelské vzdělání v Pottstown Hospital Trainig School, následně pracovala v Pottstownské nemocnici a v New Yorku v nemocnici Mount Sinai jako sestra. Přes léto pak pracovala jako zdravotnice, instruktorka tenisu a lukostřelby letního tábora New York University. Poté v roce 1937 přijala místo hlavní sestry na Bennington College ve státě Vermont, kde o dva roky později začala i studovat a kde se setkala s významnými osobami psychoanalýzy: Erichem Frommem, Harrym Sullivanem a Friedou Fromm-Reichmannovou, kteří ji velmi ovlivnili. Bakalářské studium interpersonální psychologie dokončila v roce 1943. Během války v letech 1944 a 1945 byla jako armádní sestra umístěna do neuropsychiatrické nemocnice v Anglii. V lednu 1945 se Hildě narodila dcera Letitia (Tisha), kterou později jako svobodná matka vychovávala. Po válce pracovala jako psychiatrická sestra a současně studovala magisterský titul na Teachers College, Columbia University New York v psychiatrickém ošetrovatelství, který dokončila v roce 1947. Následující rok začala na Teachers College vyučovat až do roku 1952, kdy publikovala knihu „Interpersonal Relations in Nursing“. Od roku 1954 přednášela psychiatrické ošetrovatelství na Rutgers university, současně pořádala workshopy a působila jako hostující profesorka na univerzitách po celém světě. Také byla poradkyní Světové zdravotnické organizace (WHO) a Národního institutu duševního zdraví, mezi lety 1969 a 1974 byla prezidentkou a výkonnou ředitelkou American Nursing Association (americká obdoba České asociace sester). Po odchodu do důchodu v roce 1974 působila na univerzitě v belgické Lovani, kde pomohla založit první pobakalářský ošetrovatelský program v Evropě. Hildegarda Peplau zemřela v nedožitých 90 letech 17.3.1999 ve spánku v Sherman Oaks v Kalifornii. [2]

2. Model Interpersonálních vztahů v ošetřovatelství

H. Peplau byla při tvorbě modelu interpersonálních vztahů velmi ovlivněna modelem mezilidských vztahů Harryho Sullivana. Ve svém modelu popisuje různé interpersonální vztahy pacienta a sestry, které postupně nastávají při hospitalizaci. Dále popisuje různé role sestry, do kterých se při péči o pacienta dostává a současně udává, že každý pacient je jedinečný a mělo by tak být ke každé osobě-pacientovi přistupováno. [1]

2.1. Hlavní jednotky teorie a metaparadigmatické koncepce [1, s79-80]

Cílem ošetřovatelství je pomáhat jedincům, kteří jsou nemocní nebo potřebují péči, adekvátně komunikovat, mít přiměřené interpersonální vztahy a uspokojené potřeby bez projevů úzkosti, a tak jim umožnit růst a rozvoj.

Pacient je jedinec s narušenými interpersonálními vztahy, úzkostí a frustrovanými potřebami.

Zdrojem potíží je úzkost, napětí a frustrované potřeby.

Ohniskem zásahu je identifikace problémové oblasti a vytvoření terapeutického vztahu. Způsob zásahu pak je intervence na odstranění tenze a úzkosti pomocí komunikace a podpory seberozvoje.

Důsledkem pro pacienta je odstranění frustrace a úzkosti, obnovení sebekontroly, zlepšení schopnosti řešit problémy.

V metaparadigmatických koncepcích definovala osobu jako organismus, žijící v konstantní nerovnováze a vlastní silou se snaží o snížení tenzí vytvářených neuspokojenými potřebami.

Zdraví je podle H. Peplau slovní obrat, značící touhu jedince po kreativitě, konstruktivitě a produktivitě v osobním a společenském životě skrze lidské vztahy.

Prostředí je důležité pro osvojení zvyků, které při správném používání vedou ke zdraví. Prostředí je okolí pacienta, existuje mimo organismus a je blízce svázané s kulturou, vírou a okolím pacienta.

