



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Úlohy sestry u pacienta s elektrokonvulzivní terapií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Hana Křenková

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

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úlohy sestry u pacienta s elektrokonvulzivní terapií*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2017

Hana Křenková

Poděkování

Ráda bych poděkovala především Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za vedení práce, ochotu, vstřícnost a připomínky. Také bych ráda poděkovala všem respondentům za věnovaný čas a ochotu ke spolupráci.

Úlohy sestry u pacienta s elektrokonvulzivní terapií

Abstrakt

Cílem této práce je zmapování specifických úloh sestry u pacienta s elektrokonvulzivní terapií a rozdílů v těchto úlohách mezi stanovenými lůžkovými psychiatrickými zařízeními. Práce je členěna na dvě části. V první je teoreticky zpracována problematika elektrokonvulzivní terapie a ošetrovatelská péče o pacienta s touto terapií, druhá část je empirická.

V teoretické části je zpracováno uvedení do problematiky elektrokonvulzivní terapie včetně rozebrání mechanismu jejích účinků, historie vývoje této terapie, onemocnění, jež vede k indikování elektrokonvulzivní terapie, kontraindikace, nežádoucí účinky terapie a konečně úlohy sestry u pacienta s touto terapií.

Empirická část je založena na výzkumu pomocí rozhovorů se sestrami jednotlivých psychiatrických zařízení a analýzou dokumentů, konkrétně ošetrovatelských standardů a směrnic pro elektrokonvulzivní terapii z těchto zařízení. Rozhovory a dokumenty byly analyzovány a kategorizovány. Pomocí výsledků výzkumného šetření bylo odpovězeno na stanovené výzkumné otázky: Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u pacienta s elektrokonvulzivní terapií v jednotlivých zdravotnických zařízeních? Jaké úlohy zastávají sestry u pacienta s elektrokonvulzivní terapií ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Z výsledků zkoumání plyne, že specifika úloh sestry spočívají mimo jiné především ve schopnosti edukace, psychické podpory a aplikace prvků psychoterapie či psychorehabilitace. Rozdíly v ošetrovatelské péči mezi stanovenými psychiatrickými zařízeními byly pozorovány především v oblastech absolvování specializovaných kurzů a školení zaměřených na EKT, schopnosti edukovat pacienta a duševně jej podpořit, dle ošetrovatelských standardů, směrnic a lékařských intervencí pečovat o nemocného před, při a po výkonu EKT, reakcí na komplikace a využívání psychoterapie či psychorehabilitace.

Klíčová slova

Elektrokonvulzivní terapie; péče; sestra; úlohy sestry

Tasks of nurses in patient with electroconvulsive therapy

Abstract

The aim of this thesis is to chart specific duties of a nurse with a patient treated by electroconvulsive therapy as well as the differences of these duties among selected inpatient psychiatric facilities. The thesis is divided into two parts. The first one deals theoretically with problems of electroconvulsive therapy and with nursing care for patients with such a therapy. The second part is empirical.

The theoretical part deals with the introduction of electroconvulsive therapy problems, including the analysis of its effects mechanism, history of this therapy evolution, disorders leading to electroconvulsive therapy indication, contra-indication, undesirable effects of this therapy and finally a role of a nurse with a patient with this therapy.

The empiric part is a survey based on interviews with nurses in individual psychiatric facilities as well as on document analysis, specifically of nursing standards and guidelines for electroconvulsive therapy in these facilities. The interviews and documents were analysed and categorised. With help of the survey results, the set survey enquires were answered: What differences of nursing care for patients with electroconvulsive therapy are in individual facilities? What kinds of duty do nurses of patients with electroconvulsive therapy in selected medical facilities?

The survey results show that nurse's specific duties are, apart from other things, based especially on their educative ability, mental support and application of psychotherapy or psychorehabilitation components. The differences of nursing care among the selected psychiatric facilities were observed mainly in the fields of passing special courses and trainings aimed at ECT, abilities do educate a patient and support him/her mentally and in accordance with nursing standards, guidelines and medical interventions before, during and after the application of ECT, reactions at complications and use of psychotherapy or psychorehabilitation.

Key words

Electroconvulsive therapy; nursing; nurse; nurse's duty

Obsah

1	Úvod.....	8
1.1	Elektrokonvulzivní terapie.....	9
1.1.1	Mechanismus účinku EKT	10
1.2	Úvod do historie EKT.....	11
1.3	Indikace k EKT	12
1.3.1	Schizofrenie, schizoafektivní poruchy	12
1.3.2	Depresivní porucha	14
1.3.3	Mánie	15
1.3.4	Neuroleptický maligní syndrom	16
1.3.5	Organické duševní poruchy	16
1.4	Kontraindikace EKT	17
1.5	Nežádoucí účinky EKT	18
1.6	Úlohy sestry v péči o pacienta s EKT.....	19
1.6.1	Příprava pacienta na EKT.....	19
1.6.2	Úlohy sestry při EKT	21
1.6.3	Ošetrovatelská péče o pacienta po EKT.....	22
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	25
2.1	Cíle práce	25
2.2	Výzkumné otázky.....	25
3	OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	26
4	METODIKA PRÁCE.....	27
4.1	Použitá metoda sběru dat	27
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	27
5	VÝSLEDKY	30
5.1	Kategorizace výsledků rozhovorů	31
5.1.1	Kategorie „Kvalifikace k ošetrovatelské péči u pacienta s EKT“	31
5.1.2	Kategorie „Realizace sestry coby edukátorky“	34
5.1.3	Kategorie „Úlohy zastávané před výkonem EKT a při něm“	37
5.1.4	Kategorie „Výkony prováděné u pacienta po EKT“	40
5.1.5	Kategorie „Řešení vzniklých komplikací“	43
5.1.6	Kategorie „Aplikace psychoterapie či psychorehabilitace“	46
5.2	Kategorizace výsledků analýzy dokumentů	48
5.2.1	Kategorie „Příkázaná školení či kurzy sester pečujících o pacienty s EKT“	48
5.2.2	Kategorie „Úlohy sestry před výkonem EKT“	49

5.2.3	Kategorie „Role sestry během EKT“	50
5.2.4	Kategorie „Péče sestry o pacienta po EKT“	51
5.2.5	Kategorie „Dokumentace“	51
6	Diskuze	53
7	Závěr	61
8	Seznam informačních zdrojů	63
9	Seznam příloh	68
10	Seznam použitých zkratk	69

1 Úvod

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je velmi významnou léčebnou metodou užívanou v psychiatrii již od roku 1938. Tato metoda prošla velkou transformací a vývojem a s ní se postupně transformovala i úloha sester, které o pacienty pečují. EKT je léčebná metoda, při které se aplikuje elektrický proud a jež má terapeutické účinky při léčbě psychiatrických poruch. Velmi příznivě ovlivňuje hlavně pacienty s letální katatoníí, ale také s onemocněním, u kterého je potřeba rychlý účinek nebo farmakoterapie nemá vhodný efekt. Indikací mohou být onemocnění, jako je depresivní porucha (unipolární, bipolární, rekurentní), a to primárně tehdy, jsou-li přítomny bludy, agitovanost či sebevražedné úmysly, dále u všech typů mánie, schizofrenie a schizoafektivní poruchy, maligního neuroleptického syndromu, organické duševní poruchy a Parkinsonovy choroby.

Při ošetrovatelské péči u pacienta s EKT je velmi důležitá empatie, stabilita a komunikační dovednosti ošetrovatelského personálu. Terapie EKT je pro laickou veřejnost většinou velkou neznámou a její praktikování si umí představit převážně pouze díky jejímu využívání v psychologicky orientovaných filmech, ve kterých je tato metoda a reakce pacientů většinou značně zkreslená. Proto i pacienti, jimž je tato metoda doporučena, mohou pociťovat nedůvěru či strach. Je tedy velice důležité, aby zdravotnický personál, jenž pečuje o tohoto pacienta, byl schopen podat potřebné informace, edukovat, uklidnit a podpořit jej. Vzhledem k mechanismu působení má EKT nežádoucí účinky, jakými jsou například bolesti hlavy, krátkodobé výpadky paměti, nauzea atd. Je proto nutné, aby si sestra s pacientem utvořila profesionální vztah založený na důvěře a uměla vhodně reagovat v případě výskytu nežádoucích účinků.

Ve své bakalářské práci bych chtěla zmapovat nejnovější ošetrovatelské postupy v péči o pacienta s EKT, zjistit, zda se daná péče liší v různých zdravotnických zařízeních a jak se teoreticky vyvíjí v odborné literatuře.

1.1 Elektrokonvulzivní terapie

„Elektrokonvulzivní terapie je stále nejúčinnější a nejrychlejší formou terapie, kterou má pro některá onemocnění moderní psychiatrie k dispozici. Přes přechodné kognitivní poruchy se jedná o bezpečnou metodu.“ (Köhler, 2014, s. 22).

EKT patří mezi biologické terapie využívané v psychiatrii. Jde o metodu, která díky účinkům elektrického proudu aplikovaného transcerebrálně, dokáže léčit onemocnění nebo alespoň zmírnit či potlačit jeho rozvoj nebo příznaky. EKT se v psychiatrii provádí pouze u pacientů, u nichž je to nezbytné. Takovýto pacient je řádně informován, dle zákona je mu dán k podpisu informovaný souhlas s výkonem a samotný výkon je poté prováděn v místech k tomu určených, s potřebným vybavením a v celkové anestezii (Kitzlerová a Anders, 2012). Využívat EKT může pacient s mnoha různými psychiatrickými diagnózami, např. schizofrenie a schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy, katatonie, maligní neuroleptický syndrom atd. Avšak EKT nebývá u těchto onemocnění většinou první volbou terapie, využívá se převážně tam, kde jiné možnosti selhaly, u pacientů s farmakorezistencí, v akutních, život ohrožujících stavech atd. Výhodou EKT je rychlost nástupu účinku a míra účinnosti (Praško, 2011).

Mezi komplikace patří abortivní EKT a prodloužené paroxysmy. Pokud při stimulaci nedojde k paroxysmu, jedná se o abortivní EKT. V takovém případě lékař provede stimulaci znovu, ovšem musí to udělat dříve, než dojde k neuronální fázi elektrozistence. V případě, že paroxysmy trvají více než 180 vteřin, ukončují se farmakologicky, a to nejčastěji benzodiazepiny, takové paroxysmy se nazývají prodloužené (Seifertová, 2004).

