

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Lucie Rothová

**Elektrokonvulzivní terapie z pohledu
zdravotníků**

*Electroconvulsive therapy from the perspective
of health professionals*

Bakalářská práce

Praha, květen 2024

Autor práce: Lucie Rothová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: **PN Bohnice**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 28. května 2024

Rothová Lucie

Poděkování

Jako první bych velmi chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D., za její odborné rady a konzultace. Velký dík patří také psychiatrickým sestřám, sestřám z jednotlivých oddělení Nemocnice Na homolce a Domova seniorů Vysočany, které se velmi ochotně podílely na vyplňování dotazníků.

Obsah

Úvod.....	1
Teoretická část.....	2
1 Elektrokonvulzivní terapie jako léčebná metoda.....	2
1.1 Definice ECT.....	2
1.2 ECT v historii.....	2
1.3 Mechanizmy účinku.....	4
1.3.1 Příklady hypotéz o mechanismu účinku ECT.....	5
1.4 Indikace.....	7
1.4.1 Poruchy nálad.....	7
1.4.2 Deprese.....	8
1.4.3 Mánie.....	8
1.4.4 Schizofrenie.....	8
1.4.5 Ostatní indikace.....	9
1.5 Terapie u specifických populací.....	9
1.5.1 Terapie v těhotenství.....	9
1.5.2 Terapie u dětí a adolescentů.....	10
1.6 Kontraindikace.....	10
1.7 Komplikace.....	11
1.8 Jiné biologické metody v léčbě psychiatrických poruch.....	12
1.8.1 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace.....	12
2 ECT v praxi.....	12
2.1 Průběh výkonu.....	12
2.1.1 Vyšetření před výkonem.....	12
2.1.2 Informovaný souhlas.....	13

2.1.3	Příprava	13
2.1.4	Provedení ECT	13
2.2	Celkový průběh terapie	15
3	Úloha sestry v rámci ECT	16
3.1	Příprava	16
3.2	Péče během výkonu	16
3.3	Péče po výkonu	17
3.4	Komunikace	17
3.4.1	Přístup a komunikace u konkrétních diagnóz	18
3.4.2	Specifika edukace psychiatrických pacientů.....	18
4	Stigmatizace metody	19
	Empirická část	21
5	Cíl výzkumu	21
6	Výzkumné otázky	21
7	Metodologie výzkumného šetření	23
8	Vzorek respondentů	23
9	Průběh výzkumného šetření	24
10	Analýza dat	24
11	Prezentace výsledků	45
12	Diskuze.....	50
13	Doporučení pro praxi	54
	Závěr.....	55
	Seznam použité literatury	56
	Seznam grafů.....	60
	Seznam použitých zkratk.....	61
	Seznam příloh:.....	62

Úvod

Elektrokonvulzivní terapie je v dnešní době standardně užívaná metoda, která je pro psychiatrické pacienty bezpečná a účinná. Jedná se o metodu, kdy využíváme elektrický proud aplikovaný za pomoci elektrod, k ovlivnění různých patologických procesů, způsobující duševní onemocnění. Navzdory bezpečnosti, účinnosti a nezastupitelnosti metody v určitých stavech doprovázejících psychiatrická onemocnění, mezi lidmi často stále převládá negativní, až stigmatizující vnímání tohoto druhu léčby. Tato problematika mě vedla k zamyšlení, jak mohou na tuto metodu nahlížet sestry napříč různými obory s odborným vzděláním. Z vlastní zkušenosti mě také zaujal fakt, jak velké množství lidí v mém blízkém okolí, včetně zdravotníků, považovalo terapii za již nepoužívanou, zastaralou a nešetrnou. S elektrokonvulzivní terapií jsem se poprvé setkala na praxi během studií a již tehdy mě zaujala, jelikož jsem shledala zajímavým účinek elektrického proudu na lidskou psychiku, a chtěla jsem se o této metodě dozvědět více. Cílem práce je zjistit informovanost sester o základech ECT, a to, zda je sestrami tato terapie stigmatizována. Ohledně stigmatizace mapuje, jaké množství sester by označilo terapii za nelidskou a kolik z nich si myslí, že po ECT hrozí vážné poškození, popřípadě o jaká poškození se jedná. Zkoumá také jejich názory na bezpečnost, účinnost a využití terapie v dnešní době. Práce se věnuje také srovnání výsledků mezi sestrami věnující se psychiatrii a sestrami pracujícími v nemocnici, či v domově pro seniory. Jedním z cílů, je také zkoumání, zda by sestry podstoupily výkon a pokud ne, z jakých důvodů. Výsledky zkoumání jsou prezentovány v praktické části práce. Výzkum probíhal kvantitativně, formou polostrukturovaného dotazníku s otevřenými i uzavřenými otázkami. Vzorek respondentů tvořily sestry z různých psychiatrických oddělení, sestry z Domova seniorů Vysočany a Nemocnice na Homolce. Byla vybrána oddělení interního i chirurgického typu. Teoretická část se věnuje popisu historie terapie, mechanismům účinku, indikacím. Část teoretické práce se zabývá využitím elektrokonvulzivní terapie v praxi, především přípravou, průběhem a důležitou rolí sestry v péči o pacienta podstupující ECT.

Teoretická část

1 Elektrokonvulzivní terapie jako léčebná metoda

1.1 Definice ECT

Elektrokonvulzivní terapie je biologickou formou léčby v psychiatrii. Díky svému využití v léčbě rezistentních depresí a psychóz, se jedná o jednu z nejučinnějších metod užívaných v současné psychiatrii. Od vynálezu metody uběhlo 80 let, během kterých došlo k značnému zvýšení účinnosti, bezpečnosti, ale také ke zlepšení užívané techniky. I přes dobrou bezpečnost a možnost využití terapie u řady chorob, se i v dnešní moderní společnosti, setkáváme s častou stigmatizací. (Buday et al., 2022)

1.2 ECT v historii

Metodu ECT vynalezli Ugo Cerletti a Lucio Bini z Itálie, kteří úspěšně využili její účinky u pacienta s psychózou. Znalost pozitivního účinku terapie pomocí elektrického proudu, ale byla lidem známá již mnoho let před tímto objevem. Historie jejího využití sahá až do starověku, kdy byl jeden z římských císařů léčen pro bolest hlavy přikládáním úhoře k čelu. V letech 460-377 př. n. l. byl zaznamenán vliv konvulzivních stavů na melancholii. Tyto konvulze byly vyvolávány využitím různých přírodních látek. Okolo roku 1774 začaly vycházet první články, ve kterých byla tato problematika zmíněna. Později, v roce 1867 bylo Wilhelmem H. Erbem prokázáno, že při přiložení elektrod na spánky člověka, elektrický proud prochází mozkem. Před rokem 1938, kdy byla vynalezena elektrokonvulzivní šoková terapie Cerlettim a Binim, byly využívány další šokové terapie, mezi které patřily například konvulze vyvolané kafrem (později Kardiazolem) či inzulinem. Od 50. let 20. století se obě z výše zmíněných metod přestaly využívat a došlo k jejich náhradě právě šokovou terapií. Elektrokonvulzivní terapie totiž umožňovala bezpečnější a jednodušší provedení. Ačkoli metoda byla poprvé využita v léčbě schizofrenie, byly zjištěny pozitivní účinky také v léčbě afektivních poruch, mezi které řadíme i depresi. V Československu se s ECT poprvé setkáváme již v roce 1940. Počet aplikací terapie se lišil. V 40. letech 20. století byla elektrokonvulzivní terapie prováděna v Nemocnici na Bulovce. V této době se doporučovalo 10-12 aplikací. Zahraniční

literatura té doby, uváděla ale 25 sezení při depresi a při schizofrenii dokonce až 40. Využívalo se různé umístění elektrod. Elektrody se umisťovaly na lebku bitemporálně, biparietálně, vertex-temporálně. Mezi indikace ECT byly řazeny depresivní stavy, schizofrenie, hysterie, neuropsychické astenie. Mezi kontraindikace, patří kardiovaskulární onemocnění, věk nad 50 let, TBC, dřívější nitrolební poranění, pobyt na lůžku delší než rok. Mádlová (2019, s. 20), ve své publikaci uvádí, že: „Přibližně od poloviny 50. let 20. století se EKT kombinovala s psychofarmaky, především antipsychotiky.”

Provádění terapie v odlišných podmínkách než dnes, s sebou přinášelo riziko komplikací. Často se jednalo o fraktury čelisti či páteře. Ve snaze snížit tyto komplikace, se šoky kombinovaly s podáváním inzulínu, nebo kurare, což vedlo ke snížení křečí.

Pacientům byl do úst vkládán roubík, nebo byla přidržena dolní čelist. Fixovány byly také klouby. Ke snížení výskytu fraktur došlo při zavedení aplikace myorelaxancií. Nejčastější komplikací byla apnoická pauza. Mezi jiné komplikace patřila tvorba abscesů, vznik pneumonie.

Vědci se ve 40. letech 20. století věnovali také zkoumání mechanismů účinku. Mádlová (2019, s. 22) uvádí, že „Somatické teorie ve 40. letech 20. století stavěly podstatu léčebného mechanismu na přechodném vyřazení chorobných mozkových buněk vazokonstrikcí, krevní stázou a následném zlepšení jejich výživy za hyperemie, při níž nastávaly hluboké změny v mozkových buňkách.” Jednalo se zejména o procesy na humorálním podkladu. Mnoho odborníků té doby, označilo za oblast působení v lidském mozku diencephalon. Vliv na terapeutický účinek EKT, mělo také působení na vegetativní nervový systém. Jedna z dalších myšlenek tehdejších lékařů, byla myšlenka o reverzibilním přerušení drah mezi mozkovou kůrou a mesodiencephalonem. Otázka pozitivního působení ECT byla v této době stále otevřená.

Značným vývojem si prošla také aplikace premedikace před samotným výkonem. Anestezie se prozatím nepodávala, zatímco podávání premedikace bylo běžné. V 50. letech 20. století se podávaly barbituráty, atropin, myorelaxancia. O

aplikaci celkové anestezie během výkonu se zasloužili švýcarští psychiatři, v Československu byla zavedena v roce 1954. (Mádlová, 2019)

V druhé polovině 20. století došlo k ústupu elektrokonvulzivní terapie do pozadí, především kvůli rozvoji farmakoterapie, ale také kvůli kritice laiků i odborníků. Svůj vliv měl i větší zájem o práva pacientů. Zvýšený zájem o ECT opět nastal v 80. letech, kdy došlo k objevení negativ spojených s podáváním psychofarmak, jako například nežádoucí účinky či rezistence na léčbu. Také byly využívány nové přístroje a bylo možné sledovat průběh záchvatu za pomoci EEG. (Hrdlička, 1999)

1.3 Mechanizmy účinku

Existuje mnoho hypotéz o způsobu působení ECT na lidský mozek, nicméně odborníci doposud nedefinovali jednotnou hypotézu. Jedná se o komplexní děj, který se mechanismem účinku liší u jednotlivých indikací, tzn., že elektrokonvulze působí jiným mechanismem u poruch nálad než u psychotických poruch. Během elektrokonvulzí dochází ke změnám v neuronech a gliích, v důsledku vzniku elektromagnetického pole mezi elektrodami. V buňkách nervové tkáně vzniká rozdílnou koncentrací iontů vně a uvnitř buňky akční potenciál, který vede k otevření sodíkově řízených kanálů a vyplavení neurotransmiteru. Neurotransmitter se váže na postsynaptický neuron a dochází k přenosu signálu. Vzniklé elektromagnetické pole mezi elektrodami, vyvolá sekundárně generalizovaný záchvat podobný epilepsii, způsobující ložiskovou depolarizaci. Ložisková depolarizace je vznik několika akčních potenciálů v ložisku, které se označují jako neurální pálení. Tato depolarizační aktivita se sekundárně projeví v hipokampu. Elektrický proud procházející mozkem vede k bezvědomí a amnézii. Za pomoci elektroencefalografie jsme schopni snímat tyto změny v bioelektrickém signálu. (Albrecht et al., 2019)

“Právě změny v neuroplasticitě a neuroneogeneze, jakož i vliv na imunitní pochody v oblasti hipokampální formace stojí v popředí mechanismu účinku.” (Albrecht et al., 2019, s. 32)

Hlavní změny, ke kterým dochází, jsou změny morfologické (zde řadíme změny v neuroplasticitě a neuroneogenezi), biochemické, funkční. Dle některých

důkazů dochází ke změnám v genové expresi, v klidových potenciálech. Dochází ke změně parametrů subklinického zánětu, který doprovází psychiatrická onemocnění. (Albrecht et al, 2017)

Nejedná se o zánět s charakteristickými projevy jako horečka, zarudnutí, bolest, leukocytóza či zvýšení CRP, nýbrž o patologické změny molekul spojených se zánětlivými procesy, které lze prokázat specializovanými vyšetřeními. Absolvováním úspěšné léčby ECT tyto molekuly mizí. (Albrecht, 2022)

1.3.1 Příklady hypotéz o mechanismu účinku ECT

Mezi první z teorií, které jsou dnes již vyvráceny, můžeme zařadit teorie konvulzivní. Podstatou této teorie byla výlučnost epilepsie a schizofrenie. Tato teorie byla ověřována i opačným způsobem, podáváním krevních transfúzí schizofreniků epileptikům, což nemělo klinický efekt. (Hrdlička, 2000)

Další z teorií je antikonvulzivní teorie, která pracuje s předpokladem, že antidepressivní efekt souvisí s efektem antikonvulzivním, který byl již dříve při terapii prokázán. Tento efekt je zprostředkován účinkem GABA. (Hrdlička, 2000).

Kyselinu gama-aminomáselnou, řadíme mezi hlavní inhibiční neurotransmitery. (Kittnar, 2020)

U pacientů s nedostatkem GABA, po absolvování terapie došlo k jejímu navýšení, což vedlo k antidepressivnímu i antikonvulzivnímu účinku. (Albrecht et al., 2019)

ECT ovlivňuje také excitační mechanismy, přesněji glutamát, kdy po aplikaci ECT došlo u pacientů s depresí k jeho normalizaci.

Mezi další teorie mechanismu účinku patří působení na neurotransmitery. ECT zatím z neznámých důvodů zvyšuje dopamin. Důkazem tohoto jevu, je klinické využití ECT v léčbě Parkinsonovy choroby. ECT ovlivňuje i serotoninergní systém. Zde se setkáváme se zajímavým faktem, jelikož ECT působí na tento systém opačně než většina antidepressiv, ale výsledný klinický efekt je shodný. Objevení mechanismu působení u ECT, by vedlo k porozumění, proč je tato terapie účinná u farmakorezistentní deprese. (Hrdlička, 2000)

Po ECT dochází ke snížení poměru chinolát/kynurenin, jehož zvýšení zaznamenáváme u depresivní poruchy. Jedná se o látky, účastníci se metabolismu tryptofanu.

Terapie má vliv i na neuroendokrinní funkci mozku. Zejména u depresivních stavů, bývá porušena funkce hypothalamo-hypofyzární osy, která vede ke zvýšení jednotlivých hormonů. Po ECT dochází ke stabilizaci. Ovlivňuje také neuropeptidy jako substance P nebo peptid Y. Neuroendokrinní změny v hypothalamu, vedly po absolvování ECT ke zlepšení libida, chuti k jídlu, spánku u depresivních pacientů.

Roli v účinku ECT má také působení na imunitní systém uvnitř hematoencephalické bariéry. Hematoencephalická bariéra má po terapii zvýšenou propustnost a zvýšený je také průtok krve mozkem. Po ECT je v různých oblastech mozku snížen metabolismus glukózy, dle některých odborníků se tyto změny podílejí na účinnosti EKT. (Albrecht et al., 2019)

V různých mozkových oblastech dochází po ECT k neurogenезi, což je růst indikovaný mozkovým, gliálním a cévním růstovým faktorem. BDNF (brain-derived neurotropic factor), souvisí s léčbou a patologií psychiatrických onemocnění. Při depresi byl zaznamenán snížený počet neuronů, zejména v oblastech hipokampu a kortexu. Po aplikaci EKT dochází ke zvýšenému formování neuronů. Progrese tohoto jevu odpovídala počtu aplikovaných elektrokonvulzí, z čehož byla patrná souvislost mezi těmito ději. Další z významných teorií se týká neurální plasticity. (Albrecht, 2017)

“Synaptickou plasticitou se rozumí především vývoj nových synapsí, změny v síle již existujících synapsí nebo eliminace synapsí.”(Raboch et al., 2013, s. 47). Neuroplasticita zahrnuje změny funkce a struktury neuronů a glií, což vede k adaptaci neuronů a adaptaci organismu na vnitřní i vnější podmínky. Synaptická plasticita, tvoří předpoklad k paměti a učení. Mezi formy plasticity řadíme dlouhodobou potenciaci a dlouhodobou depresi. (Raboch et al., 2013)

Při dlouhodobé potenciaci (LTP), dochází k posilování aktivity synapsí jejich stimulováním. Naopak při dlouhodobé depresi (LTD), dochází k oslabení synapsí. Znamená to, že síla synapsí se může měnit oběma směry. (Lisman, 2007)

Dle hypotézy o neurální plasticitě má potlačení potenciace dlouhodobé deprese antidepresivní efekt. Množství intracelulárního vápníku ovlivňuje rozvoj dlouhodobé potenciace nebo dlouhodobé deprese. Významným genem uplatňujícím se ve změnách neurální plasticity po ECT je HOMER 1. Tento gen také inhibuje apoptózu neuronů, prostřednictvím ovlivnění intracelulárního vápníku. (Albrecht, 2017)

Za zmínku stojí také psychologické teorie, kterými byl vysvětlován účinek terapie v jejích počátcích. Nejznámější z nich je teorie trestu. Aplikací terapie byl u pacientů potlačen pocit viny. U další z teorií, docházelo u pacientů ke změnám psychických funkcí po ECT, které vedly k popření nemoci. Terapie se setkala také s kritikou a to vedlo k vytvoření antipsychiatrických teorií. Dle kritiků vzniká po ECT jako součást organického psychosyndromu porucha paměti, díky které se příznaky léčeného psychiatrického onemocnění neprojeví. Dnes již byly tyto teorie popřeny. (Hrdlička, 2000)