Ošetřovatelství definovala H. Peplau jako významný terapeutický a mezilidský proces, který zahrnuje vztah nemocné osoby, nebo osoby, která má potřebu vyhledat zdravotnické služby, se sestrou, která by měla rozpoznat problém a poskytnout přiměřenou pomoc.

2.2. Fáze vztahu pacient-sestra [1,3,4]

1. fáze – Orientace je úvodní fází, kdy se sestra s pacientem poprvé setkává jako dvě cizí osoby a začíná se mezi nimi formovat vztah, který je ovlivňován předchozím vzděláním, náboženstvím, minulými zkušenostmi a kulturou, ze které oba přicházejí. Sestra v této fázi pomáhá pacientovi a jeho rodině, aby poznali a definovali problém, se kterým pacient přichází. Tato fáze je důležitá pro rozvoj pacientova pocitu bezpečí a důvěry v sestru.

2. fáze – Ve fázi Identifikace reaguje každý pacient jinak. Pacientův přístup může být pasivní a tím zcela závislý na sestře, spolupracující, ale s potřebou sestry, nebo zcela aktivní a nezávislý. Obecně začíná pacient sestru chápat jako osobu, která mu může pomoci, sestra si podle pacientova přístupu vytváří představu o jeho interpersonálních dovednostech.

3. fáze – Exploatace neboli fáze využití nastává, když pacient začíná chápat svoji situaci a začíná se aktivně zapojovat do procesu svého uzdravení. Pro sestru je důležité v pacientovi dále podporovat osobní růst v poznávání, vyjadřování pocitů a myšlenek.

4. fáze – Rezoluce – V této konečné fázi dochází v případě samostatnosti pacienta a naplnění jeho aktuálních potřeb. Dochází zde k ukončení terapeutického vztahu pacient-sestra. Pacient je nezávislý na sestře a sestra se může zaměřit na nové cíle.

2.3. Role sestry [1,3,4]

Ve svém modelu H. Peplau konkretizovala šest rolí sestry a současně věřila, že sestry na sebe mohou vzít další role. Ty ale byly ponechány důvtipu a představivosti čtenáře. Role sestry se mění v závislosti na fázi a aktuální situaci, ve které se s pacientem nachází.

V roli **neznámé osoby** se sestra nachází při prvním kontaktu, pacienta nezná a není mezi nimi důvěra, ale přistupuje k němu zdvořile a bez předsudků.

Role **pomocnice** nastává při dalších setkáních, sestra v této roli klade pacientovi různé otázky a nabízí odpovědi ohledně jeho stavu. Sestra pomáhá pochopit pacientovi jeho aktuální stav, příčiny aktuálního stavu a předkládá léčebný plán.

Učitelka v sobě jako role kombinuje všechny ostatní role. Nabízí pacientovi nové informace na základě jeho znalostí a učí ho věci, které neví a o které jeví zájem.

V roli **vůdce** nabízí sestra vedení pacienta a cestu ke splnění aktuálních cílů a povinností, ale musí se tak stát za aktivní účasti pacienta.

Někdy si pacient do sestry promítne bývalé vztahy, například matku, nebo třídní učitelku. V takové situaci se sestra dostane do role **zástupce-náhradníka**. V této roli je klíčové komunikovat s pacientem tak, aby se neuzavřel a může to být příležitostí dozvědět se více o pacientovy a jeho vztazích. Současně je to role zástupce-advokáta, kdy se sestra stará, aby poskytovaná péče byla na úrovni a aby byla dodržována pacientova práva.

Role **poradce** je podle Hildy Peplau nejvýznamnější ze všech rolí, kdy si pacient uvědomuje překážky a sestra uvědoměle a přiměřeně reaguje na potřebu pacienta.

2.4. Úrovně úzkosti [5]

Podle definice cíle ošetřovatelství H. Peplau nemůže jedinec růst bez uspokojených potřeb a absence projevů úzkosti. Čtyři úrovně úzkosti jsou popsány jako slabá, mírná, vážná a panická úzkost.