„Parametry stimulace nejsou podstatné jen pro vlastní účinnost metody, ale i pro většinu nežádoucích účinků včetně těch, které mají vliv na kognitivní funkce.“ (Tuček a Šnorek, 2010, s. 284).

Při EKT je možné využít několik druhů působení elektrického proudu, a to buď dle změny umístění elektrod, nebo formy vlnové délky na sinusové, polosinusové, krátké a ultra krátké vlny, dále na bilaterální či unilaterální stimulaci, přičemž při bilaterální stimulaci se využívá bifrontotemporální či bifrontální umístění a při unilaterální se využívá umístění dle d'Elivy (Köhler, 2014). Z výzkumů se dovídáme, že přístroje sinusové způsobují větší kognitivní poruchy, a proto u pacientů s kognitivním deficitem

volíme raději přístroje s krátkými vlnami. Avšak u nemocných se špatnou terapeutickou odezvou na tyto krátkovlnné přístroje se využití sinusových přístrojů doporučuje. Lékař musí s rozmyslem vhodně zvolit také umístění elektrod, kdy unilaterální umístění je šetrnější a nemá takový vliv na rozvoj poruch paměti, ale bilaterální umístění je efektivnější (Seifertová, 2004). Hosák (2007) uvádí, že přístroje určené k EKT se již vyrábí tak, aby s nimi nebylo možné pacientovi ublížit. Lékař během terapie může ovlivňovat intenzitu elektrických stimulů, ovšem vždy se jedná o hodnoty, které vedou k terapii, nikoliv k negativním vlivům na pacientovo zdraví.

1.1.1 Mechanismus účinku EKT

„V průběhu let byla vyslovena řada teorií, žádná však zatím nebyla schopna jednotně vysvětlit účinek ECT u všech poruch, které jsou touto metodou léčeny.“ (Köhler, 2014, s. 19).

Ačkoliv se mechanismus účinku EKT zkoumá již dlouhou dobu, není stále úplně jasný. Nicméně má prokazatelně dobré výsledky na pacienty. Účinnost EKT se většinou projevuje již po 3–5 opakováních a jeho průměrná účinnost je 60–90 %. Do týdne pacient podstoupí dvě až tři série stimulací, jejichž celkový počet by se měl pohybovat kolem dvanácti sérií (Praško, 2011). Protože je pacient během terapie v celkové anestezii, nepocítuje ani bolest, ani žádné jiné negativní účinky, které by mohly elektrické stimuly způsobovat (Fink, 2009).

Dle doplněné neuromediátorové teorie stimuluje EKT dopaminergní, serotoninergní i adrenergní transmissi. Díky ovlivňování dopaminergního systému má EKT prokazatelný účinek u pacientů s Parkinsonovou chorobou. Ovlivňování chování dopaminem bylo prokázáno testy na zvířatech. Z výzkumů je známo, že EKT má ve vztahu k serotoninergnímu systému jiný účinek než antidepressiva, což je velmi výhodné například u léčby těžkých forem deprese, jež jsou farmakorezistentní, avšak adrenergní systém je EKT ovlivněn stejně jako při užívání psychofarmak. Mezi nejprůkaznější objevy patří rapidní zvýšení hladiny prolaktinu v těle několik hodin po užití EKT. Dále po zákroku klesají předchozím stavem zvýšené hodnoty kortizolu a adrenokortikotropního hormonu (Hrdlička, 1999). Dochází tedy ke zvyšování koncentrace kalia a natria, funkce neurotransmiterů se změní, uvolňují se katecholaminy a zvyšují se koncentrace B-endorfinů. Dále se zvyšuje produkce vazopresinu

a somatotropinu. Průtok krve v temporálních lalocích mozku a bazálních gangliích se zvyšuje (Seifertová et al, 2008).

1.2 Úvod do historie EKT

Dle Mádlové et al. (2015) se lékaři duševní nemoci pokoušeli vyléčit elektrickým proudem již ve starověku. Kolem roku 48 římský lékař S. Langus používal jako léčebnou metodu rejnoka elektrického, jehož přikládal nemocnému na čelo a temeno hlavy. Paracelsus od roku 1493 zaznamenal úspěch v křečové léčbě po podání většího množství kafru. Roku 1867 zjistil W. H. Erb, že průchodu elektrického proudu mozkem lze docílit přiložením elektrod přímo na hlavu pacienta. Poté v roce 1870 E. Hitzig a G. Fritsch provedli pokus na zvířeti aplikací elektrického proudu přímo na mozkovou kůru a S. Leduc se roku 1900 zabýval stavem, jenž sám objevil a nazval jako elektronarkózu.

Dle Šedivce (2008) neexistovala do první poloviny 20. století žádná léčebná metoda, jež by byla uspokojivou terapií pro potřebná onemocnění. Až necíleným zjištěním zlepšení zdravotního stavu u pacienta s diagnostikovanou schizofrenií po prodělaném epileptickém záchvatu se začalo přistupovat k pokusům o křečovou léčbu. Hrdlička (1999) uvádí, že první výsledky křečové léčby na schizofrenního pacienta publikoval maďarský psychiatr Meduna v roce 1935. V té době se již polemizovalo s myšlenkou zlepšení stavu schizofrenie u pacienta s epilepsií. Epileptické záchvaty byly tedy uměle navozovány zvířatům různými látkami, z nichž se nakonec nejvíce osvědčil kafr. Porter (2015) uvádí, že záchvatový stav vyvolaný kafrem byl mnohdy natolik silný, že u některých pacientů mohl způsobit fraktury dlouhých kostí. Dle Hrdličky (1999) tuto myšlenku dále rozváděl a zkoumal U. Cerletti, jenž terapii přednesl na lékařské akademii v Římě roku 1938 jako terapii elektrickým proudem. Křečová terapie se začala postupně provozovat v různých zemích a docházelo pozvolna k jejímu vývoji, např. zavedením myorelaxace sukcinylcholinem roku 1952. Terapie pomocí elektrického proudu byla psychiatry natolik obdivována, že začala být zbytečně zneužívána i tam, kde jí nebylo zapotřebí. To vedlo k nárůstu nedůvěřivosti ze strany veřejnosti a praktikování elektrošoků začalo postupně upadat. Počátkem 80. let, kdy již bylo ve většině zemí provozování EKT ošetřeno zákonem a právy pacientů, docházelo znovu k objevování jejich přínosů pro psychiatrii. Obnovovaly se přístroje, upravila se síla elektrického proudu a dále se tato metoda vyvíjela.

1.3 Indikace k EKT

Pro pacienty, kteří nedostatečně reagují na léčiva či je nemohou užívat z důvodu gravidity, vysokého věku nebo kvůli jiným onemocněním, může být EKT alternativou s nejnižšími riziky (APANA, 2011).

Dle Běhounka (2014) EKT bývá prvoplánově indikována při nutnosti okamžitého zlepšení stavu, aby nedošlo k zásadnímu zhoršení onemocnění, či dokonce k úmrtí pacienta. Dále se využívá v případech, kdy oproti jiné zvolené terapii může dojít k menším negativním účinkům, a také tehdy, je-li již výsledek u konkrétního pacienta prokazatelně snášen lépe než jiné terapie či tehdy, když nemocný EKT sám upřednostňuje. Jako terapie druhé volby bývá k EKT přistupováno, vyskytne-li se u pacienta farmakorezistence či nevhodný účinek farmak.

1.3.1 Schizofrenie, schizoafektivní poruchy

Schizofrenie se řadí mezi psychózy, což jsou psychická onemocnění, jež mají značný vliv na pacientovo prožívání. Slovo schizofrenie je složeninou dvou řeckých slov, a to slova schizo neboli štěpit a slova phrén, tedy rozum či myšlení – v překladu by tedy schizofrenie skutečně znamenala rozštěpenou mysl či rozum tak, jak se mylně domnívá laická veřejnost, nicméně tato slova nepoukazují na pacientovu rozštěpenou mysl, ale na rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním pacienta (Doubek, 2012). U tohoto onemocnění dochází ke vzniku abnormalit. Jde o abnormality strukturální, tedy nespecifické, při kterých dochází ke zmenšování objemu mozku, funkční, z nichž se nejčastěji objeví hypofrontalita, a chemické (Češková, 2012). Schizofrenie je doprovázena halucinacemi a bludy, které výrazně mění vnímání pacienta, a tím narušuje jeho vztahy s okolím. Takto postižený člověk poté ztrácí schopnost začlenit se do běžného života, přiměřeně jednat a vnímat realitu (Doubek, 2012).

Diagnostika tohoto onemocnění není snadná. Schizofrenie má velké množství možných příznaků a ty se dělí na nápadné, nenápadné, pozitivní a negativní. Mezi nápadné příznaky schizofrenie se řadí rozbíhavé myšlení, transformace osobnosti, pseudofilozofování, halucinace či bludy. Dále se mohou projevit sebevražedné aktivity, agresivita, deprese nebo apatie. Příznaky nenápadné jsou poté takové, které nejsou zpravidla jasné na první pohled, např. emoční oploštění, apaticko-hypobulický syndrom, autismus aj. Pozitivními příznaky se rozumí takové symptomy onemocnění, které jsou s přihlédnutím

k normálnímu stavu nadbytečné, to jsou zejména halucinace a bludy, pocity zásahů zvenčí, rozbíhavé myšlení, katatonní projevy a pseudofilozofování. Negativní jsou poté takové, které oproti normálnímu stavu chybějí, jako je oslabení vůle, menší slovní zásoba, pomalé myšlení, snížená aktivita aj. (Kučerová, 2013). Schizofrenní pacient bývá hospitalizován na psychiatrickém oddělení nejčastěji z důvodu projevů pozitivních příznaků, kvůli nimž může být nebezpečný pro sebe i své okolí. Negativní příznaky obvykle k hospitalizaci nevedou (Češková a Příkryl, 2013).