1.4 Indikace

Využití elektrokonvulzivní terapie má svůj význam u celé řady psychiatrických diagnóz. Napříč tomu existují stavy, u kterých je terapie zcela neúčinná. Jedná se o velmi efektivní metodu, což je podloženo vědeckými výzkumy. (Albrecht et. al., 2019)

Spektrum účinků je široké. Možné vlivy terapie na chování člověka mohou být: antidepresivní, antimanický, antipsychotický, antiagresivní, antisuicidální, antikatatonní a antistuporozní. (Kališová, 2018)

1.4.1 Poruchy nálad

Velkou indikační skupinou jsou poruchy nálad. Do těchto poruch řadíme deprese, mánie a bipolární poruchu. ECT se u těchto stavů ve většině případech neužívá jako primární možnost léčby, kterou jsou psychofarmaka. Výjimku mohou tvořit pacienti s příznaky psychózy, pacienti v katatonním stavu nebo

pacienti s vysokým rizikem sebevraždy. U pacientů s depresemi a s velkým rizikem suicidia je metoda vhodná právě díky jejímu rychlému účinku. ECT se indikuje u pacientů, kteří neodpovídají na léčbu psychofarmaky nebo je u nich léčba medikamenty kontraindikována ze zdravotních důvodů. (Albrecht et al., 2019)

1.4.2 Deprese

Pacienti s depresí jsou pomocí elektrokonvulzivní terapie léčeni nejčastěji, tvoří až 80 % všech indikací k ECT. (Albrecht et al., 2017)

Terapie je účinná pro všechny druhy deprese. Pokud jsou příznaky výrazné, s vysokým rizikem sebevraždy nebo s přítomností bludů, uvádí se úspěšnost 80-90 %. U farmakorezistentních pacientů se uvádí účinnost 50-60 %. (Dušek, 2015)

Dle studií se u elektrokonvulzivní terapie udává vyšší účinnost než u některých skupin antidepresiv, jako jsou například tricyklická antidepresiva, selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, inhibitory monoaminoxidázy. (Kališová, 2018)

1.4.3 Mánie

U manických pacientů se ECT provádí v případě agresivity, kdy pacient je agresivní vůči svému okolí nebo vůči sobě. Dále při stavech agitovanosti nebo nedostatečné odezvě na léčbu farmaky. U pacientů s farmakorezistencí se účinnost ECT při mánii blíží k 60 %. (Kališová, 2018)

1.4.4 Schizofrenie

V léčbě schizofrenie se ECT užívá u farmakorezistentních pacientů se souběžnou léčbou antipsychotiky. Také je indikována při agresivních stavech nebo stavech zmatenosti či rozrušení, které mohou být součástí psychózy a nelze je tlumit medikamenty. Dle studie z roku 2005, je medikace v léčbě schizofrenie účinnější než ECT, nicméně za nejefektivnější se považuje kombinace obou těchto metod. (Albrecht et al., 2017)

Výbornou účinnost má terapie u katatonní formy schizofrenie. Tato forma se projevuje neschopností řeči a pohybu, agitovaností. (Kališová, 2018).

Pacienti mají často fixovaný pohled, trpí negativismem, opakují jednotlivé pohyby nebo hlásky. Terapií první volby jsou benzodiazepiny, pokud je léčba neúspěšná, přistupuje se ke konvulzím. Při volbě terapie je rozhodující také přítomnost horečky, která je příznakem katatonie. (Fink, 2018)

1.4.5 Ostatní indikace

ECT zlepšuje celkový stav také u neuroleptického maligního syndromu, deliria různého původu, Parkinsonovy choroby, tardivní dyskineze, epilepsie. (Dušek, 2015)

Existují také stavy, při kterých účinnost ECT nebyla prokázána. Řadíme zde poruchy osobnosti, obsedantně-kompulzivní poruchu, úzkostné poruchy, odvykací stavy, poruchy příjmu potravy. Neúčinnost ECT je u některých z těchto onemocnění diskutabilní, jelikož jsou známy jednotlivé případy, kdy absolvování terapie vedlo ke zlepšení. (Albrecht et al., 2019)

1.5 Terapie u specifických populací

1.5.1 Terapie v těhotenství

V těhotenství mohou být predispozice ke vzniku duševních onemocnění zvýšené a jejich rozvoj může být pro plod škodlivý. Těhotné ženy s psychiatrickými diagnózami tvoří 15 %-29 %. Jedná se o skupinu nemocných, která vyžaduje v terapii zvláštní přístup. Nejvíce se u těhotných žen vyskytuje deprese. Výzkumy dokazují bezpečnost terapie v celém průběhu těhotenství, tedy ve všech trimestrech. Jelikož užívání psychofarmak v těhotenství může být z různých důvodů problematické, může ECT být vhodnou volbou terapie této skupiny nemocných. (Kitzlerová, 2018)

Z nežádoucích účinků se u plodu nejčastěji projevuje bradykardie a jiné poruchy srdečního rytmu. Ve většině případech porucha po porodu dále nepřetrvává. U žen až ve 3,5 procentech dochází k děložním kontrakcím a vyvolání porodu. Tento jev je přisuzován zvýšení hladin oxytocinu během ECT.

Jako prevence před nežádoucími účinky byla vyvozena různá doporučení. Mezi tyto doporučení patří vyšetření gynekologem v rámci vyšetření před výkonem, pozornost by měla být věnována také výskytu krvácení z vagíny, které

může být důvodem k neprovedení ECT. K zabránění aspirace během výkonu je podáván roztok k úpravě kyselosti žaludku nebo může být pacientka intubována. Je preferováno, aby byla pacientka uložena na levý bok. Během celé terapie by měly být monitorovány fyziologické funkce matky i plodu a děložní kontrakce.

1.5.2 Terapie u dětí a adolescentů

Elektrokonvulzivní terapie je u dětí a adolescentů prováděna zřídka, pouze ve výjimečně závažných stavech a za splnění určitých kritérií. Nejčastější indikace u této populace tvoří různé druhy poruch nálad, katatonní stavy či psychotické poruchy. Mezi kritéria, která musí být splněna, patří druh diagnózy, charakter projevů onemocnění a odpověď na léčbu psychofarmaky. U projevů onemocnění se hodnotí, do jaké míry je ohrožen život pacienta, například přítomností těžkého nechutenství či rizika suicidality.

Příprava dětí a adolescentů před výkonem se od přípravy dospělé populace příliš neliší. Souhlas s provedením ECT podepisují zákonní zástupci, pokud je pacient schopen, může souhlas podepsat také. České zákony nedefinují věk, od kterého může pacient terapii podstoupit. Provedení samotného ECT je taktéž podobné. Psychiatr účastnící se ECT by měl mít zkušenosti s léčbou dětí, anesteziolog by měl mít specializaci v pediatrii. Liší se také dávky podávaných léků a míra elektrické stimulace, která není tak vysoká, jelikož u dětí je snazší vyvolat záchvat. (Hořínková et al., 2019)

1.6 Kontraindikace

Dle APA (American Psychiatric Association) absolutní kontraindikace elektrokonvulzivní terapie neexistuje. Navzdory tomu se jako absolutní kontraindikace uvádí intrakraniální hypertenze, mozkové krvácení a vysoké anesteziologické riziko. Za relativní kontraindikace považujeme stavy, u kterých je možné terapii aplikovat, ale tyto stavy vyžadují zvláštní sledování. Před započtím terapie je vždy nutné zvážit přínos a možné riziko pro pacienta. Jedná se o stavy po prodělaném infarktu myokardu, při angině pectoris či kardiální insuficienci. U pacientů s kardiovaskulárními problémy je ECT modifikováno preventivním podáváním Nifedipinu. Jako další byly zmíněny těžké fraktury, osteoporóza, stav po mozkové příhodě. (Dušek, 2015)

V praxi se lékaři nejčastěji setkávají s odložením výkonu kvůli akutní infekci dýchacího systému. (Buday, 2022)

1.7 Komplikace

Smrtnost ECT je velmi nízká. Pokud dojde k úmrtí, důvodem jsou nejčastěji respirační či kardiální komplikace. (Köhler, 2014)

Výskyt nežádoucích účinků je minimální. U pacientů se po ECT mohou objevit bolesti hlavy, svalů, nevolnosti, dočasná agitovanost, což může být také důsledkem anestetik. Prodloužené epileptické záchvaty (status epilepticus) či plicní embolie, jsou považovány za velmi vzácné komplikace. (Albrecht, 2021)

Nejčastějším nežádoucím účinkem je vliv na kognitivní funkce. Pacienti mohou být po výkonu dezorientovaní. Tato dezorientace může trvat několik minut, ale i hodin a u některých pacientů se neprojevuje vůbec. Dochází také k poruchám retrográdní i anterográdní paměti. Vyskytuje se problém se zapamatováním nových informací po terapii. Názory odborníků na úpravu poruch anterográdní paměti se liší. Někteří z nich uvádí výskyt poruchy první tři dny po aplikaci terapie s následným vymizením během patnácti dnů. Jiní odborníci tvrdí, že se může jednat o několik týdnů, až dokonce několik měsíců.

Poruchy retrográdní paměti přetrvávají nejdéle. Někteří z pacientů trpí absencí vzpomínek nebo si vzpomínky obtížně vybavují. Pacienti si velmi často obtížně vybavují vzpomínky na dny až týdny před zákrokem a na zákrok samotný. (Kubinová et al., 2017)

Nesmíme opomenout fakt, že po ECT může dojít k rozvinutí deliria. Delirium se projevuje psychickým a tělesným neklidem, zmateností, agresivitou. Může také dojít k rozvinutí manického stavu. (Köhler, 2014)

1.8 Jiné biologické metody v léčbě psychiatrických poruch

1.8.1 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Jedná se o neinvazivní metodu, jejíž principem je vytvoření magnetického pole působící na vybranou oblast mozku, kterou chceme stimulovat. Toto pole je vytvářeno elektrickým proudem proudícím ve speciální cívce. Léčba je vhodná pro pacienty s farmakorezistencí. RTMS je účinná v léčbě depresí. Existuje mnoho psychiatrických onemocnění, u kterých by terapie mohla být potenciálně účinná, jako například posttraumatická stresová porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, schizofrenie, léčba závislostí, poruchy příjmu potravy. Metoda je považována za bezpečnou, riziko nežádoucích účinků a komplikací je malé. Před rTMS není nutná speciální příprava před výkonem a provádí se ambulantně. (Buday 2021, Klírová 2022)

2 ECT v praxi

ECT se provádí vždy na doporučení lékaře se specializací v psychiatrii a před výkonem je zvažován zdravotní stav pacienta a možné kontraindikace. Když lékař indikuje tuto léčbu, přemýšlí nad přínosem pro pacienta, ale také nad rizikem, které může nastat.

2.1 Průběh výkonu

2.1.1 Vyšetření před výkonem

Ke zhodnocení zdravotního stavu dochází vždy před aplikací konvulzí, lékaři užívají ASA škálu (škála Americké asociace anesteziologů) a podle toho provádí další vyšetření. Pokud jsou pacienti zdraví a spadají do 1. kategorie, je u nich provedeno základní vyšetření krve a moči, ze zobrazovacích metod EKG. Při vyšším skóre než 1, musí pacienta vyšetřit internista. U některých rizikových nemocných se provádí jiná specializovaná vyšetření, jako vyšetření očního pozadí, CT hlavy, vyšetření neurologem. (Kališová, 2019)

Nad 50 let je u pacientů doporučen RTG. Před terapií dochází ke kontrole a úpravě léčiv, jelikož některé z nich mohou mít na terapii negativní vliv. (Dušek, 2015)

2.1.2 Informovaný souhlas

Psychiatr poskytuje pacientovi informace o důvodech, proč je pro něj terapie vhodná a o průběhu terapie. Je nutné zdůraznit také komplikace a vedlejší účinky, ke kterým by mohlo dojít. Pokud pacient souhlasí s výkonem, na základě těchto informací podepisuje informovaný souhlas. Po informování anesteziologem svým podpisem stvrzuje také souhlas s anestézií. Existují výjimky, kdy je možné ECT provést i bez souhlasu pacienta. Dochází k tomu v případech, kdy pacientův stav je natolik závažný, že není schopen podpisu a při akutních stavech, kdy je pacientovo zdraví ve velkém riziku. Po odeznění akutního stavu pacient o další léčbě rozhoduje sám. (Kališová, 2019)

2.1.3 Příprava

Pacient je od půlnoci lačný, nepřijímá žádnou stravu, tekutiny a dodržuje zákaz kouření. Důležité léky se mohou podat ráno před výkonem. Je nutné, aby se pacient před výkonem vymočil. (Kališová, 2019)

Jako premedikace se často podává Atropin intramuskulárně či subkutánně. Atropin se podává půl hodiny až hodinu před samotným výkonem. (Dušek, 2015)

Nedoporučuje se jeho běžné podávání u všech pacientů. (Kališová, 2019)

2.1.4 Provedení ECT

Při aplikaci elektrokonvulzí je přítomen anesteziolog, psychiatr, sestra, laborantka EKT, sanitář. Pacient nemá zubní protézu a kovové šperky. Během výkonu je pacient ve vodorovné poloze, přijíždí do místnosti na lůžku a na jiný stůl se nepřemísťuje. Pacientovi jsou monitorovány fyziologické funkce, EEG a EKG. Dle zvážení lékaře se přikládají EMG elektrody pro měření elektromyografie. Intravenózně se podávají anestetika a myorelaxancia. (Kališová, 2019)

Anestetikum navozuje amnézii na konvulzivní stav a potencuje účinek myorelaxancia. Používají se léčiva ze skupiny barbiturátů, jako jsou Tiopenthal a Metohexital. Anestezie nemůže být příliš hluboká, jinak by mohlo dojít k potlačení záchvatů. Myorelaxancia se podávají z důvodu omezení prudkých

pohybů během konvulzí. Jako myorelaxans se podává sucinylcholin. (Mankad et al., 2010)

Po přípravě pomůcek pro ventilaci je nejdříve podáno anestetikum, po kontrole, zda je anestezie dostatečná se podává myorelaxancium. (Dušek, 2015)

Pacientovi je během podávání anestezie aplikován kyslík pomocí ambuvaku. (Kališová, 2019)

To omezuje výskyt vedlejších kognitivních účinků po terapii. (Nepokojová, 2012)

Místo pro přiložení elektrod je očištěno desinfekcí. Pokud je kůže pacienta drsná, může klást velký odpor. K tomu slouží speciální gely, které tento odpor snižují. Na místo přiložení elektrod a na elektrody samotné aplikujeme gel s vodivostí. (Kališová, 2019)

Umístění elektrod je různé. Rozeznáváme umístění bitemporální, bifrontální, unilaterální. Bifrontální není běžné a využívá se při katatonických stavech. (Kališová, 2019)

Při bitemporální variantě jsou elektrody umístěny mezi uchem a vnějším očním koutkem na obou stranách. Unilaterální umístění znamená přiložení obou elektrod na nedominantní stranu hemisféry. Nejvyužívanější poloha elektrod při jednostranném umístění je dle d'Elia. Poloha první z elektrod je stejná jako při bitemporálním umístění, druhá elektroda je umístěna laterálně ke středu hlavy. (Mankad et al., 2010)

U jednostranného umístění se snižuje výskyt nežádoucích kognitivních účinků, ale účinnost je nižší. Pokud jsou elektrody umístěny oboustranně, je pravděpodobný vyšší výskyt kognitivních poruch a také větší účinek terapie. (Dušek, 2015)

Psychiatr přidržuje elektrody ručně podle zvoleného umístění. Díky tomu může během aplikace modifikovat tlak, který je na elektrody vyvíjen. Jako prevence před poraněním jazyka, má pacient hlavu v záklonu nebo je možné použít roubík. Poté je aplikován výboj. Během elektrokonvulze se nejdříve rozvíjí

křeče tonické, později křeče klonické. Konvulze by měly trvat 20-90 sekund. Pokud je záchvat kratší než 20 sekund, účinek není dostatečný. K prodloužení záchvatu dochází vzácně, příčinou je vysazení některých druhů psychofarmak nebo při terapii lithiem, které podporuje křeče. Na druhou stranu může dojít také k nedostatečnému vyvolání záchvatu. To může být způsobeno příliš hlubokou anestezií a velkou svalovou relaxací. V těchto případech se mění parametry výboje a aplikace se může až 5x opakovat. (Kališová, 2019)

Po odeznění konvulzí se sleduje, zda pacient samovolně dýchá a také výbavnost reflexů. Pacientovi opět podáváme kyslík, jelikož spotřeba kyslíku během terapie je 2 x větší než v klidovém stavu. (Dušek, 2015)

2.2 Celkový průběh terapie

Počet celkem absolvovaných ECT rozhoduje lékař na základě toho, jak pacient na terapii reaguje. Pacienti nejčastěji absolvují terapii dvakrát nebo třikrát za týden. Kališová ve své publikaci uvádí, že pacienti nejvíce často podstupují sérii 8-15 ECT, kdežto v jiném zdroji je uveden údaj 6-12 terapií. V akutních případech je možné ECT aplikovat každý den. Po absolvování 3-4 ECT je u pacientů obvykle zaznamenáváno zmírnění příznaků a pozitivní efekt. (Kališová et al, 2019, Dušek et al., 2015)

Pokud pacienti mají dobrou odpověď na ECT v akutním stádiu, může být léčba prodloužena. ECT se neukončí, pouze se sníží frekvence terapií. Tuto léčbu nazýváme pokračující a její výhodou je delší účinek ECT a snížení rizika návratu akutních projevů nemoci. Tato léčba probíhá zhruba půl roku po léčbě akutní. Další variantou aplikace ECT je udržovací ECT, kterou pacienti podstupují po delší dobu. Maximální doba aplikace v tomto případě není omezena, pacienti většinou léčbu podstoupí 1 x během jednoho až tří měsíců. (Kališová et al, 2019, Dušek et al., 2015)