Slabá úzkost je vlastně pozitivní stav zvýšené bdělosti a zbystrění smyslů. Umožňuje jedinci řešit problémy, učit se novému chování a soustředit se na více věcí na rozdíl od mírné úzkosti, kdy je osoba fixovaná na pouze aktuální úlohu. Osoba ve stavu mírné úzkosti dokáže řešit úlohy pouze s asistencí. Při vážné úzkosti pociťuje zasažená osoba strach, nedokáže se soustředit a začíná mít tělesné příznaky tachykardie a diaforézy. Panická úzkost pak stav úzkostné ataky, kdy jedinec může mít halucinace a nemusí být při vědomí.

3. Model v praxi [6]

V praxi jsem se s modelem Hildy Peplau nikdy nesetkal jako s celým konceptem. Model interpersonálních vztahů vytvořila H. Peplau pro psychiatrické ošetřovatelství, kde je i primárně využíván. Dále nachází uplatnění na novorozeneckém oddělení, kde se buduje vztah mezi sestrou, rodičkou a partnerem rodičky.

S menší úpravou v poslední fázi je model vhodný i pro paliativní medicínu. Zkušenost s umírajícím pacientem a využitím modelu H. Peplau popsala v článku pro Florence vedoucí sestra Domácí péče ČČK Mgr. Marie Kadochová.

Do domácí péče byl z nemocnice předán pacient v terminálním stádiu zhoubného melanomu kůže dolní končetiny. Pacient byl ležící, závislý na pomoci ostatních, méně komunikoval, ale za péči vždy děkoval. V první fázi se sestry seznámily s pacientem, s

rodinou, s prostředím a začalo navazování důvěry. Sestry sbíraly informace ke stanovení a formulaci problému. V druhé fázi pacient pochopil, že rodina nezvládne veškerou péči, sestry naplánovaly potřebné intervence a vytvořily plán péče. Ve třetí fázi reagoval na péči velmi pozitivně, nestěžoval si na bolest a při dotazu na umírání uváděl, že je smířený se smrtí. Čtvrtá fáze se od modelu H. Peplau liší, pacient se zde nestává samostatným, ale přichází na pokraj svého života. Pacient se zde naposledy loučil s rodinou ve svém domově. Sestrám se podařilo zajistit klidné a důstojné umírání.

4. Závěr

Ošetrovatelský model Interpersonálních vztahů Hildegardy Peplau je vhodný do prostředí, kde se předpokládá spolupráce, porozumění a osamostatnění pacienta, a tím naplnění pacientových potřeb. Využívá se na psychiatrických porodnických a paliativních odděleních. Rozhodně by se části tohoto modelu a učení H. Peplau měly promítat v každodenní činnosti sester, protože trpělivost a snaha o pochopení pacienta jsou tím nejdůležitějším, co pro pacienta můžeme nejvíc udělat.

Během zpracování seminární práce mě velmi překvapilo, že knihy *Interpersonal Relations in Nursing* a *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century* nejsou dostupné-přeložené v českém jazyce. Přesto jsem se dozvěděl mnoho o životě Hildegardy Peplau a o jejím přínosu ošetrovatelství, jež mi bude inspirací a motivací do další sesterské činnosti a studia.

Seznam použité literatury

1. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3; s78-84.
2. CALLAWAY, Barbara J. *Hildegard Peplau: psychiatric nurse of the century*. New York: Springer Pub. Co., c2002. ISBN 0826138829.
3. PEPLAU, Hildegard E. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Pub. Co., c1991. ISBN 082617910X.
4. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8; s139-144.
5. GONZALO, Angelo. *Nurseslabs* [online]. [cit. 2021-9-2]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>
6. KADOCHOVÁ, Marie. Model Hildegard Peplau při paliativní péči v domácím prostředí. *Florence*. 2012(9), s23-26.