Schizofrenie má dle MKN-10 několik forem. Mezi základní formy patří:

Paranoidní schizofrenie se řadí mezi nejvíce se vyskytující formu schizofrenie. Zde se velmi často projevují halucinace a bludy ovlivňující vnímanou skutečnost. Pacient má sklony k silné žárlivosti, velikášství, snaží se manipulovat skutečností pomocí telekineze. Je přesvědčen, že je pronásledován a druzí se jej snaží ohrožit. **Hebefrenní schizofrenie** bývá diagnostikována nejčastěji u dospívajících mužů. Provází ji projevy nedospělosti, sociální izolace, dezorganizované myšlení a řeč, chování a emoce jsou nepřiléhavé. Chování hebefrenního schizofrenika je nepředvídatelné, nezodpovědné a často se vyskytuje značný manýrismus. **Katatonní schizofrenie** se vyznačuje střídáním neklidu se stuporem. Dochází k tomu, že pacient může být buď ve stavu bezcílného neklidu způsobeného náhlým vzrušením, či setrvává strnule v nahodilé poloze velmi dlouho. Při pokusech o pasivní pohyby u pacienta v katatonním stuporu dochází ke zvýšení svalového tonu. Pacient tak může v nepřirozené poloze setrvat velmi dlouhou dobu (Praško, 2013; Malá, 2010).

Schizofrenie se v první řadě léčí pomocí antipsychotik. U pacientů v akutním stavu využíváme zejména antipsychotika 1. a 2. generace. Léčba by měla trvat minimálně dva roky, abychom předešli relapsu onemocnění. V terapii schizofrenie je důležitá také psychoterapie. Při vzniku náhlého kritického stavu a u farmakorezistentních forem onemocnění se využívá také elektrokonvulzivní terapie (Látalová et al., 2011b).

„Jednoznačné důkazy pro efektivitu ECT u rezistentní schizofrenie v podobě velkých, dvojitě slepých, placebem kontrolovaných studií zatím stále chybějí, přesto je prokázáno, že se jedná o metodu bezpečnou, která pro část nejzávažněji nemocných pacientů představuje šanci k poměrně rychlému zlepšení jejich stavu, takže je u nich vždy doporučováno její zvažování.“ (Ustohal a Příkryl, 2009, s. 178).

1.3.2 Depresivní porucha

Depresivní porucha u pacienta způsobí absolutní ztrátu zájmu. Jakákoliv činnost je pro něj bezpředmětná, protože mu nepřináší radost ani zadostiučinění. Celkově je pacient zpomalený, nevykonává žádnou aktivitu, má zpomalené psychomotorické tempo, nedostatek energie, projeví se i pesimismus, únava či nespavost. Lidé trpící depresivní poruchou o svých potížích zpravidla nemluví, za svou depresivní náladu a neschopnost vytváření aktivity se stydí. Depresivní poruchou trpí převážně umělecky nadané typy (Praško et al., 2011a).

K hospitalizaci dochází u depresivních pacientů, zejména když se u nich objeví sebevražedné sklony. Pro léčbu deprese je velmi důležité dobré sociální zázemí a podpora okolí nemocného. V případě, že prostředí není pro léčbu vhodné, přechází se z ambulantní péče na hospitalizaci, aby nedošlo ke komplikacím, které mohou být i fatální (Češková a Příkryl, 2013).

Příčina vzniku depresivní poruchy není zcela jasná. Existují různé vědecké teorie popisující její průběh a možnosti vzniku, nicméně žádná není stoprocentně potvrzena. Již víme, že se jedná o poruchu, která má vnitřní příčinu. Jde tedy o různé funkce receptorů a biochemických procesů v těle jedince. Endogenní deprese má tři možnosti ovlivnění pacientova života, buď se projeví první fáze pouze jednou, nebo se bude pravidelně první fáze opakovat, či se první fáze bude střídát s manickými fázemi. Žádnou z těchto možností bohužel nelze předpokládat dříve, než se skutečně projeví (Kučerová, 2013).

Depresivní porucha se dá léčit mnoha způsoby. První způsob: antidepresivy – je důležité poučit pacienta, že antidepresiva se neberou pouze v období projevující se deprese, ale dlouhodobě. Léčba antidepresivy může být v různých formách. Tricyklická antidepresiva se v dnešní době již moc nevyužívají, ale lékaři se k nim občas uchylují v případech, kdy běžná antidepresiva nemají dostatečný účinek. Inhibitory monoaminoxidázy – tato léčiva se rovněž dnes využívají pouze v případech selhání klasických antidepresiv či u velmi těžkých depresivních poruch probíhajících současně s jiným psychickým onemocněním. Dále se ne zcela prvořadě využívají selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Nejnovější a nejvíce využívaná léčiva jsou tzv. antidepresiva nové generace a stabilizátory nálad. Mimo farmakologickou léčbu se u terapie deprese využívá i EKT – účinek této terapie se dostaví v poměru s ostatními léčivy za nejkratší čas. Dále se využívají různé formy psychoterapie (Cantopher, 2012). Dle Anderse et al.

(2010) je za nejúčinnější metodu léčby deprese považována EKT. Ta je využívána především u pacientů s psychotickými a těžkými depresemi, u nichž je značné psychomotorické zaostávání a riziko dehydratace či podvýživy v důsledku odmítání stravy a tekutin. Dále má díky svému brzkému účinku velmi příznivý vliv na nemocné se sebevražednými sklony.

1.3.3 Mánie

Mánie je součástí onemocnění nazývaného bipolární afektivní porucha, jež bývá často známo spíše podle zastaralého názvu – maniodepresivní psychóza. V tomto onemocnění jsou dvě fáze. Hypomanická epizoda zpravidla předchází epizodě manické (mánie), která má velký vliv na kvalitu života pacienta i jeho rodiny, ačkoliv pacienti sami často popírají skutečnost, že by mánií trpěli, a fázi depresivní. Že u pacienta probíhá manická epizoda, můžeme říci tehdy, vyskytuje-li se u něj nejméně sedm dní trvající podrážděnost, extrémně zvýšená nálada, která u něj není běžná, a dále musí být u pacienta přítomny alespoň tři příznaky pro mánie typické (Doubek a Praško, 2014).

Pacienti s probíhající manickou epizodou bývají hospitalizováni nedobrovolně, často jsou přivedeni např. policií. Při samotné hospitalizaci je důležité vést s pacientem klidný, cílený rozhovor. V ošetrovatelské péči pak dbáme na to, aby měl pacient dostatek spánku, minimální stimulaci a abychom zvolili vhodný ošetrovatelský postup při depresivní fázi. Vždy se snažíme odhalit faktory, jež vedly k rozvoji mánie, poučit pacienta o nutnosti vyhýbat se takovýmto faktorům a rozpoznávat varovné příznaky možného vzniku mánie (Češková a Přikryl, 2013).

Jako terapie bývá v manické epizodě nejvíce využívána farmakoterapie a biologická léčba. Ve farmakoterapii jsou využívána antipsychotika a stabilizátory nálady. Jako biologická léčba se užívá u pacientů s těžkou či rezistentní mánií a také u mánií se smíšenými epizodami, elektrokonvulzivní terapie, která se využívá i při depresivní epizodě. Cílem léčby mánie by mělo být uvedení pacienta do takového psychického stavu, aby byl schopen vést plnohodnotný život, mohl zastupovat všechny své role a nebyl nebezpečný pro sebe ani své okolí (Praško, 2013).

Vzhledem k převážnému popírání nemoci ze strany pacienta nebývá snadné získat si její spolupráci v léčbě. Je tedy nutná spolupráce s rodinou pacienta, edukovat ji o faktorech vyvolávajících manickou epizodu, zajistit mu vhodné zázemí bez stresorů a dále poučit

rodinu i pacienta o vhodném denním režimu, který by měl dodržovat (Látalová a Praško, 2011).

1.3.4 Neuroleptický maligní syndrom

Maligní neuroleptický syndrom je v psychiatrii jeden z nejzávažnějších nežádoucích účinků. Vzniká následkem intoxikace sedativními neuroleptiky (antipsychotiky) a pacienta ohrožuje na životě. Mezi základní příznaky vzniklého maligního neuroleptického syndromu se řadí změny duševního stavu a laboratorních hodnot, neurovegetativní dysfunkce a příznaky neurologického původu (Praško, 2013). Mezi pacienty s větší pravděpodobností vzniku maligního neuroleptického syndromu patří převážně ti, u nichž je riziko nesprávně fungujícího dopaminergního či serotonergního systému, či nemocní s probíhající infekční chorobou, kteří jsou zároveň postiženi hormonálním rozvratem. Ohroženi jsou i pacienti, u nichž dochází často k rapidnímu zvyšování hladiny sedativních neuroleptik (Mainerová et al., 2015).

Terapie maligního neuroleptického syndromu zpravidla probíhá na jednotkách intenzivní péče, kde musí být pacient řádně monitorován (Látalová et al., 2011a). Při terapii není možné podat pacientovi pouze lék rušící účinek neuroleptik, léčba musí být celková. První pomoc je podobná jako u většiny intoxikací – provádí se výplach žaludku a následně se pacientovi podává větší množství roztoku s aktivním uhlím. Dlouhodobě se poté podávají tekutiny pomocí infuzní terapie, je doporučena fyzikální terapie – chladem, oxygenoterapie a vhodná farmakoterapie (Pelcová, 2014). Velmi dobrých výsledků zde lze dosáhnout aplikací elektrokonvulzivní terapie (Látalová et al., 2011a).

1.3.5 Organické duševní poruchy

Organická halucinóza, halucinace vznikají u pacienta při jeho plném vědomí a většinou jsou způsobeny intoxikací, encefalitidou, mozkovým lupusem erythematodes, sklerosou multiplex, pontinními lézemi či lézemi na temporálním laloku atd. Léčba je závislá na původu vzniku onemocnění, jako velmi účinná se prokázala elektrokonvulzivní terapie (Praško et al., 2011b).

Organická katatonní porucha je kvalitativní porucha jednání, při které se střídá stupor s excitací psychomotorického tempa. V případě organické katatonní poruchy se u pacienta může střídat stav plného vědomí a deliria. Vznik je velmi podobný jako u organické halucinózy: encefalitida, mozkový lupus erythematodes, scleros multiplex,

normotenzní hydrocephalus, deficit vitamínu B12 atd. Léčí se onemocnění působící poruchu. Ke zmírnění příznaků se využívá neuroleptik. Velmi účinná je v tomto případě i elektrokonvulzivní terapie (Praško, 2013).