Obě formy aplikace elektrokonvulzí jsou vhodné u pacientů s nedostatečnou odpovědí na léčbu psychofarmaky, u starších pacientů, dále při častých pokusech o sebevraždu či výskytu opakovaných relapsů. Například u depresí, při této formě terapie bylo zaznamenáno výrazné snížení sebevražedného chování po období půl roku. U pacientů s bipolární poruchou došlo ke zkrácení

doby hospitalizace. Význam má i u pacientů se schizofrenií. (Kališová et al, 2019, Dušek et al., 2015)

3 Úloha sestry v rámci ECT

3.1 Příprava

Úkolem sestry v dlouhodobé přípravě k výkonu je odebrat biologický materiál a zaslat jej na požadovaná vyšetření. Z vyšetření krve se vyšetřuje krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, z biochemických vyšetření iontoqram, jaterní soubor, cholesterol a TAG, glukóza, ledvinový soubor a CRP. Moč se vyšetřuje na biochemii a močový sediment. Podílí se také na tom, aby pacient absolvoval všechna ostatní vyšetření, jako EKG. Výsledky vyhodnocuje interní lékař, který zhodnotí somatický stav pacienta a vhodnost terapie. Výsledky nesmí být starší dvou týdnů. Sestra pacienta edukuje o nutnosti lačnění. Vysvětlí mu, že od půlnoci nebude jíst, pít, užívat léky a kouřit. (Nepokojová, 2012)

Léky, které jsou pro pacienta důležité, můžeme podávat nejpozději dvě hodiny před výkonem. Povinností sestry je klást důraz na vyprázdnění močového měchýře a vyjmutí zubní protézy (Dušek, 2015)

Je výhodou, pacientovi vysvětlit, aby před ECT neaplikoval krém na obličej. Doporučuje se nepřiléhavé oblečení, ženy by na sobě neměly mít podprsenku. Pacient na sobě nemá mít make-up, dioptrické pomůcky a doplňky. Úkolem sestry je provedení elastických bandáží v rámci prevence TEN. (Petr, 2014)

3.2 Péče během výkonu

Monitorace fyziologických funkcí je další činností sestry během ECT. Sestra před výkonem kontroluje hodnoty krevního tlaku, tepu, tělesnou teplotu a pacientovu dokumentaci. (Dušek, 2015)

Pacientovi je měřena saturace pomocí oxymetru. Sestra také zavádí periferní žilní katetr k podání anestezie a přikládá EEG a EKG elektrody. Místa přiložení elektrod se ošetří gelem. Aplikace intravenózních anestetik a myorelaxancií je v kompetenci anesteziologické sestry, která je podává dle ordinace anesteziologa. Anesteziolog pacientovi aplikuje kyslík a předává

psychiatrovi informaci, kdy je vhodné provést výboj. Sestra se při výkonu věnuje asistenci lékaři. Během konvulzí personál pacienta fixuje přidržáním za končetiny a ramena, aby se předcházelo zraněním. Je důležité, aby vždy byly k dispozici pomůcky pro případnou intubaci a resuscitaci. (Nepokojová, 2012)

Pokud se jedná o pacienta diabetika, měl by na terapii být zařazen první v pořadí. U pacienta bychom měli monitorovat množství glukózy v krvi a při její snížené hladině podat infúzi s glukózou. (Kališová, 2019)

3.3 Péče po výkonu

Pokud pacient samovolně dýchá, jeho reflexy jsou výbavné a je vigilní, může být přeložen na pokoj. Úkolem sestry je po dobu jedné hodiny sledovat fyziologické funkce jako krevní tlak, tep, dech, saturaci. Hodnotí také Glasgow Coma Scale. Sestra sleduje také výskyt nežádoucích účinků, pacient může být zmatený či neklidný, může trpět bolestmi hlavy, nauzeou, amnézií. Všechny tyto skutečnosti zaznamenává do dokumentace. Je doporučeno, aby pacient zůstal 2-3 hodiny v klidu, poté může přijímat stravu a tekutiny per os. (Nepokojová, 2012, s. 37, Dušek, 2015, kapitola 9)

3.4 Komunikace

Den před výkonem by měl pacient být dostatečně informován, čímž se podílíme na zklidnění negativních emocí pacienta ohledně zákroku. (Petr, 2014)

Sestra podporuje pacienta a jeho rodinu a snaží se poskytnou potřebné informace. Před podepsáním informovaného souhlasu musí pacient rozumět v čem pro něj bude terapie přínosná, průběhu terapie a možným komplikacím. Pacient by na rozhodování měl mít dostatek času a možnost poradit se s rodinou. Pacienty před výkonem často doprovází pocit strachu, který můžeme zmírnit vhodným prostředím bez hluku. Sestra se svými činnostmi podílí na vytváření bezpečného prostředí. Negativní pocity můžeme snížit, pokud budeme s pacientem komunikovat klidným tónem. Během celé terapie je nutné, aby byl pacient informován o průběhu všech činností během výkonu. Při terapii zajišťujeme, aby se pacient cítil pohodlně a bezpečně. (Nepokojová, 2012, Cullen, 2013)

3.4.1 Přístup a komunikace u konkrétních diagnóz

3.4.1.1 Pacienti trpící psychózou

Projevy psychózy mohou být velmi odlišné, proto neexistuje univerzální doporučení v přístupu k těmto nemocným. To zdůrazňuje individualitu pacienta, která musí být zohledněna při poskytování péče. Sestra a pacient spolu utvářejí vztah, který je velmi důležitým předpokladem efektivní péče. Sestra respektuje pacientovu osobnost.

Pokud se jedná o pacienta trpícího halucinacemi, sestra by měla být empatická k projevům pacienta. Jednání sestry by mělo v pacientovi vzbuzovat pocity důvěry. Pokud pacient sestře důvěřuje, umožňuje mu to lépe zvládat nepříjemné stavy doprovázející psychózu. Pacientovi pomáhá navázat větší kontakt s realitou. Tomu může napomoci dotknutí se pacienta nebo přesunutí pozornosti na nějakou fyzickou aktivitu. Pacientovi nic nevyvrací, ale vysvětluje mu, že její vnímání je odlišné. Při komunikaci s pacientem kontrolujeme svůj verbální i neverbální projev, hovoříme tak, aby nám pacient dobře rozuměl. Pečlivě vnímáme, co nám pacient říká a jeho pocity zrcadlíme. (Petr, 2014)

3.4.1.2 Komunikace a přístup k depresivnímu pacientovi

Přístup sestry by měl být citlivý, sestra svým chováním vyjadřuje soucit a pochopení směrem k pocitům pacienta. Pro pacienty trpící depresí může být komunikace obtížná, obvykle ztrácí zájem komunikovat se svým okolím. Z tohoto důvodu by měla komunikace vycházet od sestry. Tempo kognitivních schopností pacienta bývá snižené. Při rozhovoru se musíme tomuto tempu přizpůsobit, věty zopakovat, aby pacient měl dostatek času na porozumění. (Petr, 2014)

Sestra pacienta motivuje. Pozitivně reaguje na pokroky pacienta i když se jedná o běžné denní činnosti. Nad pacientem má neustálý dohled, kvůli riziku sebevražedného chování. (Malá, Pavlovský, 2002)

3.4.2 Specifika edukace psychiatrických pacientů

Sestra má v edukaci pacientů nezastupitelnou roli. Je vhodné si dopředu připravit, jak bude setkání s pacientem probíhat, například výběrem edukačních materiálů a prostředí bez rušivých vlivů. Při edukaci volíme taková slova, kterým je pacient schopen porozumět. Projevem psychiatrického onemocnění, často

bývají narušené komunikační schopnosti pacienta. Z toho důvodu, volíme jednoduché věty a nepředáváme více informací najednou. Pacientovi poskytneme dostatek času na jeho otázky i odpovědi. V rozhovoru jsou preferovány otázky, na které může pacient odpovídat volně a aktivně, před otázkami uzavřenými. Posloucháme a vnímáme vše, co nám pacient chce říct, zpětně reagujeme a vyjadřujeme pochopení. Sestra během edukace vždy zohledňuje celkový stav a to, jak se pacient aktuálně cítí. Podle toho upravuje průběh edukace. Je výhodou po pacientovi občas jeho myšlenky zopakovat, což vede k posílení vzájemného porozumění. Během edukace je důležité respektovat názor a svobodnou volbu pacienta. Význam edukace spočívá v tom, že pacient má dostatek informací, aby se rozhodnul na základě svého přesvědčení. Sestru také zajímá zpětná vazba pacienta, kdy si ověřuje pacientovo porozumění. Přístup sestry při vedení edukačního rozhovoru je individuální. Pacienta aktivně zapojuje, užíváním pomůcek a různých způsobů edukace dělá edukaci zajímavou. Díky tomu si pacient informace lépe zapamatuje a je schopen déle vnímat. Význam edukace spočívá v lepší spolupráci pacienta a to má pozitivní dopad průběh léčby. (Petr, 2014)

4 Stigmatizace metody

Ačkoli je elektrokonvulzivní terapie považována za velmi efektivní a dnes již bezpečnou metodu, v očích laické populace stále vzbuzuje negativní emoce. Mnoho pacientů včetně jejich rodinných příslušníků, pociťují ohledně terapie pocity strachu. Zastávají myšlenku, že jde o dnes již nevyužívanou a rizikovou metodu, která u nich může způsobit trvalé poškození. Toto smýšlení mohlo být ovlivněno různými faktory. Jedním z nich je fakt, že terapie v dřívějších dobách nebyla příliš bezpečná, z hlediska výskytu komplikací. Před začátkem užívání anestetik a myorelaxancií byla pro pacienty také velmi diskomfortní. Svůj vliv může mít také poskytování ECT pacientům, kteří s terapií nesouhlasí. Tuto problematiku můžou někteří lidé vnímat jako narušení jejich osobní svobody. Největší vliv na stigmatizující pohled veřejnosti, mělo ztvárnění ECT v kinematografii, novinách a časopisech či hudbě. Především ztvárnění ECT ve filmech, vzbuzovalo v lidech pocit, že se jedná o jakési potrestání či snahu o ovládnutí jedince. (Kališová, 2023)

Dle výzkumu z roku 2016 je metoda stigmatizována i mezi zdravotníky či studenty všeobecného lékařství. Vzorek tvořilo 365 dotázaných. 62 % respondentů se s ECT poprvé setkala prostřednictvím mediální prezentace metody. 86 % dotázaných je toho názoru, že po absolvování terapie pacienti trpí vážnými následky. Tuto problematiku by mohlo pozitivně ovlivnit předávání pravdivých informací o této metodě skrze média. (Mádlová et al., 2016)

Empirická část

5 Cíl výzkumu

Cílem empirické části této bakalářské práce je zjistit, jak je elektrokonvulzivní terapie vnímána sestrami napříč různými odbornostmi. Vzorek respondentů je tvořen sestrami, pracujícími na psychiatrických odděleních, ale také sestrami, které se primárně nevěnují péči o psychiatrické pacienty, jako jsou sestry z interních či chirurgických oddělení nemocnic nebo sestry ze sociálních zařízení. Díky tomu můžeme porovnat, zda se pohled na ECT mezi těmito skupinami sester liší. Jedná se o kvantitativní výzkum, jehož hlavní zkoumané oblasti jsou informovanost o metodě, postoje a názory sester na tuto problematiku, ochota podstoupit výkon. Některé otázky zkoumají stigmatizaci metody.

6 Výzkumné otázky

CÍL 1 se zabývá informovaností sester

Výzkumné otázky vztahující se k danému cíli:

Výzkumná otázka č. 1:

Kde se sestry poprvé dozvěděly o elektrokonvulzivní terapii?

Tuto otázku verifikuje otázka v dotazníku č. 6.

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké jsou znalosti sester ohledně elektrokonvulzivní terapie?

Tuto otázku verifikují otázky v dotazníku č. 7., 8., 9., 11.

CÍL 2 se věnuje názorům a postojům sester k ECT

Výzkumné otázky vztahující se k danému cíli:

Výzkumná otázka č. 3:

Kolik z respondentů zastává názor, že se jedná o bezpečnou, účinnou a standardně užívanou terapii?

Tuto otázku verifikují otázky z dotazníku č. 12., 13., 14.

CÍL 3 mapuje názory týkající se stigmatizace

Výzkumné otázky vztahující se k danému cíli:

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké množství sester zastává názor, že terapie způsobuje nezvratná poškození a o jaká poškození se jedná?

Tuto otázku verifikují otázky z dotazníku č. 15., 16.

Výzkumná otázka č. 5:

Jaké množství sester označuje terapii jako humánní?

Tuto otázku verifikuje otázka z dotazníku č. 17.

CÍL 4 sleduje, jaký je postoj sester k podstoupení výkonu

Výzkumná otázka č. 6:

Podstoupily by sestry ECT a pokud ne, z jakého důvodu?

Tuto otázku verifikují otázky z dotazníku č. 18., 19.

CÍL 5 se věnuje hlavním rozdílům mezi sestrami s psychiatrickým zaměřením a sestrami bez psychiatrického zaměření

Výzkumná otázka č. 7:

Jsou psychiatrické sestry lépe informované?

Tuto otázku verifikují otázky z dotazníku č. 4., 8., 9., 10., 11.

Výzkumná otázka č. 8:

Jaké jsou rozdíly ve stigmatizaci u psychiatrických sester a sester jiného zaměření?

Tuto otázku verifikují otázky z dotazníku č. 4., 15., 17.

7 Metodologie výzkumného šetření

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní výzkum. “Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek.” (Kutnohorská, 2009, s. 21-22)

Data pro kvantitativní výzkum byla získávána formou dotazníku, který celkem obsahoval 19 otázek, z nichž 4 byly otevřené. Prvních 6 otázek má informativní charakter a slouží k pozdějšímu srovnání odpovědí jednotlivých skupin. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, polovina z nich na psychiatrická oddělení a polovina na oddělení bez psychiatrického zaměření.

Analýza dat byla provedena součty absolutních četností, tyto četnosti byly převedeny na četnosti relativní uvedené v procentech, které jsou zobrazeny pomocí grafů.

8 Vzorek respondentů

Pro tvorbu souboru respondentů byl zvolen záměrný výběr. Cílem bylo vybrat sestry z různých typů zařízení, jednalo se tedy o sestry různých odborností. V Nemocnici na Homolce byl dotazník distribuován mezi sestry z interního oddělení a oddělení cévní chirurgie. V obou případech se jednalo o standardní oddělení i jednotky intenzivní péče. Dále byl distribuován sestrám pracujících na

psychiatrických odděleních různého typu. Poslední skupinu respondentů tvořily sestry z Domova seniorů Vysočany.

9 Průběh výzkumného šetření

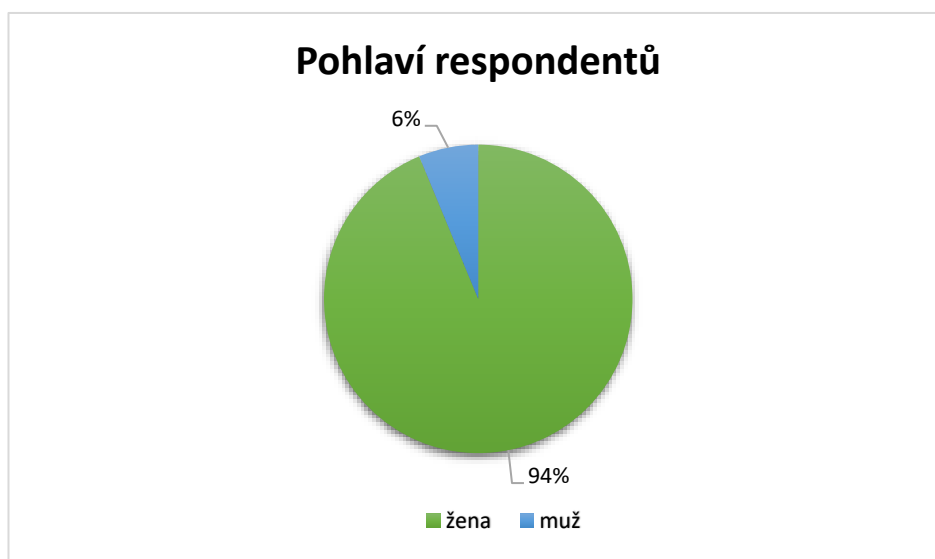
Výzkumné šetření probíhalo během měsíce dubna. Začátkem měsíce byly dotazníky rozdány v Domově seniorů Vysočany, z dvanácti dotazníků bylo vyhodnoceno pouze 7. Souběžně probíhala distribuce mezi psychiatrické sestry, zde se vrátily všechny rozeslané dotazníky. Od poloviny dubna probíhala distribuce dotazníků na interní JIP, standardním interním oddělení, standardním oddělení cévní chirurgie a cévní JIP v Nemocnice Na Homolce. Zde bylo rozdáno 35 dotazníků, z nichž se 29 vrátilo vyplněných.

10 Analýza dat

Charakteristika vzorku respondentů:

Otázka č. 1 Jaké jste pohlaví?

Tato otázka charakterizuje pohlaví respondentů.

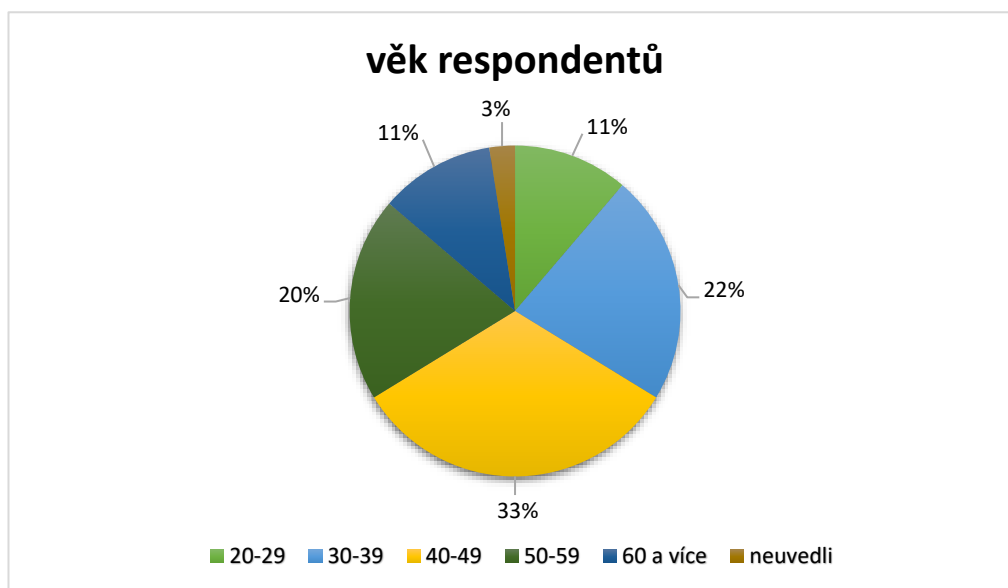


Graf 1 pohlaví respondentů

Dotazník vyplnilo 75 žen (94 %) a 5 mužů (6 %). Vzhledem k tomu, že povolání sestry je spíše ženské, byl tento výsledek očekáváný.