Organická afektivní porucha – aby se mohla diagnostikovat u pacienta tato porucha, musí být symptomy přítomny minimálně čtrnáct dní. Symptomy jsou velmi podobné jako například u deprese nebo u manicko-depresivní epizody. Rozdílný je především charakter deprese, který má při této poruše převážně fyzické příznaky. Organická afektivní porucha bývá příznakem Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy nemoci, Huntingtonovy nemoci, nemoci Lewyho tělísek, frontotemporální demence, cerebrovaskulárního onemocnění, epilepsie atd. U této poruchy je extrémní nárůst pokusů o sebevraždu, proto je velmi důležité léčit onemocnění co nejefektivněji. Léčba antidepressivy je v tomto případě kontraindikována pro své nežádoucí účinky, je tedy nutné zvolit vhodnou formu farmakoterapie. Úspěšná se ukázala být elektrokonvulzivní terapie, která má u tohoto onemocnění minimum nežádoucích účinků (Praško et al., 2011b).

1.4 Kontraindikace EKT

Podle Americké psychiatrické asociace neexistuje u žádného pacienta absolutní kontraindikace EKT. Vždy je pouze nutné, aby lékař zvážil, zda je u pacienta větší riziko negativních účinků než možných pozitivních (Seifertová, 2004). Dohnalová (2010) a Ticháčková et al. (2011) uvádí, že ačkoliv je EKT indikována u relativně široké skupiny psychiatrických pacientů, vyskytují se i případy, u kterých se nesmí či nedoporučuje provádět. Tyto případy se dělí na relativní a absolutní kontraindikace. V případě, že se u pacienta vyskytují relativní kontraindikace, měl by lékař zvážit rizika a případně zvolit vhodnější způsob léčby či alespoň provést opatření předcházející možným komplikacím. Mezi relativní kontraindikace patří závažné kardiovaskulární onemocnění, jako je infarkt myokardu, angina pectoris či srdeční selhání. Dále se do této skupiny řadí velké zlomeniny kostí, osteoporóza, závažné plicní choroby, cévní mozková příhoda, onemocnění štítné žlázy, perniciózní anemie a dilatace děložního hrdla. V případě absolutních kontraindikací je pro pacienta zcela nemožné podstoupit EKT. Mezi takovéto případy patří zvýšený nitrolební tlak, akutní cévní mozková příhoda, nesnášenlivost anestetik, aneurysma velkých cév. Hosák (2007) uvádí, že v případě výskytu vážnějších somatických onemocnění u pacienta s ordinovanou EKT musí psychiatr provádějící terapii, konzultovat pacientův stav s odborníkem, jenž nemocného léčí, a spolu s ním

zvážit, zda bude terapie spíše přínosem, nebo může mít za následek nežádoucí zhoršení zdravotního stavu.

„Elektrokonvulze lze za upravených podmínek používat v jakémkoli období těhotenství i v šestinedělí. Vliv anestetik na plod se zdá být menší než vliv psychofarmak, succinylcholin má relativně nízký placentární přestup a nepředpokládá se u něj významný vliv na plod.“ (Köhler, 2014, s. 20).

Dle Hosáka (2007) lze EKT u těhotné ženy provádět bez negativních vlivů na plod a zdraví matky do pátého měsíce těhotenství ovšem pouze v případě, kdy po konzultaci s pacientčíným gynekologem zjistí, že se jedná o normální průběh těhotenství bez závažnějších komplikací.

1.5 Nežádoucí účinky EKT

Köhler (2014) uvádí, že úmrtnost v souvislosti s EKT je stejná jako úmrtnost pacientů při celkové anestezii. Riziko úmrtí pacienta s touto terapií je spojováno s kardiovaskulárními a pulmonálními komplikacemi.

EKT může mít na pacientův organismus i nežádoucí účinky. Mezi nejčastěji se vyskytující patří bolesti hlavy či nevolnost. Nejhůře bývá pacienty snášen vznik amnézie, ať už krátkodobé či dlouhodobé, která ale je méně častá. Dále může dojít k traumatizaci pacienta dušností při výkonu, jež se objeví při nesprávně aplikované anestezii a myorelaxancia (Ticháčková et al., 2011). Dle Hosáka (2010) jsou k nežádoucím účinkům, a to konkrétně kardiologického původu, náchylnější pacienti s katatonní schizofrenií. Mezi další nežádoucí účinky zařadil zmatenost po výkonu a kardiomyopatii takotsubo. Dle Tučka a Šnorka (2010) se mezi základní nežádoucí účinky řadí kognitivní deficit, který může mít na pacienta krátkodobý i dlouhodobý vliv. Vznik nežádoucích účinků je ovlivněn použitým typem stimulace, umístěním elektrod, intenzitou stimulace a frekvencí využívání a opakování EKT. Dle Köhlera (2014) dochází při každé samostatné aplikaci EKT k narušení orientace, paměti a pozornosti, která často nestihne být před opakováním EKT zpět v normě, tím dochází k opětovnému narušení již postižených kognitivních funkcí, což může mít za následek dlouhodobé kognitivní poruchy. Tuček a Šnorek (2010) uvádí, že EKT má zásadní negativní vliv na kognitivní funkce, což nelze ovlivnit péčí o pacienta, ale dá se tomu předcházet zvolením vhodné stimulace a nastavením optimálních parametrů. Cantopher (2012) uvádí, že po ukončení

všech sérií EKT dochází k postupnému navrácení paměti. Nejdéle by tomu tak mělo být s odstupem jednoho roku, tehdy si pacient již může vybavit vše před absolvováním terapie, ale bohužel ztráta paměti na dobu, kdy EKT probíhala, tedy mezi jednotlivými sériemi, je většinou trvalá.

1.6 Úlohy sestry v péči o pacienta s EKT

Je velmi důležité, aby o pacienta s ordinovanou EKT pečoval proškolený zdravotnický personál, a proto musí všichni zdravotničtí pracovníci, spolupracující s lékařem při této terapii, projít jednou ročně specializovaným kurzem péče o pacienty před, při i po EKT (Dohnalová, 2010). V ošetrovatelské péči je při indikované EKT velmi důležitý vztah sestry s pacientem. Sestra se s nemocným stýká nejčastěji a on má možnost nechat se ovlivnit jejím postojem k danému výkonu. Sestry by proto měly mít dostatečné znalosti v oblasti EKT, aby byly schopny pacientům v případě potřeby pomoci v rozhodování o léčbě a mohly se starat o jejich potřeby (Wood, 2007; Kavanagh, Mcloughlin, 2009; Department of Health & Human Services, 2013).

1.6.1 Příprava pacienta na EKT

K výkonu EKT je nutné zajistit vhodnou místnost, která je dostatečně prostorná a má přístup k rozvodu kyslíku (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Místnost pro EKT musí být vybavena odsávací hlenou z dýchacích cest, defibrilátorem, pomůckami na kardiopulmonální resuscitaci, jako je ústní vzduchovod, laryngoskop, endotracheální rourky, manuální dýchací přístroj a potřebná léčiva (Nepokojová, 2013). Dle specifik zařízení či požadavků lékaře musí být obstarán i přístroj pro EKT. V dnešní době se nejčastěji využívají krátkopulzní přístroje konstantního proudu. Novodobé přístroje využívají ultrakrátkých stejnosměrných pulzů (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Dále musí být v místnosti kromě samotného přístroje na EKT nachystána vhodná postel s tvrdou matrací a odnímatelnými postranicemi, monitor EEG, pomůcky k sledování krevního tlaku, časomíra, prostředky vhodné k očištění kůže od mastnoty a vodivý gel, rouбіk bránící poškození dutiny ústní, infuzní sety a neurologické kladívko (Seifertová, 2004).

Před EKT je velmi důležitá duševní příprava a podpora pacienta. Pokud se nejedná o výkon z vitální indikace, musí sestra pacienta dostatečně informovat a psychicky připravit, dále musí zajistit všechna potřebná vyšetření a získat informovaný souhlas

(Běhounek, 2014). Vhodné je poučit nemocného o důvodu zvolení této léčby, účincích a možných komplikacích vzniklých vlivem užití EKT. Výhodou je možnost kontaktu nemocného s indikovanou EKT s pacientem, u něhož terapie již v minulosti proběhla (Hrdlička, 1999). V případě, že informovaný souhlas není získán, může terapie proběhnout jedině tehdy, je-li ohrožen život pacienta a tato léčba je nejvhodnějším prostředkem k odstranění rizika smrti či závažného poškození zdraví. Pokud se nejedná o výkon z vitální indikace, není možné bez souhlasu EKT provádět stejně jako jinou biologickou či farmakologickou terapii (Baudiš, 2010). Aby poučení pacienta o výkonu bylo hodnotné, je třeba dodržovat určité zásady. Nejlepších výsledků lze dosáhnout využitím motivačního rozhovoru, u něhož se sestra drží vhodných pravidel. Musí komunikovat jazykem, jemuž pacient rozumí, což znamená co největší omezení odborných či cizojazyčných pojmů a v případě, že nemocný je cizinec, zajistí mu tlumočnicka. Dále je vhodné rozhovor patřičně zorganizovat, na pacienta s odpověďmi nespěchat, používat spíše krátké věty s otevřenými otázkami. Není vhodné zahlcovat nemocného přílišným množstvím nových informací. Sestra by dále měla umět při motivačním rozhovoru aktivně naslouchat, což znamená, že po vyslechnutí pacienta bude schopna poskytnout zpětnou vazbu. Další zásadou je sumarizování, to znamená zopakování a zdůraznění zásadních informací na konci rozhovoru, což má dva významy. Pacient se ujistí, že byl skutečně řádně vyslechnut, a sestra tím napomůže správnému pochopení nových informací. Důležitou zásadou je naklonění si pacienta ke spolupráci a vhodné prolínání jednotlivých rozhovorů. Motivační rozhovor by měl být uspořádán tak, aby klienta příliš nevyčerpával a aby si byl klient vždy vědom, že právě jeho rozhodnutí budou udávat směr, jímž se bude hospitalizace ubírat. Sestra by měla být vždy upřímná, nezamlčovat zásadní informace a aktivně zapojovat pacienta (Tomáš, 2014). U dětí do dvanácti let musí s výkonem souhlasit zákonní zástupci a anestezie by v tomto případě měla být prováděna dětským anesteziologem (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Dále je nutno zajistit odběry biologického materiálu, interní vyšetření, vyšetření očního pozadí a neurologické vyšetření. K výkonu musí mít pacient umyté vlasy, aby bylo při terapii dosaženo ideální vodivosti elektrického impulsu (Dohnalová, 2010). Orientačně musí být nemocnému před výkonem zhodnoceny kognitivní funkce, jako je paměť a orientovanost (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Pacienty je důležité zvážit, a to zejména z důvodu správného dávkování myorelaxancia a aplikace anestezie. Večer před

plánovaným výkonem, nejméně však osm hodin by měl být pacient nalačno (Běhounek, 2014).