Otázka č. 2 Jaký je Váš věk?

Otázka mapuje věk respondentů.

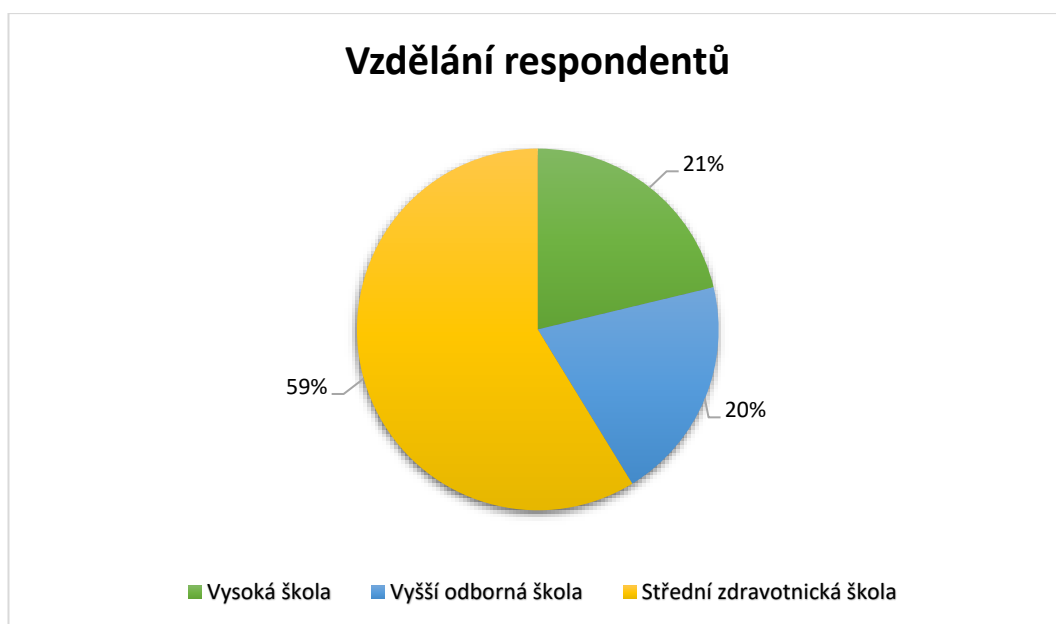


Graf 2 věk respondentů

Nepočtenější skupinu respondentů tvořili respondenti ve věkovém rozmezí od 40-49 let. Jednalo se o 33 % z celkového počtu dotázaných. Druhou největší skupinou byly sestry ve věku 30-39 let (22 %), dále pak sestry ve věku 50-59 let (20 %). Na dotazník odpovědělo stejné množství sester ve věkových kategoriích 60 a více a 20-29 let (11 %). Sestry v tomto věkovém rozmezí tvořily nejméně početné skupiny. Dva z respondentů věk neuvědli.

Otázka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Otázka zjišťuje, jaké je vzdělání respondentů.

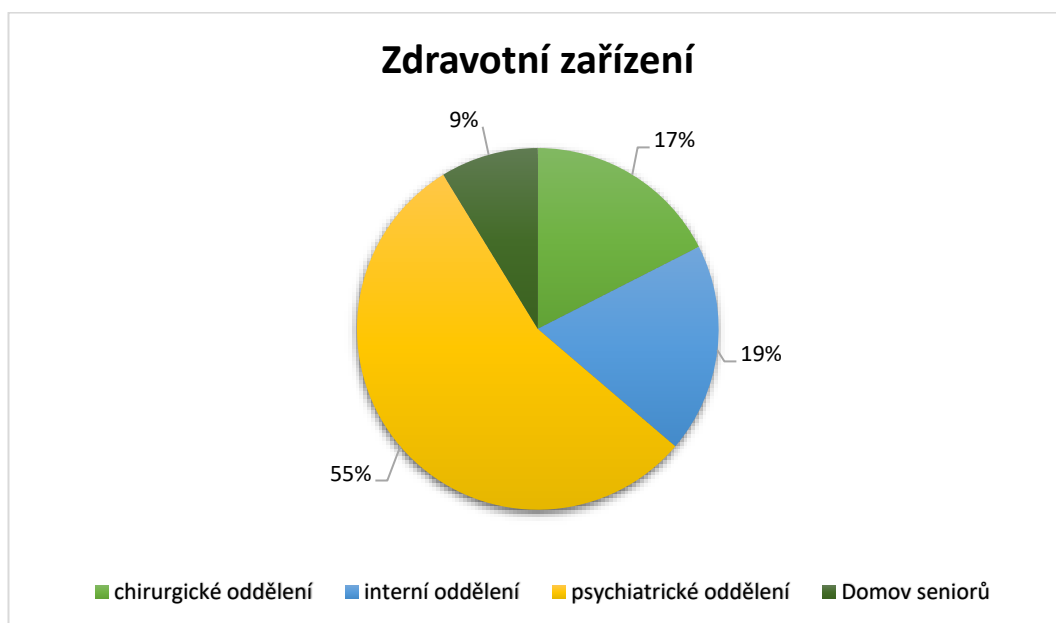


Graf 3 vzdělání respondentů

Sestry odpovídající na dotazník nejčastěji vystudovaly Střední zdravotnickou školu s maturitou a to v 47 případech (59 %). Vysokoškolsky vzdělaných sester bylo 17 (21 %) a sester, které absolvovaly Vyšší odbornou školu bylo 16 (20 %). Více než polovina respondentů je vzdělaná pouze středoškolsky. Pouze ¼ respondentů má vysokoškolské vzdělání. Počet absolventů VŠ a VOŠ je téměř stejný.

Otázka č. 4 V jakém zařízení pracujete?

Otázka mapuje v jakých zařízeních respondenti pracují.



Graf 4 zdravotní zařízení respondentů

Z celkového počtu respondentů pracuje na psychiatrických odděleních 55 %, jednalo se o 45 respondentů z 80. Zbýlých 35 respondentů tvoří 15 sester z oddělení interního typu (19 %), 14 sester z oddělení chirurgického typu (17 %) a 7 sester pracujících v Domově pro seniory (9 %). Zhruba polovina sester pracuje v zařízení specializující se na psychiatrii, druhá polovina pracuje v zařízeních bez psychiatrického zaměření.

Otázka č. 5: Na jaké pozici pracujete?

Otázka mapuje, zda se jedná o všeobecné, či praktické sestry.



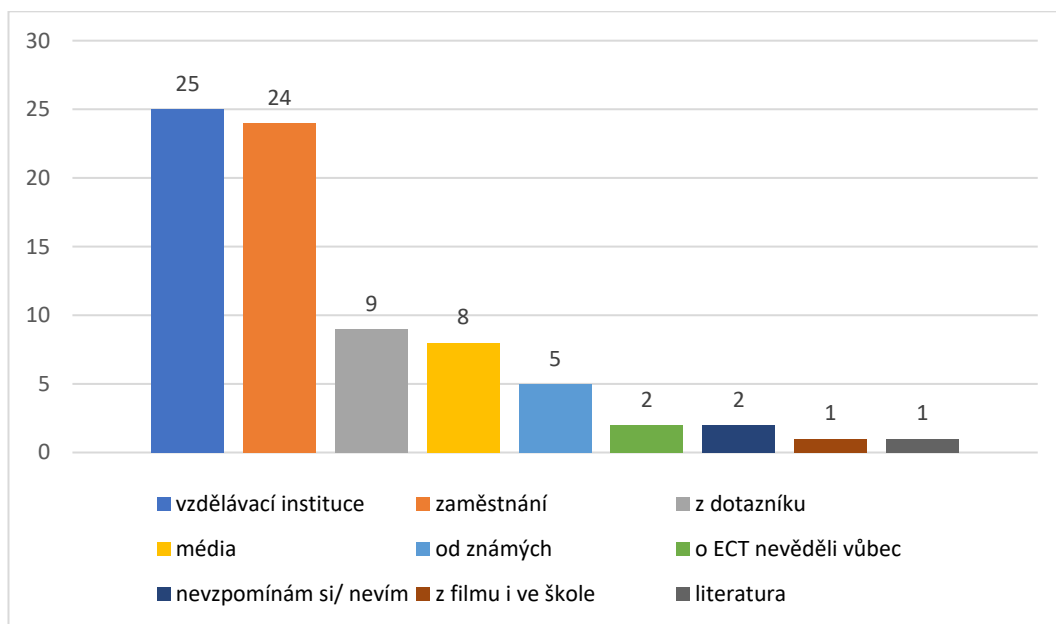
Graf 5 pracovní pozice respondentů

Vzorek respondentů tvoří 66 všeobecných sester (82,5 %) a 14 praktických sester (17,5 %). Převážně se tedy jedná o sestry všeobecné.

CÍL 1 Informovanost sester

Výzkumná otázka 1: Kde se sestry o ECT dozvěděly poprvé?

Otázka č. 6 Kde jste se o terapii dozvěděli poprvé?

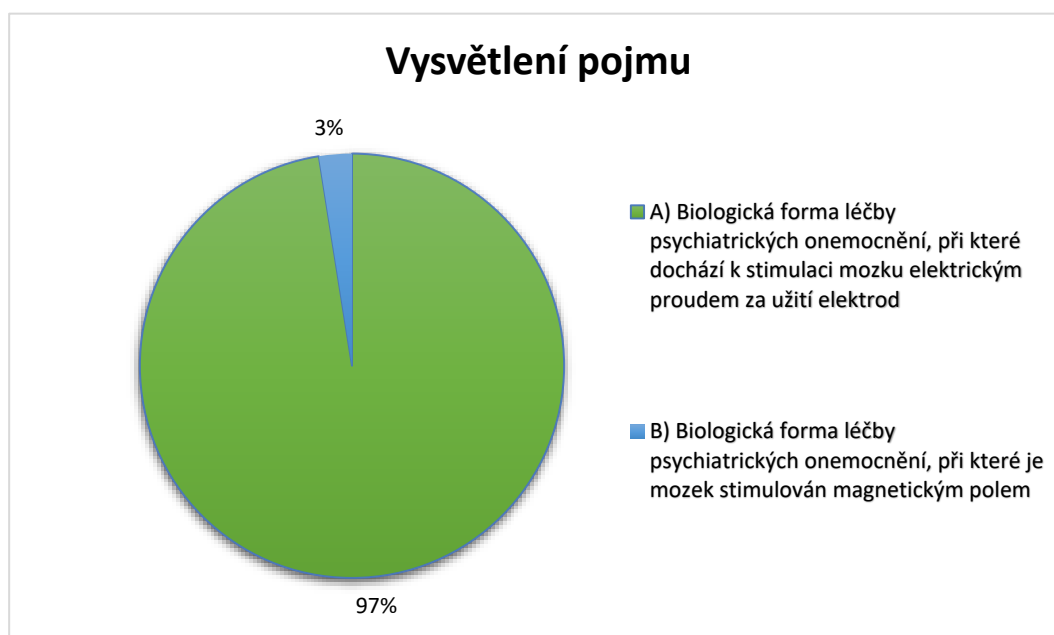


Graf 6 informovanost

Ve 25 případech sestry odpověděly, že se s ECT setkaly poprvé během studií, ať už na SZŠ, VOŠ nebo VŠ. Největší množství dotazovaných se tedy poprvé setkalo s terapií ve vzdělávací instituci (32,5 %). Druhou nejčastěji vyskytovanou odpovědí bylo setkání s ECT v zaměstnání a to v 24 případech (31 %). Z dotazníku se o terapii dozvědělo 9 respondentů (11,7 %). Z médií se o ECT dozvědělo 8 (10,4 %) dotázaných. Jako média uváděli internet, televizi a novinový článek. Od známých, kolegyně či přátel se o ECT dozvědělo 5 respondentů (6,5 %). Zastoupení sester, které o terapii doposud nevěděly činní (2,6 %), stejný počet sester si nevzpomíná nebo neví. Pouze 1 z respondentů se o terapii dozvěděl v literatuře. Jeden z respondentů uvedl dvě odpovědi, film a vzdělávací instituci.

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou znalosti sester ohledně elektrokonvulzivní terapie?

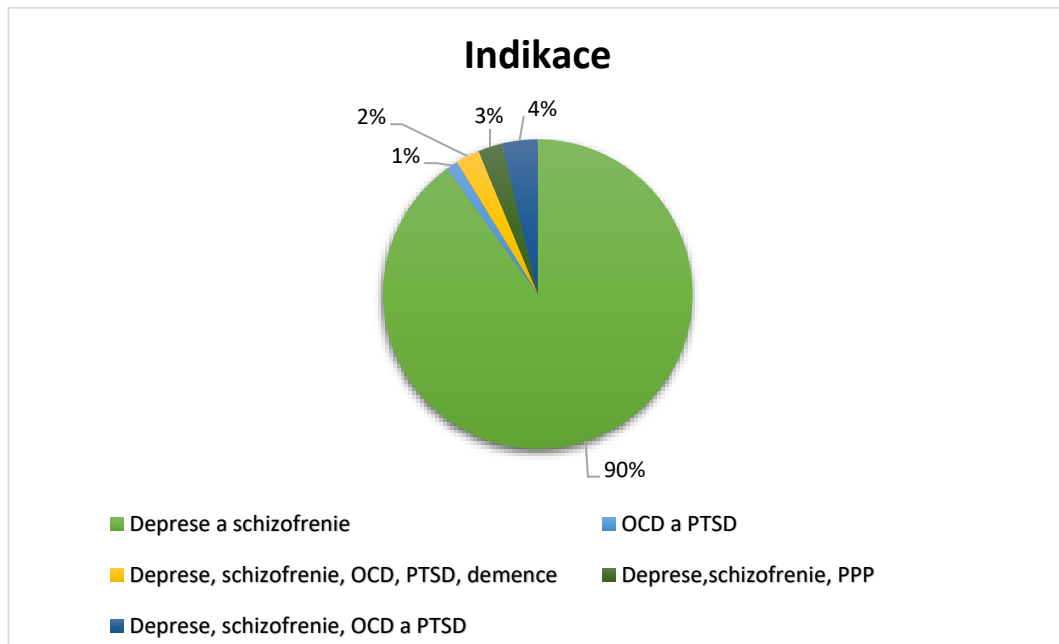
Otázka č. 7 Co podle Vás znamená pojem elektrokonvulzivní terapie?



Graf 7 znalost pojmu ECT

Převážná většina respondentů (98 %), zvolilo odpověď za A), která byla správnou odpovědí. Správně tedy odpovědělo 78 respondentů z 80. Odpověď za B), zvolili pouze 2 z respondentů (3 %). Na výběr byla také odpověď C), kterou ne zvolil nikdo, není tedy uvedena.

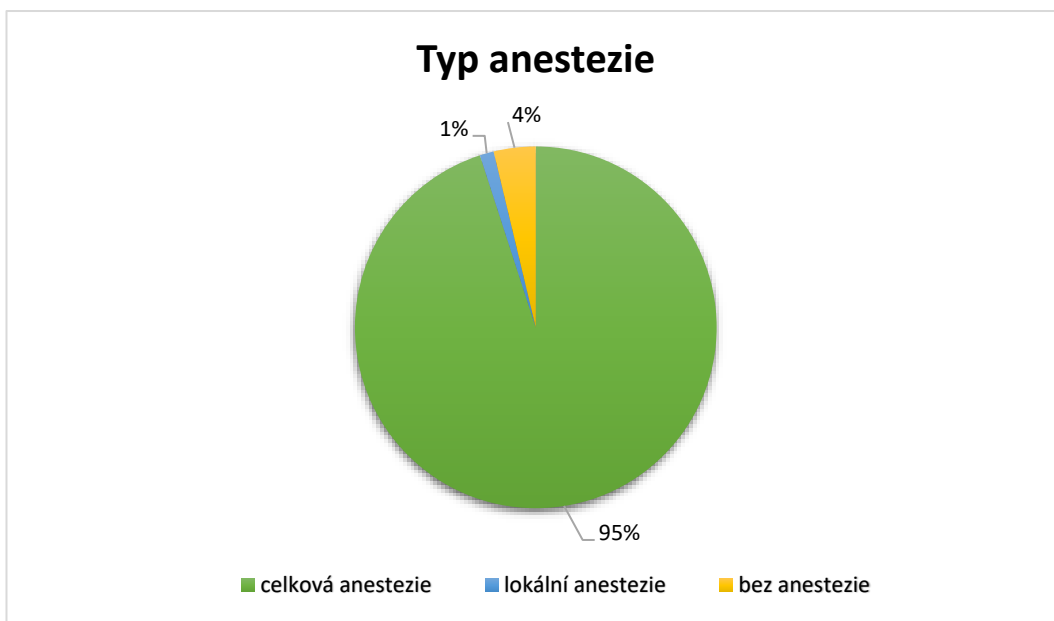
Otázka č. 8 ECT se nejčastěji užívá v léčbě



Graf 8 znalost indikace ECT

Velké množství respondentů (90 %), zvolilo jako indikaci k použití ECT diagnózy deprese a schizofrenie. Správně odpovědělo 72 z 80 dotazovaných. Zbýlých 9 % si myslí, že se ECT používá v léčbě deprese a schizofrenie, ale i jiných onemocnění, jako PTSD, OCD, demence a PPP. Jeden z respondentů zvolil pouze odpověď OCD a PTSD.