Lékař by se měl pokusit o co největší eliminaci farmak užitých před EKT, aby nedošlo k negativnímu ovlivnění stimulace. Pravidelně užívanou medikaci můžeme rozdělit na dvě skupiny, a to léčiva, která mohou mít příznivý vliv na EKT či případný výskyt nežádoucích účinků, a druhou skupinou jsou ta, jež mohou negativně ovlivnit stimulaci či přispět ke vzniku komplikací. Dle jejich zařazení lékař určí, které léčivo bude podáno ještě před výkonem a které až po něm. Před výkonem může sestra dle naordinování od lékaře podat antihypertenziva, antiarytmika, bronchodylatancia, kortikoidy a také farmaka ovlivňující ischemickou chorobu srdeční, anginu pectoris, glaukom a gastroezofageální reflux. Naopak léčiva, jejichž použití by měl lékař ordinovat až po terapii, jsou antidepresiva, antikonvulziva, diuretika a léky snižující glykémii. Farmaka, která by se mezi jednotlivými sériemi EKT neměla užívat vůbec, jsou stabilizátory nálady, benzodiazepiny, barbituráty, sedativa, hypnotika, lidokain, theofylin a lithium. (Köhler, 2014, s. 21).

Těsně před výkonem je příprava stejná jako všeobecná předoperační příprava v celkové anestezii. Pacient nesmí mít šperky, zubní náhradu, brýle ani kontaktní čočky a je nutné, aby byl vyprázdněný. K výkonu musí mít pacient zavedenou periferní žilní kanylu, monitorované fyziologické funkce, podánu premedikaci a nasazeny kompresní punčochy či aplikovánu vysokou bandáž na dolních končetinách jakožto prevenci trombembolické nemoci (Běhounek, 2014).

1.6.2 Úlohy sestry při EKT

„Celý výkon obvykle trvá přibližně půl minuty včetně zvýšení svalového tonu, klonické fáze a následného zklidnění nemocného.“ (Nepokojová, 2013).

Během samotného výkonu je v místnosti určené pro EKT přítomen lékař provádějící terapii, lékař anesteziolog, anesteziologická sestra a ošetrovatelský personál (Běhounek, 2014). Na EKT by měl být zajištěn zkušený psychiatrický lékař, jenž má zodpovědnost za správné provedení výkonu. Aby byl kolektiv pracovníků, který se stará o pacienty s EKT, odborně na výši, musí jej dostatečně proškolit kompetentní odborník (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Sestra musí pacienta zbavit mastnoty v okolí spánků, které mu poté potře vodivým gelem. Následně jsou umístěny elektrody, na spánky stimulační elektrody, nad každé pacientovo obočí EEG elektrody a na rameno je aplikována zemnicí elektroda. Aby nedošlo k poškození chrupu a dutiny ústní, je pacientovi aplikován rouбіk. Lékař poté provede kontrolu odporu a EEG (Dohnalová, 2010). Pokud odpor přesahuje stanovený limit, není možné EKT provést. V takovémto případě lékař po aplikaci většího množství vodivého gelu a úpravě elektrod provede kontrolní zkoušku kožního odporu a dle jejího výsledku poté postupuje (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015). Pracovníky anesteziologicko-resuscitační péče je poté pacient uveden do celkové anestezie, jsou mu podána myorelaxancia a poté jsou zajištěny dýchací cesty (Dohnalová, 2010). Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) musí sestry během stimulace pacienta přidržovat. Proto je důležité, aby psychiatr provádějící stimulaci verbálně upozornil celý tým pokaždé, když má v plánu stimulaci započít. Během celého výkonu jsou pozorně sledovány pacientovy fyziologické funkce a EEG. Za fyziologické je při probíhajícím paroxysmu považováno projevení elektrické aktivity mozku stejné, jaké lze vidět u epileptického záchvatu. Časomírou je kontrolován průběh paroxysmu, který by neměl být kratší než dvacet sekund, aby byl jeho účinek dostatečný. Za plnohodnotné jsou považovány konvulze trvající v časovém rozmezí od dvaceti do devadesáti sekund. Po aplikaci EKT může dojít k vomitu či regurgitaci, proto nesmí mít nemocný zahaleno okolí břišních svalů, aby bylo viditelné, zda k této komplikaci nedochází. Běhounek (2014) uvádí, že lékař anesteziolog ihned po ukončení konvulze musí pacienta ventilovat 100% kyslíkem, dokud nenastane obnova spontánního dýchání. Dohnalová (2010) uvádí, že po samotné aplikaci EKT a obnově všech fyziologických funkcí sestra odstraní elektrody, očistí zbytky vodivého gelu a uloží pacienta do stabilizované polohy.

1.6.3 Ošetřovatelská péče o pacienta po EKT

Po výkonu je pacient umístěn na lůžkové oddělení, kde jsou mu při klidu na lůžku po dobu dvou hodin monitorovány fyziologické funkce a celkový stav. Během první půl hodiny po výkonu je u nemocného stále přítomen zdravotník. Jestliže nedojde ke zhoršení stavu, jsou po dobu následujících dvou hodin monitorovány vitální funkce a vědomí každých třicet minut. Pokud se neobjeví komplikace či nežádoucí účinky terapie, je pacientovi po dvou hodinách podána běžná medikace a strava. Následujících dvacet čtyři hodin je nad nemocným prováděn zvýšený dohled (Dohnalová, 2010; Běhounek, 2014).

Veškerá činnost prováděná u pacienta v souvislosti s EKT musí být řádně zaznamenána do zdravotnické dokumentace (Dohnalová, 2010; Běhounek, 2014), která musí vždy obsahovat jméno pacienta, datum a pořadí provedené EKT, věk a hmotnost pacienta, fyziologické funkce před provedením terapie i po provedení. Dále se zaznamenává veškerá medikace, jež byla pacientovi v souvislosti s EKT podána, a to s přesnými dávkami a časem podání. Zaznamenána musí být i aplikace elektrod, délka trvání konvulze a všechny parametry stimulace. Do dokumentace se musí uvádět i výskyt nežádoucích účinků spolu se zápisem jejich kompenzace. Všechny výkony musí být řádně podepsány odpovědným pracovníkem (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Hosák (2007); Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že komplikace vzniklé v důsledku EKT je možné z větší části kompenzovat. V případě, že se u pacienta ihned po výkonu objeví akutní zmatenost, může se dle ordinace lékaře podat midazolam, který by měl tomuto stavu zamezit. Pokud se u nemocného vyskytnou bolesti hlavy, jež mohou vznikat v důsledku nesprávné hloubky anestezie, je třeba na tuto skutečnost upozornit lékaře a po předepsání léků tlumících bolest je pacientovi dle lékařské dokumentace podáváme. Poruchy paměti se mohou částečně kompenzovat užíváním nootropik. Špatnou reakcí organismu pacienta na sukcinylcholin může být prodloužená apnoe. V tomto případě je nutné při další EKT zvolit jiné myorelaxancium.

Aby měl duševně nemocný pacient péči, která mu pomůže docílit plnohodnotného života, je třeba k terapii využít také psychiatrickou rehabilitaci, abychom předcházeli takzvanému sekundárnímu poškození, k němuž může dojít vlivem negativních účinků terapie. O celistvé péči můžeme hovořit, když současně s EKT jakožto biologickou léčbou posilujeme pacientovi kognitivní a sociální dovednosti. Rehabilitační proces má tři fáze – diagnostickou, plánovací a intervenční. Nemocný ji může využívat jak po dobu hospitalizace, tak i ambulantně. Jde o proces resocializace a prevence relapsu komplikací duševního onemocnění. V rámci tréninku sociálních dovedností může nemocný podstoupit ergoterapii, ozdravnou tělesnou výchovu, výukové programy, pasivní i aktivní arteterapii, biblioterapii, muzikoterapii, vodoléčbu a skupinové terapie. Je tedy nutné, aby sestra pečující o pacienta s EKT zvolila vhodnou komunikaci tak, aby jí pacient rozuměl, vhodným způsobem jej aktivizovala, brala v úvahu jeho priority a potřeby. Během této péče není žádoucí na nemocného vyvíjet přílišný nátlak, ale pozvolna jej pozitivně stimulovat k úspěchům. Správná interakce sestry s pacientem je základem pro kvalitní rehabilitaci a resocializaci (Taraba, 2007). Veškerá rehabilitace, ač je důležitá, nikdy

nesmí pacienta přetěžovat. V případě, že zvolíme nepřiměřenou zátěž, může dojít i ke zhoršení stavu klienta a ten může následně k těmto léčebným postupům ztratit důvěru (Kučerová, 2013).

Vhodnou komunikací a spoluprací s klientem je prováděna psychoterapie. Ta má své specifické techniky a směry, avšak již kontakt a rozhovor sestry s nemocným může být jakýmsi základem pro tuto terapii. Při snaze o zlepšení duševního stavu je v psychiatrii velmi důležité verbální i neverbální působení sestry na okolí. Aby docházelo k pozitivnímu vývoji stavu pacienta, je v rámci psychoterapie nejpodstatnější podpořit jej a dodávat mu realistické naděje (Kučerová, 2013).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Následující část práce je směřována k cílům práce a výzkumným otázkám. Cíle vztahující se k tomuto tématu spočívají v popisu specifik práce sestry u pacienta s EKT a zjištění eventuálních rozdílů v této poskytované péči ve vybraných zdravotnických zařízeních. K těmto cílům jsou určeny dvě výzkumné otázky.

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Popsat specifika práce sestry u pacienta s EKT.

Cíl 2. Zjistit eventuální rozdíly v poskytované péči u pacienta s EKT ve vybraných zdravotnických zařízeních.

2.2 Výzkumné otázky

Ke stanoveným cílům byly vybrány tyto výzkumné otázky:

1. Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u pacienta s EKT v jednotlivých zdravotnických zařízeních?
2. Jaké úlohy zastávají sestry u pacienta s EKT ve vybraných zdravotnických zařízeních?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Elektrokonvulzivní terapie- *„Elektrokonvulzivní terapie je komplexní léčebnou metodou, která je i přes všechny pokroky ve farmakoterapii stále neúčinnější a nejrychlejší léčebnou metodou řady psychiatrických onemocnění.“* (Köhler, 2014, s. 19).