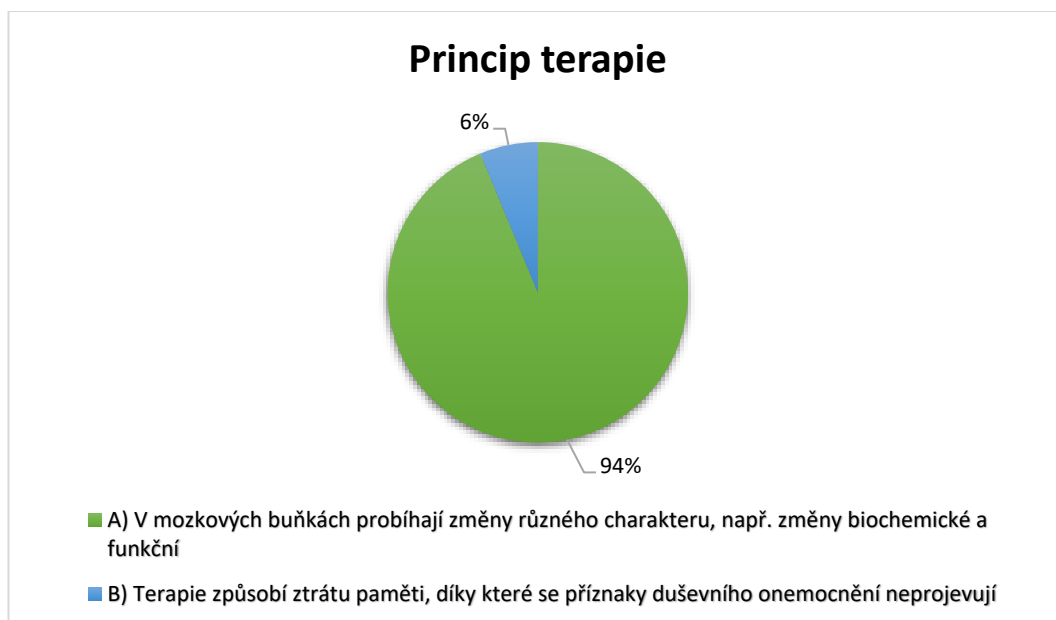
Otázka č. 9 ECT se provádí v:



Graf 9 znalost anestezie při ECT

Na tuto otázku odpovědělo 76 sester (96 %) , že se ECT provádí v celkové anestezii. Pouze 3 (4 %) sestry z 80 si myslí, že se výkon provádí v bdělém stavu, bez anestezie. Odpověď lokální anestezie, byla zvolena jedním respondentem.

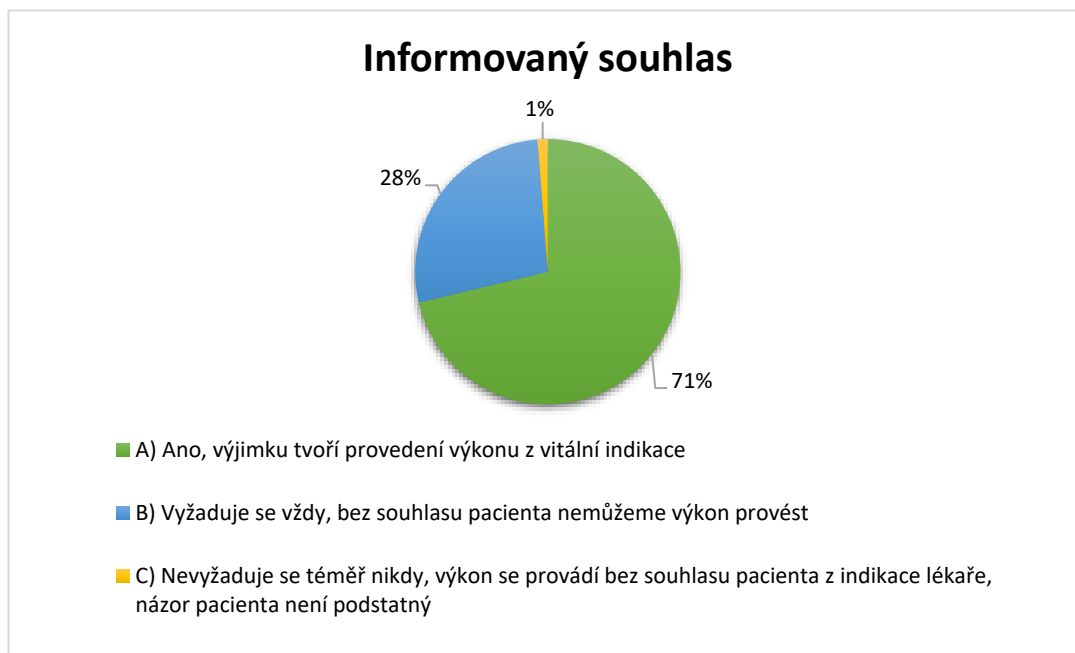
Otázka č. 10 Na jakém principu podle Vás metoda funguje:



Graf 10 znalost mechanismu účinku terapie

Odpověď za A) uvedlo 75 (94 %) respondentů. Zbylých 5 (6 %) respondentů si myslí, že správná odpověď je B). Správnou odpověď zvolilo 75 sester z 80. Na výběr byla také odpověď C), kterou nezvolil nikdo, není tedy uvedena.

Otázka č. 11 Je k provedení výkonu potřeba, aby pacient podepsal informovaný souhlas?



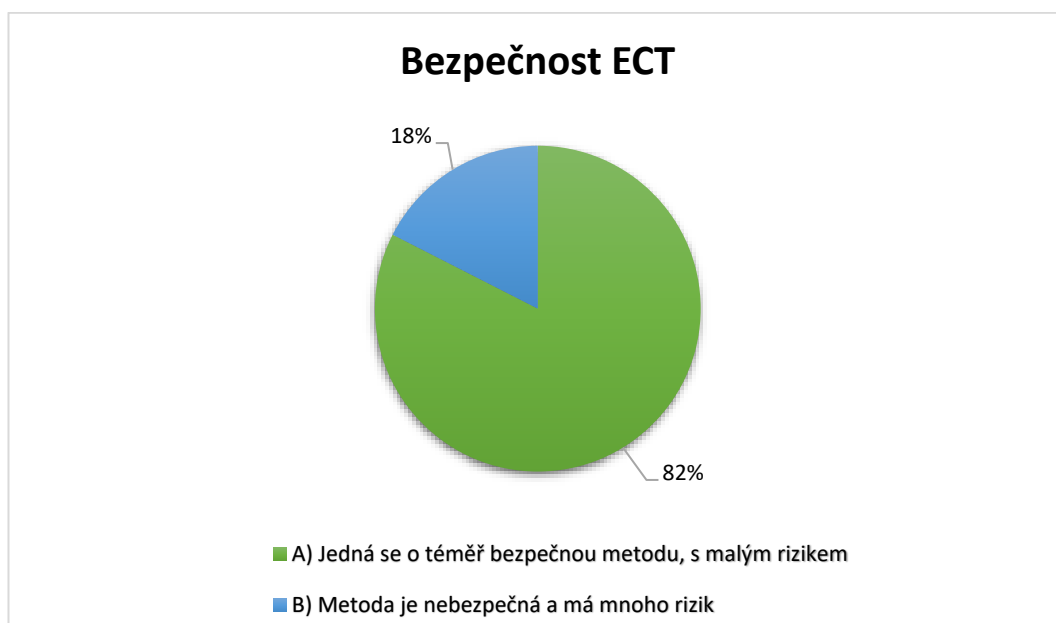
Graf 11 znalost problematiky informovaného souhlasu

Většina respondentů (71 %) si myslí, že je potřeba, aby pacient podepsal informovaný souhlas, pokud se nejedná o provedení z vitální indikace. Tuto odpověď zvolilo 57 respondentů. Odpověď, že výkon nelze provést bez souhlasu pacienta uvedlo 22 (28 %) sester. Pouze 1 z 80 sester si myslí, že informovaný souhlas se nevyžaduje.

Cíl 2 se věnuje názorům a postojům sester k ECT

Výzkumná otázka 3: Kolik z respondentů, zastává názor, že se jedná o bezpečnou, účinnou a standardně užívanou terapii?

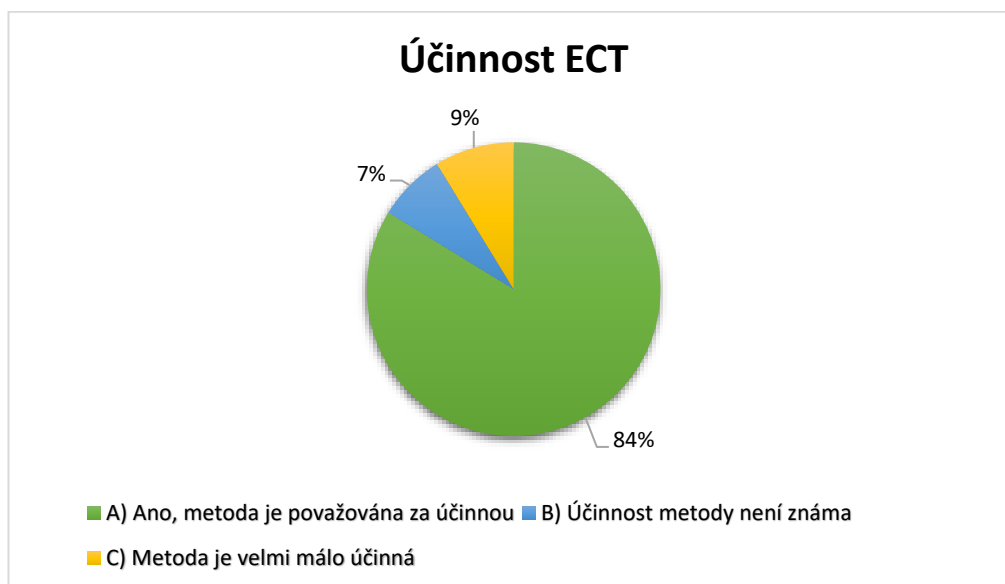
Otázka č. 12 Co si myslíte o bezpečnosti metody?



Graf 12 názor na bezpečnost ECT

Velké množství dotázaných (82 %) považuje metodu za bezpečnou s malým rizikem, tento názor zastává 66 respondentů. Pouze 14 (18 %) je toho názoru, že metoda je nebezpečná a má mnoho rizik.

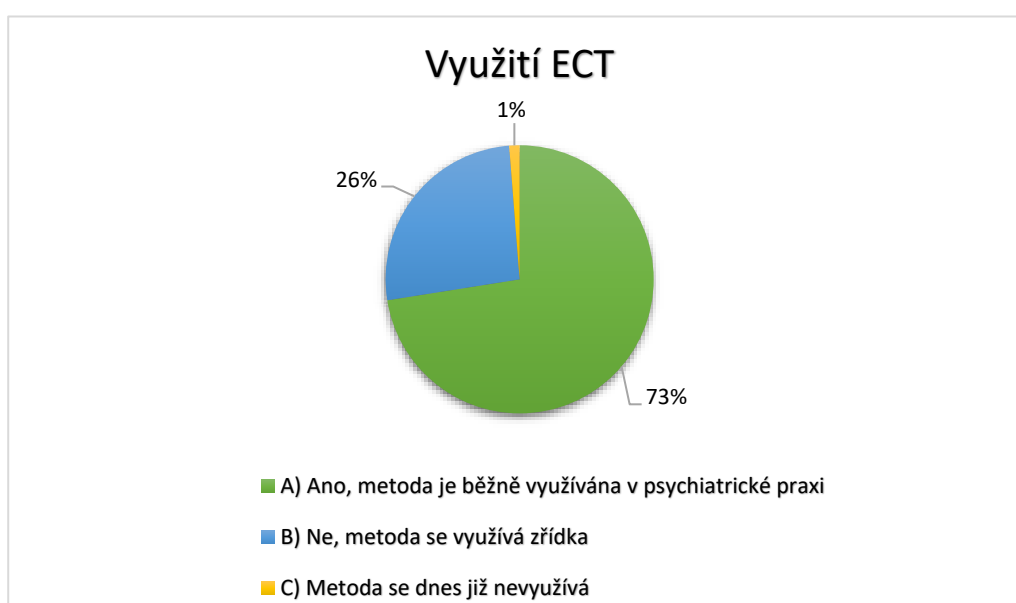
Otázka č. 13 Je podle Vás metoda považována za efektivní a účinnou v léčbě některých duševních poruch?



Graf 13 názor na účinnost ECT

Sestry v 67 případech (84 %) zastávaly názor, že je ECT účinná terapie. Za velmi málo účinnou, metodu považuje 7 sester (9 %). Přesvědčení, že účinnost ECT není známa, zastává 6 (7 %) respondentů.

Otázka č. 14 Myslíte si, že se v dnešní době jedná o běžně využívanou metodu?



Graf 14 názor na využití metody

Dotazovaní v 73 % zastávají názor, že jde o běžně užívanou metodu, odpověď uvedlo 58 respondentů. Respondenti v 26 % odpovědí uvedli, že metoda se využívá jen zřídka, celkem tuto odpověď uvedlo 21 sester. Pouze 1 respondent uvedl, že se metoda již nevyužívá.

CÍL 3 mapuje názory týkající se stigmatizace

Výzkumná otázka 4: Jaké množství sester zastává názor, že terapie způsobuje nezvratná poškození a o jaká poškození se jedná?

Otázka č. 15 Myslíte si, že může ECT způsobit nezvratná závažná poškození?



Graf 15 Nezvratná poškození

ECT nemůže způsobit nezvratná poškození podle 60 (75 %) respondentů. Ve 25 % sestry uváděly, že závažné poškození po ECT vzniknout může. Možnost závažných poškození po ECT přiznává 20 sester.

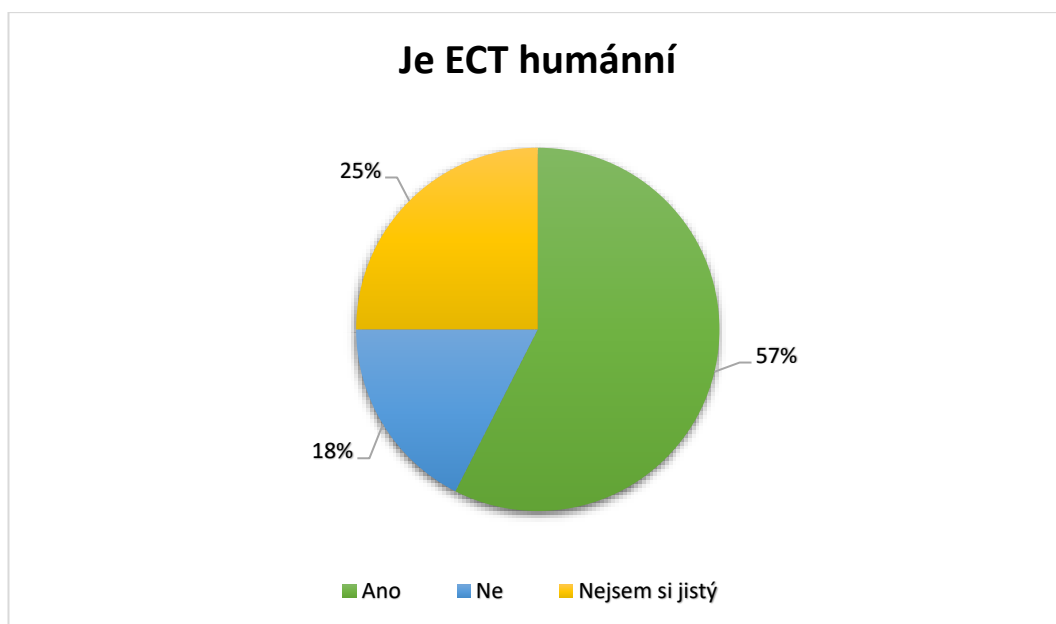
Otázka č. 16 Pokud ano, jaké poškození podle Vás terapie způsobuje?

Uvedený druh poškození	četnost
Popáleniny	3
Poškození mozku	2
Ztráta paměti	1
Postižení různého druhu	1
Zhoršené kognitivní funkce u psychotiků	1
Trauma, při neúčinnost strach ze zdravotních výkonů	1

Respondenti nejčastěji uváděli popáleniny. Dalším poškozením, které dle respondentů hrozí, je poškození mozku. Další poškození byla zmíněna pouze jednou a jsou uvedena v tabulce.

Výzkumná otázka 5: Jaké množství označuje terapii jako humánní?

Otázka č. 17 Označili byste tento výkon za humánní?



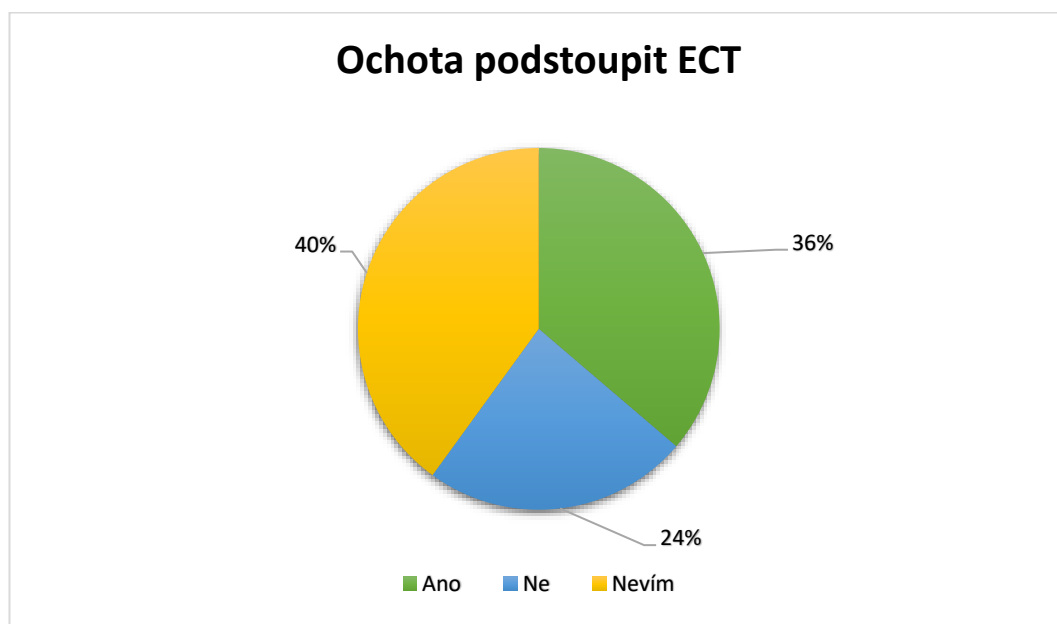
Graf 16 humánnost terapie

Dle názoru 46 (57 %) sester je terapie humánní. Jako nehumánní, terapii označilo 14 sester (18 %). Respondenti si v 25 % nejsou jistí, zda by tuto metodu označili jako humánní, či nikoli. Tohoto názoru bylo 20 respondentů.

CÍL 4 sleduje, jaký je postoj sester k podstoupení výkonu

Výzkumná otázka 6: Podstoupily by sestry ECT a pokud ne, z jakého důvodu?

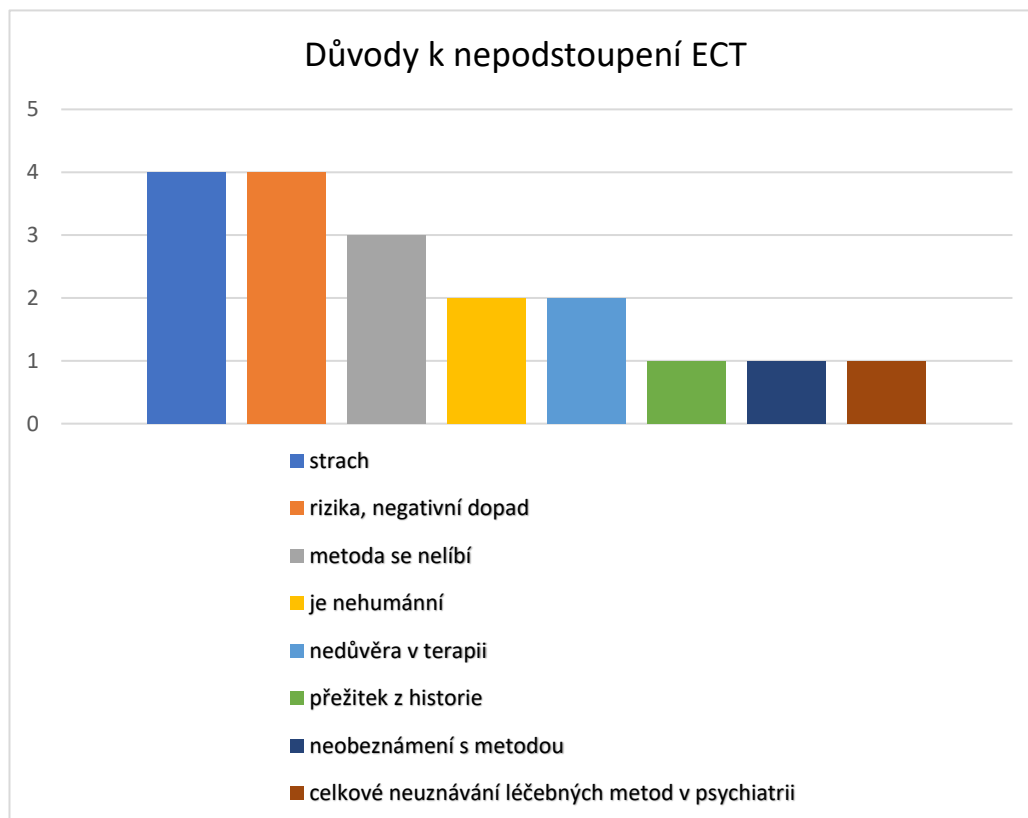
Otázka č. 18 Byl/a byste ochoten/ná podstoupit tento výkon, kdyby zmírnil Vaše obtíže?



Graf 17 ochota k podstoupení výkonu

Nejpočetnější skupinu (40 %, 32 odpovědi) zaujímají sestry, které neví, zda by výkon chtěly podstoupit i přesto, že by zmírnil jejich obtíže. Skupinu sester, které by výkon podstoupily tvořilo 29 respondentů (36 %), 19 (24 %) sester by výkon nepodstoupilo.

Otázka č. 19 Pokud ne, z jakého důvodu byste výkon nechtěl/la podstoupit?



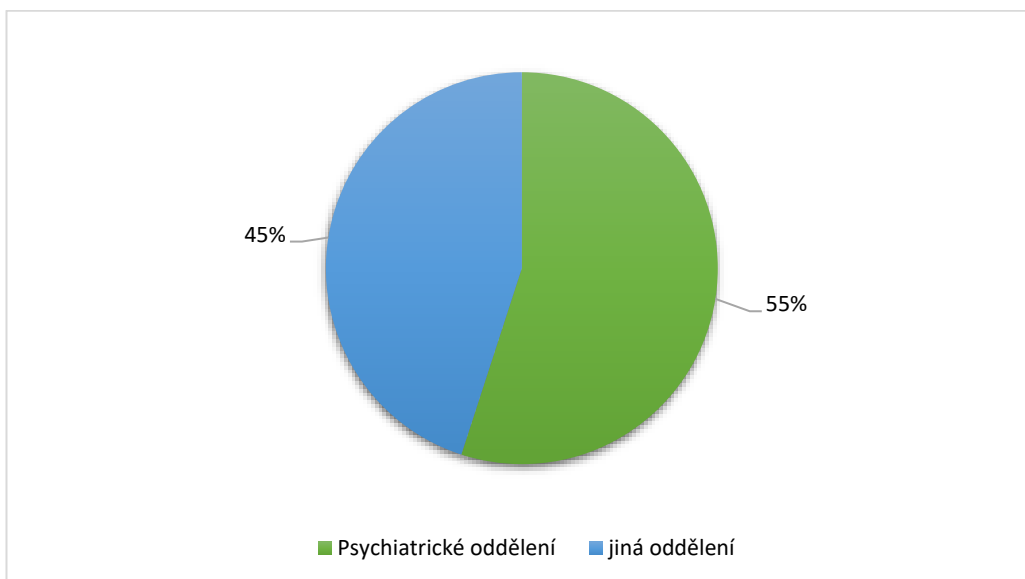
Graf 18 důvody k nepodstoupení ECT

Sestry, které v předchozí otázce odpověděly ne, jako důvod nejčastěji uvedly strach, dále možnost rizik a negativního dopadu na zdraví člověka. Dalším důvodem, který byl zmíněn 2 x byla nedůvěra v terapii a názor, že ECT není humánní. Další z výše vyobrazených odpovědí byly respondenty uvedeny pouze jednou.

CÍL 5 se věnuje hlavním rozdílům mezi sestrami s psychiatrickým zaměřením a sestrami bez psychiatrického zaměření

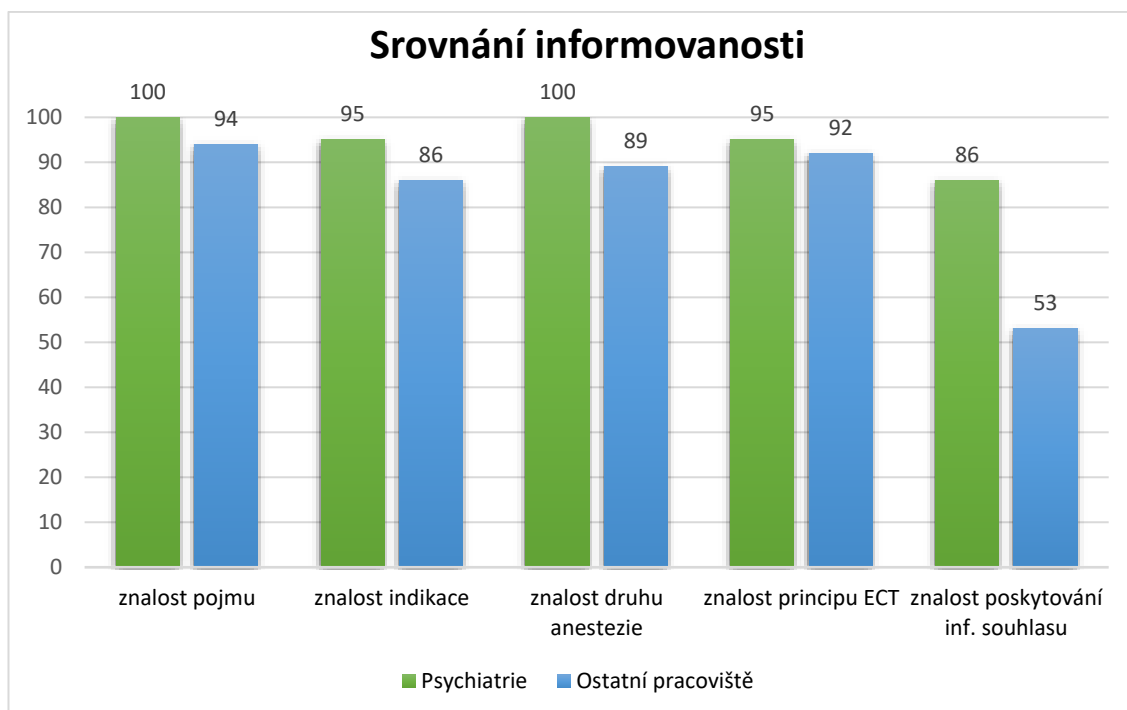
Výzkumná otázka č. 7 Jsou psychiatrické sestry lépe informované?

Podíl sester psychiatrického a jiného zaměření:



Graf 19 zaměření respondentů

Sestry pracující na psychiatrickém oddělení tvoří 55 %. Na jiných odděleních než psychiatrických, tedy v nemocnici či domově seniorů pracuje 45 % respondentů.



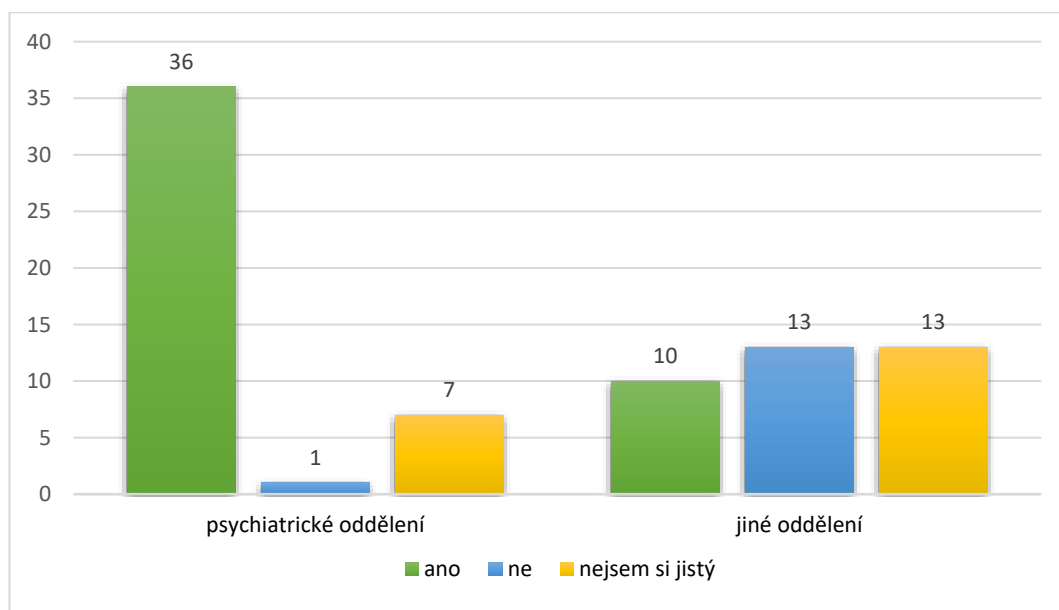
Graf 20 srovnání informovanosti

Informovanost sester byla hodnocena pěti otázkami v dotazníku, které jsou vyobrazeny v grafu jako jednotlivé kategorie. Graf ukazuje, kolik % z dané skupiny sester, které jsou rozděleny podle jejich zaměření, zvolilo správnou odpověď v dané kategorii. Všichni respondenti pracující na psychiatrických odděleních, zvolili správnou odpověď v definici pojmu elektrokonvulzivní terapie, sestry s jiným zaměřením byly úspěšné v 94 % případů. V otázce, jejíž účelem bylo zjistit znalosti respondentů ohledně indikací ECT, byly respondenti z psychiatrických oddělení úspěšní v 95 % případů, úspěšnost sester z jiných oddělení byla v této otázce 86 %. Všichni respondenti pracující na psychiatrickém oddělení, odpověděli správně na otázku, týkající se anestezie při ECT. Sestry pracující v nemocnici a sociálním zařízení byly o anestezii při ECT správně informovány v 89 %. Při dotazu na znalost principu fungování ECT, odpovědělo 95 % psychiatrických sester správně, sestry z pracovišť bez psychiatrického zaměření měly úspěšnost 92 %. V otázce zaměřené na problematiku informovaného souhlasu zvolilo správnou odpověď 86 % respondentů z psychiatrického oddělení a 53 % sester z jiných oddělení.

Výzkumná otázka č. 8 : Jaké jsou rozdíly ve stigmatizaci u psychiatrických sester a sester jiného zaměření?

Otázka č. 17: Označili byste tento výkon za humánní?

Srovnání odpovědí sester psychiatrického a jiného zaměření:

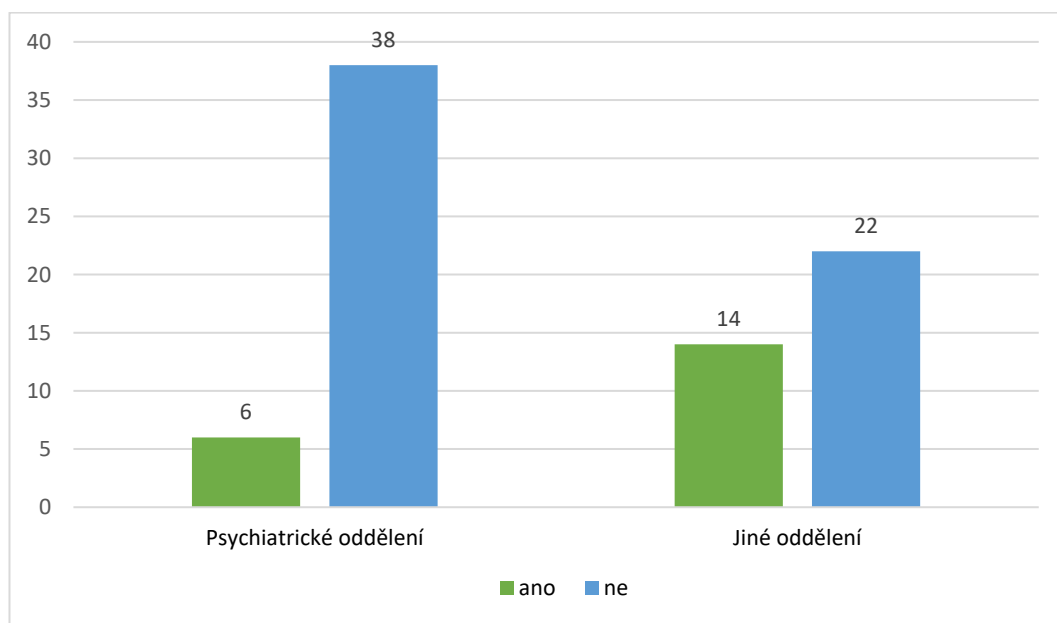


Graf 21 rozdíly ve vnímání humánnosti

V grafu, který znázorňuje kolik z respondentů zvolilo danou odpověď z dvou sledovaných skupin sester, můžeme vidět rozdíly ve vnímání, zda sestry považují ECT za humánní či nikoli. Z celkového počtu 44, 36 sester (81,8 %), zastává názor, že je ECT humánní. Pouze 10 ze 36 (27,7 %) sester z jiných pracovišť je toho přesvědčená, že je ECT humánní. Za nehumánní elektrokonvulzivní terapii označil 1 respondent z psychiatrického oddělení. Respondenti z jiných oddělení si v 13 případech myslí, že se jedná o nehumánní výkon, což činí 36 % z celkového počtu sester, pracujících mimo obor psychiatrie. Stejně množství sester z jiných oddělení (36 %), si není jistých v problematice humánnosti ECT. Odpověď nejsem si jistý, zvolilo 7 psychiatrických sester (15,9 %).

Otázka č. 15 Myslíte si, že ECT může způsobit závažná nezvratná poškození?

Srovnání odpovědí sester psychiatrického a jiného zaměření:



Graf 22 rozdíl v názorech na nezvratná poškození

Z celkového počtu sester pracujících na psychiatrickém oddělení, si 38 respondentů (86 %) myslí, že po ECT nevznikají závažná poškození. Zbýlých 6 respondentů (14 %) psychiatrických sester zastává opačný názor a zvolilo odpověď ne. Sestry pracující na jiných než psychiatrických odděleních, v 39 % zastávaly názor, že poškození po ECT může vzniknout. Respondenti z této skupiny, uvedli odpověď ne v 22 případech, to činí 61 % z celkového počtu sester pracujících mimo psychiatrii.

11 Prezentace výsledků

Dotazník se celkem skládal z 19 otázek, z toho byly čtyři otevřené. Prvních pět otázek mělo význam v charakteristice vzorku respondentů a jejich výsledky také sloužily k pozdějšímu srovnávání výsledků.

První otázka mapovala pohlaví respondentů. Na dotazník odpovědělo 94 % žen a pouze 6 % mužů. Jelikož je profese sestry považována spíše za ženské povolání, výsledek není nikterak překvapivý.

Druhá otázka analyzuje věk respondentů. Bylo vytvořeno 5 věkových kategorií. Největší počet respondentů (33 %), byl zařazen do věkové kategorie 40-49 let. 23 % sester je ve věku 30-39 let, 20 % sester ve věku 50-59 let. Stejně početnou skupinu tvoří věkové kategorie 20-29 let a 60 let a více, v obou případech činní 11 %.