Pacient- *„Pacientem je v současné době každá fyzická osoba, které je poskytována zdravotní péče bez ohledu na to, zda se jedná o prevenci, diagnostiku nebo léčení, bez ohledu na to, kým je péče uhrazena, a bez ohledu na pohlaví a věk.“* (Vondráček et al., 2011).

Sestra- *„Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“* (Zákon č. 96/2004 Sb.).

4 METODIKA PRÁCE

4.1 *Použitá metoda sběru dat*

Empirická část bakalářské práce byla tvořena pomocí kvalitativního výzkumného šetření. K tomuto šetření bylo použito metody dotazování, techniky sběru dat polostrukturovaným rozhovorem se sestrami na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici a v psychiatrických nemocnicích, které pečují o pacienty s EKT, a analýzy dokumentů, konkrétně ošetrovatelských standardů zaměřených na ošetrovatelskou péči u pacientů s EKT ve zdravotnických zařízeních, ve kterých probíhal zmíněný rozhovor.

Rozhovor byl tvořen deseti otázkami (Příloha 1) zaměřenými na ošetrovatelskou péči, vzdělání sester, reakce na vzniklé komplikace, schopnosti komunikace a provádění psychoterapie či psychorehabilitace u pacientů.

Sběr dat byl prováděn v březnu roku 2017 na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici se souhlasem hlavní sestry nemocnice a s písemným souhlasem vrchní sestry oddělení a v psychiatrických nemocnicích vždy s písemným souhlasem hlavní sestry zařízení. Sestry si nepřály provádění zvukových záznamů rozhovorů, a záznamy byly tedy prováděny přímou transkripcí. Záznamy z rozhovorů byly následně přepsány do programu Microsoft Office Word a uloženy na CD (Příloha 3). Analýza rozhovorů byla provedena otevřeným kódováním, a to metodou tužka a papír (Příloha 2). Analýzou následně vzniklo 6 kategorií. Rozhovor s každou sestrou trval průměrně deset minut a uskutečnil se samostatně v kanceláři vrchní sestry. Před zahájením rozhovoru byly respondentky z každého zařízení vždy hromadně informovány o anonymitě, důvodu rozhovoru a tématu bakalářské práce.

4.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Kritériem pro výběr respondentek byla aktivní účast při ošetrovatelské péči o pacienta s EKT. Při výběru nebyl brán zřetel na věk či pohlaví. Výzkumný soubor tvořilo 12 sester pracujících v psychiatrických zařízeních. Identifikační údaje respondentek jsou uvedeny v tabulce 1.

První respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R1, vzdělání má vysokoškolské magisterské, má dvacet dva let praxe a pracuje na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici.

Druhá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R2, vzdělání má vysokoškolské bakalářské, má dvacet tři let praxe a pracuje na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici.

Třetí respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R3, vzdělání má vysokoškolské magisterské, má devatenáct let praxe a pracuje na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici.

Čtvrtá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R4, vzdělání má středoškolské s maturitou, má dvacet šest let praxe a pracuje na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici.

Pátá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R5, vzdělání má středoškolské s maturitou, poté psychiatrickou specializaci, má dvacet jedna let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici A.

Šestá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R6, vzdělání má středoškolské s maturitou, má dvacet pět let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici A.

Sedmá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R7, vzdělání má vyšší odborné, má jeden rok praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici A.

Osmá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R8, vzdělání má středoškolské s maturitou, má dvacet dva let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici A.

Devátá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R9, vzdělání má vyšší odborné, má dvacet šest let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici B.

Desátá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R10, vzdělání má středoškolské s maturitou, poté psychiatrickou specializaci, má dvacet tři let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici B.

Jedenáctá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R11, vzdělání má vysokoškolské bakalářské, má pět let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici B.

Dvanáctá respondentka bude ve výsledcích výzkumného šetření označována jako R12, vzdělání má středoškolské s maturitou, poté psychiatrickou specializaci, má dvacet sedm let praxe a pracuje v psychiatrické nemocnici B.

5 VÝSLEDKY

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

Respondentky	Vzdělání	Specializace	Délka praxe	Pracoviště
R1	Vysokoškolské magisterské	Ne	22 let	Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici
R2	Vysokoškolské bakalářské	Ne	23 let	Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici
R3	Vysokoškolské magisterské	Ne	19 let	Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici
R4	Středoškolské s maturitou	Ne	26 let	Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici
R5	Středoškolské s maturitou	Ano	21 let	Psychiatrická nemocnice A
R6	Středoškolské s maturitou	Ne	25 let	Psychiatrická nemocnice A
R7	Vyšší odborné vzdělání	Ne	1 rok	Psychiatrická nemocnice A

R8	Středoškolské s maturitou	Ne	22 let	Psychiatrická nemocnice A
R9	Vyšší odborné vzdělání	Ne	26 let	Psychiatrická nemocnice B
R10	Středoškolské s maturitou	Ano	23 let	Psychiatrická nemocnice B
R11	Vysokoškolské bakalářské	Ne	5 let	Psychiatrická nemocnice B
R12	Středoškolské s maturitou	Ano	27 let	Psychiatrická nemocnice B

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.1 Kategorizace výsledků rozhovorů

Kvalitativním výzkumem formou rozhovorů bylo utvořeno 6 kategorií.

1. Kvalifikace k ošetrovatelské péči u pacienta s EKT
2. Realizace sestry coby edukátorky
3. Úlohy zastávané před výkonem EKT a při něm
4. Výkony prováděné u pacienta po EKT
5. Řešení vzniklých komplikací
6. Aplikace psychoterapie či psychorehabilitace

5.1.1 Kategorie „Kvalifikace k ošetrovatelské péči u pacienta s EKT“

V této kategorii byly v rozhovoru použity otázky zaměřující se na vzdělání sester a absolvované kurzy či školení zaměřené přímo na ošetrovatelskou péči o pacienta s EKT. Z analýzy rozhovorů se sestrami je zřejmé, že většina respondentek neabsolvovala žádný

kurz a velká část ani školení ohledně ošetrovatelské péče o pacienta s touto formou léčby (tab. 2).

Respondentky z akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici R1, R2, R3 a R4 uvedly, že kurz neabsolvovaly, ale každý rok se účastní školení, které je věnováno tomuto tématu. Respondentka R3 na mou otázku, zda absolvovala nějaký kurz zaměřený na ošetrovatelskou péči u pacienta s EKT, odpověděla: *„Kurz přímo ne, ale jsme každoročně proškoleny.“*

V psychiatrické nemocnici A respondentka R5, jež je staniční sestrou oddělení, absolvovala psychiatrické specializační studium, avšak během celé praxe na psychiatrii již nepodstoupila žádný kurz ani školení zaměřené na ošetrovatelskou péči u pacienta s EKT. Sama respondentka R5 uvedla: *„Kurz zaměřený přímo na tu ošetrovatelskou péči jako takovou ne, ale v tom psychiatrickém vzdělávání v Brně je jedno téma, které se věnuje ošetrovatelství u pacientů s elektrokonvulzivní terapií.“* Respondentky R6, R7 a R8 absolvovaly pouze vstupní školení od staniční sestry R5. Respondentka R6 uvedla: *„Přímo kurz ne, ale když jsem nastoupila sem na tohle oddělení, tak jsem měla pohovor se staniční sestrou, která mi dala všechny instrukce a poučila mne, co a jak dělat, jak to probíhá, ta terapie, a všechno k tomu mi řekla.“*

Respondentky R9, R10, R11, R12 z psychiatrické nemocnice B uvedly, že žádný kurz specializovaný na ošetrovatelskou péči u pacienta s EKT neabsolvovaly a školení na toto téma u nich neprobíhá. Respondentky R10 a R12 mají specializaci v psychiatrii. Respondentka R11 uvedla: *„Ne, to tady vůbec neděláme takové školení.“* Respondentka R12 na otázku, zda absolvovala nějaký kurz zaměřený na ošetrovatelskou péči o pacienta s EKT odpověděla: *„Já tady dělám šokovou sestru, ale ne, kurz žádný nemám a školení tady takové neprobíhá. Já mám vlastně jenom 27 let praxe přímo u těch šoků.“*

Tabulka 2 Přehled v kategorii „Kvalifikace k ošetrovatelské péči u pacienta s EKT“

	Respondentky	Specializace v psychiatrii	Absolvování kurzu ošetrovatelské péče u pacienta s EKT	Absolvování školení v rámci oddělení
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	R1	NE	NE	ANO, jednou ročně
	R2	NE	NE	ANO, jednou ročně
	R3	NE	NE	ANO, jednou ročně
	R4	NE	NE	ANO, jednou ročně
Psychiatrická nemocnice A	R5	ANO	NE	NE
	R6	NE	NE	ANO, při nástupu
	R7	NE	NE	ANO, při nástupu
	R8	NE	NE	ANO, při nástupu
Psychiatrická nemocnice B	R9	NE	NE	NE
	R10	ANO	NE	NE
	R11	NE	NE	NE
	R12	ANO	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.1.2 Kategorie „Realizace sestry coby edukátorky“

V této kategorii byly analyzovány odpovědi na otázky zaměřené především na schopnosti sestry edukovat a podpořit pacienta v oblasti ošetřování nemocného s EKT. Dotazy na toto téma bylo zjištěno, že ve většině případů sestra pacienta aktivně sama needukuje a přenechává veškeré předávání informací na lékaři (tab. 3). Většina respondentek uvedla opakování informací po lékaři pacientům, kteří sami aktivně vnesou dotaz na sestru. Některé respondentky pak informují pacienta ohledně přípravy před výkonem. K duševní přípravě respondentky rovněž přistupují převážně pouze na žádost nemocného. Některé respondentky uvedly, že edukaci i duševní přípravu přenechávají plně na lékaři.

Respondentky R1, R2, R3, R4 z akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici uvedly, že edukaci pacienta provádí až po lékaři, který podá pacientovi veškeré informace. Respondentky R2 a R4 uvedly, že sesterská edukace zde spočívá z větší části v opakování informací či vysvětlení nejasností pacientovi, který si aktivně zažádá u sester o dodání informací. Respondentky R1, R3 edukují pacienty převážně o přípravě před výkonem. Respondentka R3 odpověděla takto: *„Edukaci, co se týká výkonu jako takového, provádí lékař a my pacienta právě edukujeme ohledně lačnosti a přípravy před výkonem.“* Duševní příprava a podpora pacienta probíhá formou zvýšené komunikace s pacientem. Dle R3 se uskutečňuje podpora pacienta takto: *„Tak snažíme se o to. Bezprostředně před výkonem stálá přítomnost personálu u toho pacienta, vše mu říkáme, co ho čeká, aby měl dostatek informací, aby nebyl v nejistotě a věděl, co všechno se bude dít. Říkáme mu, proč umístíme svody, proč mu provádíme EKG, EEG a tak dále.“*

V psychiatrické nemocnici A respondentky R5, R6, R8 uváděly edukaci pacienta v rámci přípravy před výkonem. Respondenta R8 uvedla: „*My ho poučíme den předem o tom, kdy tam půjde, že bude lačný, a potom ráno měříme fyziologické funkce, také mu řekneme, že ho budeme budít dřív, abychom to měly připravené a tak. Večer předem jim všechno připomeneme, aby na něco nezapomněli, aby pamatovali na to lačnění a potom nevznikly komplikace.*“ Respondentka R7 odpověděla „*Veškerý dotazy nebo tak směřujeme na lékaře, protože my nemáme kompetence, abychom ho nějak poučovaly. Pacientovi řekneme, že když se něco bude dít, tak se na nás může kdykoliv obrátit a my to řekneme paní doktorce a ta to už bude nějak řešit.*“ Duševní přípravu pacienta respondentky R5, R6 a R8 řeší pohovorem s nemocným, a to většinou ve spolupráci s lékařem. Respondentka R8 uvedla: „*Rozhovorem, že mu všechno vysvětlíme a komunikujeme s ním, když se bojí.*“ Respondentka R7 duševní podporu přenechává plně na lékařích.

Při dotazování respondentek R9, R10, R11 a R12 z psychiatrické nemocnice B odpovídaly sestry totožně, že edukaci provádí lékař a ony podávají informace pouze týkající se anestezie, nutnosti být nalačno a zákazu kouření. Respondentka R9 uvedla: „*Edukaci provádí výhradně lékař, sestry potom edukují těsně před výkonem o anestezii.*“ Duševní příprava pacienta je dle R9 také v kompetenci lékaře. Respondentka R10 uvádí: „*To zas naopak my děláme, snažíme se je slovně podpořit a vysvětlit dotazy.*“ Respondentka R11 odpověděla, že duševní přípravu řeší lékaři, avšak pokud je pacient stále nejistý, může přijít i za sestrou. Respondentka R12 uvedla: „*Tak stává se, že za námi pacienti chodí ptát se. Pro nás není problém, abychom je zavedly i do té EKT místnosti, ukážeme jim ty přístroje, lékař jim ten výkon popíše a vysvětlí jim vše, co potřebují nebo chtějí vědět.*“

Tabulka 3 Přehled v kategorii „Realizace sestry coby edukátorky“

	Respondentky	Aktivní podílení se na edukaci pacienta	Duševní podpora pacienta
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	R1	ANO	ANO
	R2	NE	ANO
	R3	ANO	ANO
	R4	NE	ANO
Psychiatrická nemocnice A	R5	ANO	ANO
	R6	ANO	ANO
	R7	NE	NE
	R8	ANO	ANO
Psychiatrická nemocnice B	R9	NE	ANO
	R10	NE	ANO
	R11	NE	ANO
	R12	NE	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.1.3 Kategorie „Úlohy zastávané před výkonem EKT a při něm“

Tato kategorie byla zpracována analýzou otázek z rozhovoru, které se zaměřují na konkrétní úlohy sestry u pacienta před výkonem a při výkonu (tab. 4). Z odpovědí respondentek vyplývá, že příprava pacienta na výkon je z velké části tvořena komunikací s pacientem a striktním plněním ošetrovatelských standardů, směrnic a ordinací lékaře. Při výkonu jsou úlohy respondentek rozdílné.

Na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici se respondentky R1, R3 a R4 shodují v úlohách před výkonem na plnění lékařských ordinací, komunikaci s pacientem, poučení o nutnosti být nalačno, odstranění šperků, zubních protéz atd., dále zajišťují vhodný oděv, hygienu, aplikaci premedikace. Respondentka R1 uvádí: *„Před tím výkonem provádíme samozřejmě to, co je ordinováno. Odběry, poučení a hlídání, aby byl lačný, aby měl umytou hlavu, ráno dohlédneme na hygienu, aby se ten pacient nenapil, změříme tlak, aplikujeme atropin a samozřejmě komunikujeme s nemocným a snažíme se, aby nebyl úzkostný.“* Dle respondentky R2 je nejdůležitější hlídání, zda je pacient před výkonem nalačno. Při samotném výkonu se respondentky R1, R2, R3 a R4 starají o bezpečnost pacienta, jeho přidržení při elektrokonvulzi, monitoraci fyziologických funkcí atd. Respondentka R3 uvádí: *„Přípravou pacienta je jeho napojení na EKG, EEG, zajištění roubíku do úst a přímo při té elektrokonvulzi je naší starostí bezpečnost pacienta, což znamená, že jej držíme, aby se nezranil.“*

Respondentky R5, R6, R7, R8 z psychiatrické nemocnice A udávají před výkonem nutnost poučení pacienta, podepsání informovaného souhlasu, kontrolu fyziologických funkcí, hmotnost pacienta, nutnost být nalačno, EKG, zařízení interního vyšetření a poté zajištění přípravy pacienta na operační výkon. Respondentka R5 uvádí: *„Péče o pacienta znamená, že jej edukujeme, potom podepisuje informované souhlasy, které mu nachystá lékař, a potom když pacient má otázky, tak mu o tom výkonu všechno řekneme, změříme mu tlak, pulz, zvážíme jej a potřebujeme vědět také výšku pacienta. Měl by být vyprázdněn, od půlnoci ho edukujeme, že nesmí jíst, nesmí pít, nesmí kouřit, a pokud nedokáže toto vše dodržet, tak ho musíme izolovat nebo hlídat, dát ho třeba na pokoj diferencované péče, kde ho sledujeme a monitorujeme.“* Při výkonu zastávají respondentky R6, R7 a R8 úlohu zajištění bezpečnosti pacienta. Sestra R5 jakožto specializovaná odpověděla na otázku, jakou úlohu zastává při výkonu, takto: *„Zastávám úlohu jako sestra, to znamená, že ráno připravím přístroje veškeré, které jsou za potřebí,*

u pacientů aplikuji premedikaci a čekám s pomocným personálem s pacienty dole, než přijde lékař. “ Respondentka R7 uvedla jako svou odpověď: „No, tak když to řeknu jakoby laicky, tak držím vlastně nohy, protože sestřička staniční a ostatní, co jsou k tomu erudovaný, tak podávají nitrožilně léky a podobně a já teda asistuju při tom výkonu, kdy dochází k tomu epileptickému šoku, a potom měřím tlaky. A jsem tam do konce s pacientem, než si jej převezmou na jeho oddělení. “

V psychiatrické nemocnici B odpovídaly respondentky R9, R10, R11 a R12 na otázku, jaké zastávají úlohy před výkonem, téměř totožně a odkazovaly se na směrnice EKT. Respondentka R11 uvedla: *„No podle směrnic tu přípravu děláme, to lačnění hlídáme a vhodný oděv, ale jinak nic extra. “* Odpověď respondentky R12 zněla: *„Tak příprava je jako na jiný výkon v celkové anestezii, lékař poučí a my převlečeme, sundáme šperky, hodinky. Zuby, umyjeme vlasy, řekneme, aby byl vymočený, vyprázdněný. Dohlédneme na správný oděv. Kanyla se zavádí přímo v té EKT místnosti. “* Při dotazu na jejich úlohy při výkonu R9, R10 a R11 vypověděly, že na nich spočívá převážně zajištění bezpečnosti pacienta a lékařům asistuje sestra vyčleněná na EKT. Respondentka R9 uvedla: *„To je zase podle směrnic. Tady na to máme vyčleněnou sestřičku, která při těch elektrokonvulzích asistuje lékařům, a my potom toho pacienta třeba přidržujeme. “* Respondentka R12 jakožto sestra konkrétně vyčleněná na asistenci při EKT odpověděla takto: *„Asistuji lékařům, zavádím kanyly, podávám myorelaxanc a podle anesteziologa anestetikum. Dám mu roubík, držím ústa při křečích. A po výkonu si s anesteziologem pacienta hlídáme. “*

Tabulka 4 Přehled v kategorii „Úlohy zastávané před výkonem EKT a při něm“

	Respondentky	Aktivně se zapojuje do ošetrovatelské péče před EKT	Při EKT asistuje lékaři a aktivně vykonává jeho intervence	Při EKT zajišťuje bezpečnost pacienta
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	R1	ANO	ANO	ANO
	R2	ANO	ANO	ANO
	R3	ANO	ANO	ANO
	R4	ANO	ANO	ANO
Psychiatrická nemocnice A	R5	ANO	ANO	ANO
	R6	ANO	NE	ANO
	R7	ANO	NE	ANO
	R8	ANO	NE	ANO
Psychiatrická nemocnice B	R9	ANO	NE	ANO
	R10	ANO	NE	ANO
	R11	ANO	NE	ANO
	R12	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.1.4 Kategorie „Výkony prováděné u pacienta po EKT“

Tato kategorie byla utvořena z výzkumných otázek zaměřených na ošetrovatelskou péči u pacienta po EKT. Bylo zjištěno, že v jednotlivých zařízeních se liší jak doba monitorování pacienta po výkonu, tak i úlohy sester (tab. 5).