Třetí otázka se věnuje nejvyššímu dosaženému vzdělání respondentů. Více než polovina sester (59 %) má ukončenou pouze Střední zdravotnickou školu. Vysokoškolsky vzdělané sestry tvořily 21 % ze všech dotázaných. Podíl absolventů Vyšších odborných škol činní 20 %, počet absolventek VŠ a VOŠ je tedy téměř stejný. Pouze ¼ respondentů má vysokoškolské vzdělání.

Zdravotní zařízení, kde respondenti pracují bylo předmětem otázky č. 4. Sestry z psychiatrických oddělení, tvořily 55 % všech respondentů. Na oddělení bez psychiatrického zaměření pracuje 45 % sester. Z těchto 45 % pracuje 19 % na interním oddělení, 18 % sester na chirurgickém oddělení a 9 % v Domově seniorů.

Pátá otázka nás informuje o pracovní pozici respondentů. Všeobecné sestry tvoří 82,5 %, 17, 5 % tvoří sestry praktické. Na dotazník převážně odpovídaly sestry všeobecné.

CÍL 1 se zabývá informovaností sester o různých oblastech ECT.

Výzkumná otázka č. 1 zjišťuje, kde se sestry o terapii dozvěděly poprvé.

Tuto otázku ověřuje otázka č. 6. Největší počet sester (32,5 %) se o ECT poprvé dozvěděl ve vzdělávací instituci. Dále v zaměstnání (31 %), z dotazníku (11,7 %), z médií (10, 4 %), od známých (6,5 %). Doposud o terapii nevědělo 2, 6

% respondentů, stejný podíl sester si nevzpomíná, kde se o terapii dozvěděl. V literatuře se s ECT poprvé setkala 1 % respondentů. Jeden z respondentů uvedl dvě odpovědi, film a vzdělávací instituci

Výzkumná otázka č. 2 Jaké jsou znalosti sester ohledně elektrokonvulzivní terapie?

Na otázku č. 7., kde se sester dotazujeme na znalost pojmu elektrokonvulzivní terapie, odpovědělo správně 98 % respondentů. Odpověď za B) zvolily 2 % sester, odpověď za C) nebyla zvolena ani jedním respondentem.

Otázka č. 8, se věnuje indikacím ECT. Správnou odpověď zvolilo 90 % respondentů, 10 % respondentů zvolilo odpověď chybnou.

Otázka č. 9 mapuje informovanost sester ohledně anestezie během ECT. Odpověď, že ECT se provádí v celkové anestezii, zvolilo 95 % dotazovaných. Pouze 4 % respondentů si myslí, že se ECT provádí bez anestezie v bdělém stavu. Podle 1 respondenta se výkon provádí lokální anestezii.

Otázka č. 10 ověřuje znalosti sester ohledně principu fungování léčebného účinku ECT. Sestry nejčastěji volily správnou odpověď a v to 94 % případů. Pouze 6 % respondentů nezná princip léčebného účinku.

Otázka č. 11 se zabývá problematikou informovaného souhlasu před provedením ECT. Nejpočetnější skupinu (71 %), tvořily sestry, které zastávají názor, že se informovaný souhlas se u pacienta vyžaduje vždy, výjimku tvoří pouze vitální indikace. 28 % sester udává, že se souhlas vyžaduje vždy a bez něj není možné výkon provést. Pouze 1 % z respondentů si myslí, že se souhlas nevyžaduje a názor pacienta není podstatný.

Cíl 2 se věnuje názorům a postojům sester k ECT

Výzkumná otázka 3: Kolik z respondentů, zastává názor, že se jedná o bezpečnou, účinnou a standardně užívanou terapii?

V otázce č. 12 se respondentů ptáme, za jak bezpečné ECT považují. Většina respondentů (83 %) označilo metodu jako bezpečnou s malým rizikem. Názor, že je metoda nebezpečná a mnoho rizik, zastává 18 % dotazovaných sester.

Otázka č. 13, se snaží zjistit, do jaké míry je podle respondentů terapie účinná. Jako účinnou by metodu označilo 84 % sester. Za velmi málo účinnou metodu, ECT označilo 9 % sester. Podle 8 % sester účinek metody není znám.

Otázka č. 14, zjišťuje pohled sester na využívání metody v dnešní době. Většina respondentů (74 %), je přesvědčena, že se metoda běžně využívá v psychiatrické praxi. Odpověď, že je metoda využívána pouze zřídka zvolilo 26 %. Pouze 1 z respondentů uvedl, že se metoda dnes již nevyužívá.

CÍL 3 mapuje názory týkající se stigmatizace

Výzkumná otázka 4:

Jaké množství sester zastává názor, že terapie způsobuje nezvratná poškození a o jaká poškození se jedná?

V otázce č. 15 se respondentů dotazujeme, zda je podle nich možné, aby ECT způsobilo závažná nezvratná poškození. Sestry v 75 % případů odpověděly NE. Vznik závažného poškození po ECT je možný podle 25 % respondentů.

Otázka č. 16 zjišťuje, jaká poškození podle respondentů mohou nastat v případě, že na předchozí otázku odpověděli ANO. Na tuto otázku neodpověděli všichni z 25 % respondentů. Nejčastěji byly uvedeny popáleniny a to ve třech případech, dále pak poškození mozku, které bylo uvedeno 2 x. Další poškození byla uvedena vždy pouze jednou a patří mezi ně: ztráta paměti, postižení různého druhu, zhoršené kognitivní funkce u psychotiků, trauma a strach ze zdravotních výkonů při neúčinnosti metody.

Otázka č. 17 zkoumá problematiku, zda je terapie sestrami považována jako humánní výkon či nikoli. Elektrokonvulzivní terapii by označilo jako humánní 57 % sester. Za nehumánní považuje terapii 18 % respondentů. Humánností metody si není jisto 25 % respondentů.

CÍL 4 sleduje, jaký je postoj sester k podstoupení výkonu

Výzkumná otázka 6: Podstoupily by sestry ECT a pokud ne, z jakého důvodu?

V otázce č. 18 jsme se sester dotazovali, zda by byly ochotné podstoupit ECT, kdyby zmírnil jejich obtíže. 40 % sester odpovědělo, že neví, zda by výkon podstoupili. Výkon by podstoupilo 36 % respondentů, 24 % sester by výkon nepodstoupilo.

V otázce č. 19, měli respondenti zaznamenat, z jakých důvodů by výkon nechtěli podstoupit. Nejčastěji respondenti uvedli strach, dále možnost rizik/negativního dopadu, každý z důvodů byl uveden 4 x. Ve třech případech sestry jako důvod uvedly, že se jim metoda nelíbí. Dvakrát se vyskytla odpověď, že je ECT nehumánní a proto by jej respondenti nepodstoupili. Nedůvěra v terapii byla sestrami uvedena taktéž ve dvou případech. Další důvody byly uvedeny pouze jednou: neobeznámení s metodou, celkové neuznávání léčebných metod v psychiatrii a názor, že se jedná o přežitek z historie. Na tuto otázku neodpověděli všichni z 24 % respondentů, kteří udávali, že by výkon nepodstoupili.

CÍL 5 se věnuje hlavním rozdílům mezi sestrami s psychiatrickým zaměřením a sestrami bez psychiatrického zaměření

Výzkumná otázka č. 7 Jsou psychiatrické sestry lépe informované?

Psychiatrické sestry tvoří 55 % respondentů, sestry z jiných oddělení zauímají 45 %. Informovanost byla hodnocena v pěti kategoriích: znalost pojmu, znalost indikace, znalost druhu anestezie, znalost principu ECT a znalost poskytování informovaného souhlasu. V znalosti pojmu byla úspěšnost psychiatrických sester 100 % a sester z jiných oddělení 94 %. Indikace ECT zvolilo správně 95 % psychiatrických sester a 86 % sester z jiných oddělení. Sestry z oboru psychiatrie byly 100% úspěšné ve znalosti druhu anestezie, u druhé skupiny sester úspěšnost činila 89 %. Princip léčebného účinku ECT znalo 95 % psychiatrických sester, sestry z druhé sledované skupiny zvolily správnou odpověď v 92 % případů. Při mapování znalosti principu ECT, byl zaznamenán nejmenší rozdíl v úspěšnosti, mezi srovnávanými skupinami sester. Největší rozdíl v informovanosti byl naopak zjištěn v otázce, zaměřené na problematiku informovaného souhlasu před ECT. Zde zvolilo správnou odpověď 86 % respondentů z psychiatrického oddělení a 53

% sester z jiných oddělení. Psychiatrické sestry byly ve všech pěti kategoriích lépe informované.

Výzkumný problém: Rozdíly ve stigmatizaci u sester dle zaměření

Otázkou č. 17 jsme se respondentů tázaly, zda je podle nich terapie humánní či nehumánní. Jako humánní ECT označilo 81,8 % psychiatrických sester a 27,7 % sester z jiných oddělení. Pouze podle 1 sestry z psychiatrického oddělení je terapie nehumánní, kdežto z druhé skupiny tento názor zastává 36 %, 15,9 % psychiatrických sester a 36 % sester z jiných odd. si není jisto, zda by tento výkon označili za humánní.

Otázkou č. 15 jsme ověřovali, zda podle respondentů mohou po ECT vzniknout závažná poškození. Názor, že po výkonu mohou vzniknout závažná poškození, zastávalo 14 % psychiatrických sester a 39 % sester z jiných oddělení.

12 Diskuze

Z vlastní zkušenosti, ale i z dostupné literatury je dle mého názoru zřejmé, že i přesto, že je elektrokonvulzivní terapie v dnešní době považována za bezpečnou, účinnou a modernizovanou metodu, se stále setkáváme s různou mírou informovaností o této metodě a že je metoda v očích veřejnosti do různé míry stigmatizována nebo mají o ECT zkreslené představy. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak na tuto metodu pohlížejí sestry napříč různými obory, přičemž se předpokládá, že by zdravotníci měli být o této metodě lépe informováni. Cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou sestry informované v různých oblastech ECT, jak znají definici pojmu, indikace výkonu, jeho provedení a princip léčebného účinku ECT. Dalším z cílů bylo zmapovat názory sester, týkající se bezpečnosti, účinnosti a využití elektrokonvulzivní terapie v dnešní době. To, jak je terapie sestrami stigmatizována bylo dalším předmětem výzkumné práce. Zjišťovali jsme také, zda by sestry byly ochotné ECT podstoupit. Poslední z cílů se věnuje srovnání pohledu na ECT mezi sestrami z psychiatrických oddělení a mezi sestrami z oddělení bez psychiatrického zaměření. Praktická část práce se skládá z 5 cílů a 8 výzkumných otázek.

Hledání výzkumných prací, řešící stejnou problematiku bylo obtížné. Proto zde budou uvedeny studie, které pojednávají o tématu jen do určité míry. První z nich je výzkum z roku 2016, jehož autorkou byla K. Mádlová et al. Výzkum mapoval znalosti ohledně ECT, pomocí dotazníku, na který odpovědělo 365 respondentů. Zdravotníci tvořili 27 % respondentů, dále vzorek respondentů tvořila laická veřejnost a studenti medicíny.

Dále jsem výsledky svého výzkumu porovnávala s bakalářskou prací Veroniky Žážové z roku 2021, která zkoumá téměř stejnou problematiku. Výzkumný vzorek jmenované bakalářské práce tvořilo 118 respondentů, z toho 25 % pracovalo na interním oddělení a 75 % na psychiatrickém oddělení.

V rámci prvního cíle sledujícího informovanost, jsme se snažili zodpovědět 1. výzkumnou otázku, která zjišťuje, kde se respondenti setkali s ECT

poprvé. Zjistili jsme, že největší skupina respondentů (32, 5 %) , se s ECT poprvé setkala ve vzdělávací instituci. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo zaměstnání, kterou uvedlo 31 % dotazovaných. Z toho vyplývá, že více než polovina sester získala informace o ECT buď ve vzdělávací instituci nebo v zaměstnání, což považují za dobrý výsledek. Respondenti, kteří se o ECT dozvěděli v zaměstnání, pracovali nejčastěji na psychiatrických odděleních a to v 91,6 %. O terapii doposud nevědělo 14,2 % respondentů. Pouze 10,4 % sester se o terapii dozvědělo z médií. K. Mádlová (2016), ve svém výzkumu uvádí, že 62 % respondentů se o ECT dozvědělo z médií. Je pravděpodobné, že příčinou tohoto rozdílu je fakt, že vzorek respondentů výzkumu K. Mádlové (2016) byl z 53 % tvořen laickou veřejností, kdežto v mé práci byl zkoumán pouze pohled sester. Nutno zmínit, že na tuto otázku odpovědělo pouze 77 respondentů z celkového počtu 80.

2. výzkumná otázka se věnuje informovanosti o ECT. Převážná většina respondentů (98 %) zvolila správnou definici pojmu ECT. Indikace ECT znalo 90 % sester a stejně úspěšné byly sestry ve znalosti anestezie při ECT. Princip léčebného účinku zvolilo správně 94 % respondentů. Nejméně, byly sestry informovány v poskytování informovaného souhlasu, správnou otázku zvolilo 71 %. Z výsledků výzkumu, lze usuzovat, že sestry jsou o ECT velmi dobře informovány.

Ve výzkumném cíli č. 2, jsme se 3. výzkumnou otázkou snažili zjistit názory na bezpečnost, účinnost a využití ECT. Výsledkem bylo, že 83 % sester si myslí, že je ECT bezpečná metoda, 84 % je toho názoru, že se jedná o účinnou metodu a 72 % je přesvědčeno, že se jedná o metodu dnes běžně užívanou. Jelikož respondenti ve všech případech a v převážné většině volili správnou odpověď, považují tento výsledek taktéž za uspokojivý. Ve srovnávaném výzkumu, Mádlová (2016) zjistila, že 7 % respondentů si myslí, že se metoda dnes již nevyužívá a 22 % respondentů ji považuje za neúčinnou. V mé práci se jednalo o 9 % sester, které považovaly terapii za velmi málo účinnou a pouze 1 % respondentů uvedlo že se terapie již nevyužívá. Předpokládám, že lepší výsledky jsou dány lepší informovaností sester oproti laické veřejnosti.

Výzkumný cíl 3. mapuje názory týkající se stigmatizace. Výzkumnou otázkou č. 4 jsme se tázaly, zda je možné, aby po ECT vznikla závažná a nezvratná poškození a o jaká poškození by se mohlo jednat. Tato poškození vzniknout nemohou podle 75 % sester. Zbýlých 25 % sester jako možná vzniklá poškození nejčastěji uváděly popáleniny, poškození mozku. To, že většina z respondentů, si myslí, že po ECT poškození nevzniká, pokládám za dobrý výsledek. Pokud se zaměříme na zbylých 25 %, jako mírně znepokojující považují, jak závažná poškození respondenti uváděli a v jaké míře je u těchto jednotlivců ECT stigmatizována a informovanost o ECT nedostačující. Ve výzkumu z roku 2016 K. Mádlová (2016) uvádí, že 86 % respondentů bylo přesvědčeno o vzniku nežádoucích účinků po ECT. Jako příklady nežádoucích účinků byly uvedeny např. epileptické záchvaty a riziko změny osobnosti, tyto dva údaje v mé práci nezazněly.

V 5. výzkumné otázce nás zajímalo, jestli sestry považují terapii za humánní. Podle 58 % respondentů je ECT humánní. V této otázce si 25 % sester není jisto, zda by ECT označilo za humánní. Pouze 25 % z dotázaných označilo ECT za nehumánní, což považují za uspokojivý výsledek.

Výše prezentované výsledky výzkumu pro mě byly velmi překvapivé, jelikož jsem neočekávala, že sestry budou o ECT takto dobře informovány. Také jsem předpokládala spíše negativní názory na možnost poškození po ECT, což výzkum nepotvrdil.

Ve výzkumném cíli č. 5 jsme výzkumnou otázkou č. 6 mapovali postoj sester k podstoupení výkonu a důvody, proč by výkon nepodstoupily. Výsledky výzkumu byly takové, že 36 % sester by výkon podstoupilo, 40 % respondentů zvolilo odpověď nevím a 24 % sester by výkon nepodstoupilo. Jako důvody byly nejčastěji uvedeny: strach, rizika a negativní dopad, názor, že je terapie nehumánní či nedůvěra v terapii. Jeden z respondentů uvedl, že se jedná o přežitek z historie, jiný zase, že celkově neuznává léčebné metody v psychiatrii. Tyto odpovědi pro mě byly velmi zajímavé, jelikož jsme mohli zjistit, jak sestry na tuto metodu nahlíží a opět se zde projevuje také negativní vnímání ECT. Mádlová

(2016) ve svém výzkumu zjistila, že 77 % zdravotnických pracovníků by neváhalo, kdyby ECT absolvovali jejich blízcí.

Cíl 5. se věnuje rozdílům mezi psychiatrickými sestrami a sestrami z jiných oddělení. Výzkumná otázka č. 7 zkoumá, zda jsou psychiatrické sestry lépe informované. Informovanost se hodnotila v pěti kategoriích. Psychiatrické sestry byly ve všech z nich úspěšnější než sestry z jiných oddělení, jsou tedy lépe informovány. K podobným závěrům došla také Žážová (2021), ve svém výzkumném šetření. Mezi skupinami ve většině případů nebyly příliš velké rozdíly. Průměrná úspěšnost psychiatrických sester byla 95 %, průměrná informovanost sester z jiných oddělení byla 83 %. Je logické, že sestry s psychiatrických oddělení jsou informovány lépe, jelikož se jedná o metodu využívanou především v psychiatrii. Za pozitivní považují fakt, že rozdíly mezi skupinami jsou malé a že sestry z jiných oddělení jsou poměrně dobře informovány, ačkoli se nejedná o jejich odbornost.

Poslední výzkumný problém se věnuje rozdílům ve stigmatizaci u sester dle zaměření. Psychiatrické sestry častěji označily terapii za humánní než sestry z jiných oddělení. Jako humánní ECT označilo 82 % psychiatrických sester, ale pouze 28 % sester z druhé skupiny. Naopak sestry pracující mimo psychiatrii v porovnání se sestrami psychiatrickými častěji zastávaly názor, že je ECT nehumánní a to v 36 %. Ve vnímání této problematiky můžeme vidět značné rozdíly. Pokud tyto dvě skupiny porovnáme, dojdeme k závěru, že výrazně méně sester bez psychiatrického zaměření označilo ECT jako humánní oproti sestram s psychiatrickým zaměřením. Tyto sestry bez psychiatrického zaměření naopak častěji označovali terapii za nehumánní. V bakalářské práci Veroniky Žážové (2021) je uvedeno, že 17 % sester z interního odd. si myslí, že je ECT nehumánní a pouze 5 % psychiatrických sester zastává stejný názor. V obou pracích tedy sestry pracující mimo psychiatrii, označili častěji terapii za nehumánní oproti sestram psychiatrickým.

Rozdíly jsme zaznamenali také při dotazování se na závažná poškození po ECT. Odpověď ne převládala v obou sledovaných skupinách, většina sester z obou skupin zastává názor, že poškození po ECT nevzniká. Respondenti, kteří odpověděli, že poškození může vzniknout, byly ze 70 % tvořeni sestrami z jiných oddělení. Zde opět zaznamenáváme vyšší četnost spíše negativních pohledů na ECT u sester bez psychiatrického zaměření. Veronika Žázová ve své práci udává podobné rozdíly.

13 Doporučení pro praxi

I přesto, že celkové výsledky byly překvapivě dobré, určitá část respondentů o elektrokonvulzivní terapii nebyla dostatečně informovaná a z toho důvodu je na místě, zaměřit se na edukaci a informování zdravotnických pracovníků o této terapii. Problematika stigmatizace této metody a psychiatrického oboru jako celku, je dle mého názoru stále aktuálním problémem. Sestry by ohledně této terapie měly mít aspoň základní znalosti, jelikož jejich vnímání může ovlivnit vnímání pacientů, kteří by potenciálně tuto metodu mohli absolvovat, kdyby k tomu byli indikováni. Jsem toho názoru, že zdravotníci by měli stigmata o elektrokonvulzivní terapii vyvracet, ne se na nich podílet, jelikož tím ovlivňují vnímání veřejnosti a dotváří celkový obraz společnosti o ECT. Dle mého názoru, by sestry měly o této terapii být informovány nejlépe ještě před dosáhnutím kvalifikace, ve vzdělávacích institucích, aby mohly nadále vyvracet ve společnosti zažitá stigmata. Jelikož je zdravotnictví velmi komplexním oborem, je možné, že na různých typech oddělení, můžeme pečovat o pacienta, který absolvuje, absolvoval nebo bude absolvovat ECT. Z tohoto důvodu by měla být všeobecná sestra znalá aspoň základních informací o ECT. Jako prostředek edukace, se nabízí edukační materiály či přednášky, zaměřené na psychiatrické ošetřovatelství.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost sester a jejich názory na elektrokonvulzivní terapii napříč různými obory. Výzkum se také věnoval stigmatizaci ECT samotnými sestrami. Osloveny byly sestry z různých psychiatrických oddělení, sestry z oddělení interního a chirurgického typu v Nemocnici Na Homolce a sestry z Domova seniorů Vysočany. Jedním z cílů bylo také srovnat skupinu sester z psychiatrických oddělení a skupinu sester pracujících na odděleních bez psychiatrického zaměření a definovat rozdíly ve vnímání elektrokonvulzivní terapie mezi těmito skupinami. Výsledky byly získávány formou polostrukturovaného dotazníku a jsou zpracovány v praktické části práce. Výsledky předčily mé očekávání, jelikož většina sester má základní znalosti týkající se ECT a to včetně sester, které na psychiatrickém oddělení neppracují. Dle výsledků jsou sestry velmi dobře informovány. Velká část respondentů označila ECT za bezpečnou, účinnou a v dnešní době využívanou metodu. Více než polovina sester označila ECT jako humánní. $\frac{3}{4}$ všech respondentů si myslí, že po ECT u pacientů nevznikají závažná a nezvratná poškození. Stigmatizace metody nebyla velká, pokud se zaměříme na vzorek respondentů jako celek. Týkala se především jednotlivců, což bylo zjištěno z otevřených otázek. Méně než polovina sester, by výkon podstoupila, kdyby zmírnil jejich obtíže. V konečném srovnání obou skupin jsme zaznamenali, že sestry z psychiatrických oddělení byly lépe informovány, ale rozdíly mezi skupinami nebyly velké. Metoda byla více stigmatizována sestrami z jiných pracovišť. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Seznam použité literatury

1. ALBRECHT, Jakub, Lucie KALIŠOVÁ, Kateřina MÁDLOVÁ, Marie KUBINOVÁ, Jiří MICHALEC a Martin ANDRES. Etiologie působení elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie* [online]. Praha: Tigris, 2017, **21**(Suppl. 2), 11-12 [cit. 2024-03-23]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tigris.cz/images/stories/psychiatrie/2017/suppl2/Psychiatrie_sympozia_supplementum.pdf
2. BUDAY, Josef, Jana HEIDINGEROVÁ, Lucie KALIŠOVÁ, et al. Elektrokonvulzivní terapie – od elektrického rejnoka po ultrakrátké pulzy. *Psychiatrie* [online]. 2022, **26**(3), 121-127 [cit. 2024-03-05]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tigris.cz/images/stories/psychiatrie/Psychiatrie_2022/Psychiatrie_3_2022/buday_Psychiatrie_3_2022.pdf
3. ALBRECHT, Jakub. Personalizovaná elektrokonvulzivní terapie. *Remedia* [online]. 2021, **31**(5), 435-437 [cit. 2024-03-18]. ISSN 2336-3541. Dostupné z: <https://www.remédia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/personalizovana-elektrokonvulzivni-terapie-12381/>
4. KÖHLER, Richard. *Psychiatrie pro praxi*. Online. 2014, roč. 15, č. 1. Březko-Konice: Solen, 2014. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.psychiatriepraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/05.pdf>. [cit. 2024-02-15].
5. HRDLIČKA, Michal. *Elektrokonvulzivní terapie*. Praha: Galén, c1999. ISBN 80-7262-004-5.
6. KALIŠOVÁ, Lucie. *Elektrokonvulzivní léčba - teorie a praxe*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4337-3.
7. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
8. PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

9. ALBRECHT, Jakub. Elektrokonvulzivní terapie v psychiatrické praxi. *Zdravotnictví a medicína*. 2022, **2022**(7-8), 34-35. ISSN 2336-2987.
10. ALBRECHT, Jakub, Lucie KALIŠOVÁ, Tadeáš MAREŠ, et al. Známe mechanismus účinku elektrokonvulzivní terapie? *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2017, **113**(6), 268-277 [cit. 2024-05-23]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.cspsychiatr.cz/download/CSP_2017_6_268_277.pdf
11. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.
12. RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-246-1985-9.
13. MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
14. ALBRECHT, Jakub a Lucie KALIŠOVÁ. Elektrokonvulzivní terapie na počátku 21. století. *Postgraduální medicína*. 2018, **20**(6), 623-629. ISSN 1212-4184.
15. LISMAN, J. *Long-term Potentiation* [online]. In eLS, John Wiley & Sons, Ltd (Ed.), 2007, Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0000165.pub2>
16. FINK, Max. Katatonie: často se vyskytující klinický syndrom, rozpoznatelný a léčitelný. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2017, **113**(2), 84-93 [cit. 2024-03]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.cspsychiatr.cz/download/CSP_2017_2_84_93.pdf
17. MANKAD, Mehul, John BEYER, Richard WEINER a Andrew CRYSTAL. *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy* [online]. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2010 [cit. 2024-04-12]. ISBN 978-1-58562-269-6. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://psychoreanimatology.org/download/books/Clinical_Manual_of_Electroconvulsive_Therapy_2010.pdf
18. HOŘINKOVÁ, Jana, Lucie KALIŠOVÁ a Richard BARTEČEK. Elektrokonvulzivní terapie v léčbě dětských a adolescentních pacientů. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2019, **115**(3), 126-131 [cit. 2024-03]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2019_3_126_131.pdf

19. KALIŠOVÁ, Lucie, Josef BUDAY, Markéta KUBÍNOVÁ, Kateřina SATURKOVÁ, Tadeáš MAREŠ, Miroslav NEUMANN a Gabriela PODGORNÁ. Stigma spojené s elektrokonvulzivní terapií. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2023, **119**(1), 25-30 [cit. 2024-03]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2023_1_25_30.pdf
20. CULLEN, Linda, Stephen FINCH, Eamonn HEANEY, Jonathan WAITE a Andrew EASTON. Nursing guidelines for ECT. In: *The ECT Handbook* [online]. 3. RCPsych Publications, 2005, s. 99-107 [cit. 2024-03-20]. ISBN 9781904671220. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=6gEmAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA99&dq=ECT+nurse&ots=W3WHNI-QBn&sig=bvbKTplOUQYQiCAXhriOsTyePrk&redir_esc=y#v=onepage&q=ECT%20nurse&f=false
21. KALIŠOVÁ, Lucie a Monika KLÍROVÁ. Elektrokonvulzivní terapie v těhotenství. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2018, **114**(2), 60-63 [cit. 2024-03-18]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_2_60_63.pdf
22. KALIŠOVÁ, Lucie a Monika KLÍROVÁ. Elektrokonvulzivní terapie v těhotenství: část 1. Bezpečnost a účinnost. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2018, **114**(4), 159-163 [cit. 2024-03-18]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_4_159_163.pdf
23. BUDAY, Josef. Repetitivní transkraniální stimulace v praxi a výzkumu. *Remedia* [online]. 2022, **31**(5), 438-439 [cit. 2024-02-23]. ISSN 2336-3541. Dostupné z: <https://www.remmedia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/repetitivni-transkranialni-magneticka-stimulace-v-praxi-a-vyzkumu-12386/>
24. KLÍROVÁ, Monika. Doporučení pro repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci (rTMS) v psychiatrii. *Psychiatrie* [online]. 2022, **26**(2), 81-85 [cit. 2024-04-12]. ISSN 1212-6845. Dostupné z:

chrome-
extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/Psychiatrie_2022/Psychiatrie_2_2022/vzdel_Psychiatrie_2_2022.pdf

25. MÁDLOVÁ, Kateřina, Lucie KALIŠOVÁ, Markéta ZAJÍCOVÁ, Jiří MICHALEC a Jakub ALBRECHT. Stigma spojené s elektrokonvulzivní terapií aneb mohou psychiatři poškodit mozek? Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Duševní zdraví - věc veřejná*. Brno: Tribun EU, 2016, s. 160-163. ISBN 978-80-263-1047-1.
26. NEPOKOJOVÁ, Jitka. Elektrokonvulzivní terapie jako léčebná metoda. *Sestra*. 2013, **23**(12), 36-37. ISSN 1210-0404
27. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
28. ŽÁŽOVÁ, Veronika. *Pohled na elektrokonvulzivní terapii očima nelékařských zdravotnických pracovníků*. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2021.

Seznam grafů

Graf 1 pohlaví respondentů	24
Graf 2 věk respondentů	25
Graf 3 vzdělání respondentů	26
Graf 4 zdravotní zařízení respondentů	27
Graf 5 pracovní pozice respondentů.....	28
Graf 6 informovanost	29
Graf 7 znalost pojmu ECT	30
Graf 8 znalost indikace ECT	31
Graf 9 znalost anestezie při ECT.....	32
Graf 10 znalost mechanismu účinku terapie	33
Graf 11 znalost problematiky informovaného souhlasu.....	34
Graf 12 názor na bezpečnost ECT.....	35
Graf 13 názor na účinnost ECT	36
Graf 14 názor na využití metody	36
Graf 15 Nezvratná poškození	37
Graf 16 humánnost terapie	38
Graf 17 ochota k podstoupení výkonu	39
Graf 18 důvody k nepodstoupení ECT.....	40
Graf 19 zaměření respondentů	41
Graf 20 srovnání informovanosti	42
Graf 21 rozdíly ve vnímání humánnosti.....	43
Graf 22 rozdíly v názorech na nezvratná poškození	44

Seznam použitých zkratk

ECT, EKT-elektrokonvulzivní terapie

př. n. l.- před naším letopočtem

TBC-tuberkulóza

EEG-encefalografie

tzn.- to znamená

CRP-C reaktivní protein

GABA-kyselina gama-aminomáselná

rTMS-repetitivní transkraniální magnetická stimulace

EKG-elektrokardiografie

CT-výpočetní tomografie

RTG-rentgen

EMG-elektromyografie

TAG-triacylglyceroly

TEN-trombembolická nemoc

JIP-jednotka intenzivní péče

VŠ-Vysoká škola

VOŠ-Vyšší odborná škola

PPP-poruchy příjmu potravy

OCD-obsedantně kompulzivní porucha

PTSD-posttraumatická stresová porucha

Seznam příloh:

1. Příloha: Dotazník
2. Příloha: Schválení výzkumného šetření

Dotazník:

Dotazník Elektrokonvulzivní terapie z pohledu zdravotníků

Jako studentka 3. Lékařské fakulty, bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Dotazník obsahuje 15 uzavřených a 4 otevřené otázky. Otázku č. 2 a č. 6 je nutné vyplnit. Otázky č. 16. a 19. se vyplňují pouze podle odpovědi v otázce předchozí.

1. **Jaké jste pohlaví**
 - a. Žena
 - b. Muž
2. **Jaký je Váš věk?**
3. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**
 - a. Vysoká škola
 - b. Vyšší odborná škola
 - c. Střední škola s maturitou
4. **V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?**
 - a. Nemocnice, oddělení interního typu
 - b. Nemocnice, oddělení chirurgického typu
 - c. Psychiatrické oddělení
 - d. Zdravotně sociální pracoviště
5. **Na jaké pozici pracujete?**
 - a. Všeobecná sestra
 - b. Praktická sestra
6. **Kde jste se o této terapii dozvěděl/la poprvé?**
7. **Co podle Vás znamená pojem elektrokonvulzivní terapie?**
 - a. Biologická forma léčby psychiatrických onemocnění, při které dochází k stimulaci mozku elektrickým proudem za užití elektrod
 - b. Biologická forma léčby psychiatrických onemocnění, při které je mozek stimulován magnetickým polem
 - c. Je to metoda, při které pacient užívá speciální medikaci
8. **Elektrokonvulzivní terapie se nejčastěji užívá v léčbě**
 - a. Deprese a schizofrenie

- b. Poruch příjmu potravy
- c. Obsedantně kompulzivní poruchy a posttraumatické stresové poruchy
- d. Různých druhů demencí

9. Elektrokonvulzivní terapie se provádí:

- a. Bez anestezie, v bdělém stavu
- b. V celkové anestezii
- c. V místním, lokálním znecitlivění

10. Na jakém principu podle Vás metoda funguje:

- a. V mozkových buňkách probíhají změny různého charakteru, např. změny biochemické a funkční
- b. Terapie způsobí ztrátu paměti, díky které se příznaky duševního onemocnění neprojevují
- c. Efekt je pouze psychologický a pacient jej vnímá jako trest

11. Je k provedení výkonu potřeba, aby pacient podepsal informovaný souhlas?

- a. Ano, výjimku tvoří provedení výkonu z vitální indikace
- b. Vyžaduje se vždy, bez souhlasu pacienta nemůžeme výkon provést
- c. Nevyžaduje se téměř nikdy, výkon se provádí bez souhlasu pacienta z indikace lékaře, názor pacienta není podstatný

12. Co si myslíte o bezpečnosti metody?

- a. Jedná se o téměř bezpečnou metodu, s malým rizikem
- b. Metoda je nebezpečná a má mnoho rizik

13. Je podle Vás metoda považována za efektivní a účinnou v léčbě některých duševních poruch?

- a. Ano, metoda je považována za účinnou
- b. Účinnost metody není známa
- c. Metoda je velmi málo účinná

14. Myslíte si, že se v dnešní době jedná o běžně využívanou metodu?

- a. Ano, metoda je běžně využívána v psychiatrické praxi
- b. Ne, metoda se využívá zřídka
- c. Metoda se dnes již nevyužívá

15. Myslíte si, že může ECT způsobit nezvratná závažná poškození?

- a. Ano
- b. Ne

16. Pokud ano, jaké poškození podle Vás terapie způsobuje?

17. Označili byste tento výkon za humánní?

- a. Ano
- b. Ne

c. Nejsem si jistý

18. Byl/a byste ochoten/ná podstoupit tento výkon, kdyby zmírnil Vaše obtíže?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

19. Pokud ne, z jakého důvodu byste výkon nechtěl/la podstoupit?

Schválení výzkumného šetření v Nemocnici Na Homolce:

Žádost o provádění výzkumného šetření v NNH za účelem studijních prací

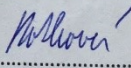
Jméno a příjmení žadatele	ROTHOVÁ LUCIE
Datum narození	10. 7. 2001
Adresa trvalého bydliště	HLUZOV 31, ČERNOTÍN 753 68
Kontaktní telefon	477 109 137
Kontaktní email	lucia.rothova 31@gmail.com
Název vzdělávací instituce, kde žadatel studuje	3. Lékařská FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY
Anotace výzkumu	Výzkum se týká informovanosti, nárocnosti a signální sítě elektrokonvulzivní terapie srovnatelně. Klíčová slova: sezení, ECT, mori, psychiatrie, a psychiatrickými souvislostmi. Výzkum se uskluá v části balneoterapie prae
Způsob provádění výzkumu	formou dotazníku, osloveno bude 30 osob
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn	Interní oddělení, oddělení cévní chirurgie
Doba trvání výzkumu (od – do)	
Způsob ochrany osobních údajů pacienta (GDPR), tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	

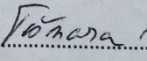
v Praxe dne 17. 4. 2024

v Praxe dne 18. 4. 2024

v Praxe dne 18. 4. 2024

v Praxe dne 23. 04. 2024

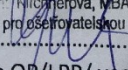

 Podpis studenta


 Podpis vedoucího studijní práce

Bc. Jana Nárovcová Jana Čubová
 vrchní sestra vrchní sestra

Podpis pověřeného zaměstnance NNH
 (vrchní sestra/ primář/ vedoucí oddělení)

Mgr. Ivan Křičterová, MBA
 náměstkyně pro ošetrovatelskou péči


 Podpis náměstkyně OP/LPP/ vedoucí PERS