Při výzkumném šetření na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici se respondentky R1, R2, R3, R4 vyjádřily většinou podobně, a to tak, že pacienty po výkonu EKT nepřetržitě monitorují a v pravidelných patnáctiminutových intervalech mu kontrolují fyziologické funkce. Respondentka R3 odpověděla: *„Po výkonu je pacient dvě hodiny intenzivně sledován za stálé přítomnosti personálu, sledujeme vědomí pacienta, sledujeme fyziologické funkce, máme pacienta napojeného na oxymetru. Většinou je to měření funkcí po patnácti minutách.“* Respondentka R2 vypověděla, že pro monitoraci pacienta po výkonu mají vždy vyčleněnu jednu sestru. Celá odpověď R2 zní: *„Tak pacient je monitorovaný, teď to máme udělané tak, že máme sestřičku vyčleněnou na to, aby ho hlídala a měřila tlaky, dýchání, prostě celkový stav. To sledování trvá tak dvě hodinky. No pak zase samozřejmě podáme jídlo a tabletky.“* Respondentky R1 a R2 se zmínily, že podávání stravy, tekutin a léků je pacientům umožněno až po době stanovené pro kontinuální monitoraci vitálních funkcí. Konkrétně respondentka R1 vypověděla: *„Hlídnají se, monitorují fyziologické funkce, glass gow a pacienta zase zklidníme, aby zůstal ležet v případě, že je tam nějaký neklid, kontrolujeme, aby se nenapil, nenajedl po tu dobu těch dvou až tří hodin a pořád máme nad ním dohled, máme ho pod kamerou nebo u něj někdo sedí.“*

V psychiatrické nemocnici A byly rozhovorem s respondentkami R5, R6, R7 a R8 získány tyto informace: v tomto zařízení probíhá dle respondentek monitorace vitálních funkcí pacienta po dobu šedesáti minut, a to vyčleněnou sestrou na pokoji diferencované péče. Respondentka R5 odpověděla na otázku, co vykonává u pacienta v rámci ošetrovatelské péče po EKT, takto: *„Po výkonu u pacientů vlastně zůstává sestřička z oddělení a měříme základní fyziologické funkce, měříme tlak, pulz, saturaci, vědomí, a to celou hodinu. Když ho přivezeme na ten pokoj diferencované péče, změříme mu tlak a potom třikrát po deseti minutách a dvakrát po čtvrt hodině měříme znovu. A když je vše v pořádku, tak pacienta převážíme zpět na oddělení.“* Respondentky R6 a R8 do své odpovědi zahrnuly také zápis do dokumentace

a respondentka R8 se zmínila o podání stravy dle stavu nemocného po lhůtě stanovené pro monitoraci vitálních funkcí na pokoji diferencované péče. Konkrétní odpověď R8 zní: *„Sledují se fyziologické funkce, tedy tlak, pulz, saturace a zapisuje se to do takových formulářů, kde píše anesteziolog, a my tam máme kolonku, kde zapisujeme ty hodnoty. A měří se 3krát po deseti minutách a potom 2krát po patnácti minutách, takže přesně hodinu. A potom se odvázejí na oddělení, kde dostanou snídani a podle toho, jak se cítí, odpočívají.“* Respondentka R7 uvedla podání tekutin, stravy a analgetik již v době monitorace pacienta po výkonu, její odpověď zní: *„Pacienta vlastně transportujeme na jeho oddělení a většinou se podávají tekutiny, podá se snídane, ten den jsou v klidovém režimu, můžou se použít nějaká analgetika, protože často pacienti potom bolí hlava, měříme tlaky a tak.“*

Respondentky R9, R10, R11 a R12 z psychiatrické nemocnice B ve svých odpovědích uváděly, že na péči o pacienta po výkonu EKT mají speciální sestru, a to konkrétně R12, která pacienty monitoruje po dobu jedné hodiny na pokoji určeném pro tuto péči. Respondentka R11 vypověděla, že pacient se na oddělení vrátí až po ukončení období monitorace vitálních funkcí, sestry mu zde podají medikaci a dle stavu i stravu. Odpověď respondentky R10: *„Tak na tom speciálním pokoji se mu hlídají FF, ale to zase dělá ta šoková sestra a potom, co přijede na oddělení zpět, tak je nad ním zvýšený dohled.“* Respondentka R12, jež je vyčleněnou sestrou pro monitoraci pacienta ihned po výkonu, uvedla: *„Kontrolujeme vědomí, fyziologické funkce tu saturaci a potom taky vedu dokumentaci. U mě je ten pacient na pokoji po EKT tak tu hodinu, pokud lékař neurčí jinak, a poté si ho odvezou na oddělení.“*

Tabulka 5 Přehled v kategorii „Výkony prováděné u pacienta po EKT“

	Respondentky	Podílí se na monitorování pacienta ihned po výkonu EKT v místnosti k tomu určené	Podílí se na ošetrovatelské péči po EKT na oddělení
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	R1	ANO	ANO
	R2	ANO	ANO
	R3	ANO	ANO
	R4	ANO	ANO
Psychiatrická nemocnice A	R5	ANO	ANO
	R6	ANO	ANO
	R7	ANO	ANO
	R8	ANO	ANO
Psychiatrická nemocnice B	R9	NE	ANO
	R10	NE	ANO
	R11	NE	ANO
	R12	ANO	NE

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.1.5 Kategorie „Řešení vzniklých komplikací“

Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí respondentek na otázku, jakým způsobem řeší vzniklé komplikace. Z analýzy je patrné, že jednotlivá pracoviště mají specifické postupy řešení komplikací (tab. 6).

Respondentky R1, R2, R3 a R4 z akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici odpověděly, že většinu komplikací řeší ve spolupráci s lékařem. Respondentka R1 uvedla, že se snaží pacienty edukovat o předcházení vzniku některých komplikací již před výkonem. Její odpověď zněla: *„Tak my se snažíme ty pacienty poučit už před tím výkonem, že když je teda nějaká komplikace, jako že by je třeba bolela hlava, tak se musí potom hodně napít a dodržovat klidový režim. A když ty komplikace vzniknou, tak je řešíme dle ordinace lékaře třeba analgetiky, také je poučujeme o možném vzniku poruch paměti.“* Respondentka R3 se zajímá o komplikace akutní i dlouhodobé: *„No, co se týká komplikací, tak pokud jsou spojený s anestetikem, jako je zvracení a bolesti hlavy, tak se staráme o to zvracení a snažíme se zajistit analgetika na bolesti hlavy. Co se týká těch dlouhodobějších komplikací samotného EKT, což jsou hlavně poruchy paměti, tak tam jsou spíše intervence lékaře. My pacienta zklidňujeme, protože bezprostředně po tom EKT má výrazné poruchy paměti, a snažíme se, aby odpočíval, a ujišťujeme ho, že ta paměť se vrátí.“*

V psychiatrické nemocnici A odpovídaly respondentky R6, R7 a R8 podobně. Komplikace řeší pouze plněním ordinací lékaře, samostatně nic nevykonávají. Respondentka R6 odpověděla: *„Samozřejmě je řešíme po domluvě s panem doktorem a podle toho, co ten lékař rozhodne, tak konáme.“* Respondentka R5 pak uvedla: *„Komplikace jako takové my nijak neřešíme, protože žádné nemáme nebo jenom minimum. Spíš se tam jedná o vyšší tlak, tam vlastně lékař eventuálně ordinuje nějaká antihypertenziva anebo se aplikují přímo na místě léky na snížení krevního tlaku. A pokud ten pacient je hypertonik, tak se ty léky dávají předem, před narkózou v těch 6 hodin zapít malým množstvím vody.“*

Řešení vzniklých komplikací v psychiatrické nemocnici B u respondentek R9, R10, R11 a R12 vypadá dle jejich odpovědí následovně: všechny respondentky vypověděly, že komplikace řeší přivoláním lékaře, respondentka R10 uvedla, že nejčastěji řeší spíše komplikace týkající se komfortu pacienta. Její odpověď zněla: *„Při šoku jako takovém, když vzniknou komplikace, tak na to tady máme takový číselný kód a ten se potom zapisuje*

do dokumentace. Ale tohle opět řeší lékaři. Jinak pro nás komplikace, které řešíme, jsou spíše takové ty slepené vlasy od gelu atd., takže jde spíše o komfort toho pacienta, to mu vlasy umyjeme, odstraníme ty nalepené svody atd., což se ale nedá úplně nazvat komplikacemi jako takovými.“ Respondentky R9, R11 a R12 uvedly dokumentaci vzniku komplikací pomocí číselného kódu. Respondentka R12 uvedla: „To řeší lékaři podle toho, co se stane. Tady máme takovou stupnici a podle toho, co za komplikaci vznikne, tak takové číslo se zapíše do dokumentace.“

Tabulka 6 Přehled v kategorii „Řešení vzniklých komplikací“

	Respondentky	Některé komplikace řeší samostatně	Komplikace řeší ve spolupráci s lékařem	Komplikace řeší pouze lékař
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	R1	ANO	ANO	NE
	R2	NE	ANO	NE
	R3	ANO	ANO	NE
	R4	NE	ANO	NE
Psychiatrická nemocnice A	R5	NE	NE	ANO
	R6	NE	NE	ANO
	R7	NE	NE	ANO
	R8	NE	NE	ANO
Psychiatrická nemocnice B	R9	NE	NE	ANO
	R10	NE	NE	ANO
	R11	NE	NE	ANO
	R12	NE	NE	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.1.6 Kategorie „Aplikace psychoterapie či psychorehabilitace“

Tato kategorie byla vytvořena využitím odpovědí sester na otázku, zda provádí u pacientů v rámci dlouhodobé ošetrovatelské péče po EKT psychoterapii či psychorehabilitaci. Na tuto otázku odpovídaly skupiny respondentek v každém psychiatrickém zařízení rozdílně (tab. 7).

Respondentky R1, R2 z akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici uvedly spolupráci se stacionářem a využívání různých metod ergoterapie. Odpověď respondentky R2: *„Nějaká psychoterapeutická podpora je určitě nutná, protože oni mají poruchy paměti a ne všichni je dobře nesou, takže ta podpora je důležitá. Jsou zapojeny nějaký ty křížovky na cvičení paměti, nebo jim seženeme, co mají rádi, třeba když luští sudoku, a taky spolupracujeme se stacionářem, kde jim dají skládat nějaký puzzle nebo kartičky. Ta paměť se docela trénuje.“* Naopak respondentky R3 a R4 odpovídaly, že psychoterapii ani psychorehabilitaci není možné provádět. Odpověď respondentky R3 zněla: *„Nene, neaplikujeme, protože v tomhleto stavu většinou pacient není schopen přijmout žádné psychoterapeutické nebo psychorehabilitační záležitosti. Takže ne.“*

V psychiatrické nemocnici A byly odpovědi respondentek R5, R6, R7, R8 téměř totožné. Většina vypovídala, že ani psychoterapii ani psychorehabilitaci neprovádějí, ale vedou s pacienty pohovory. Respondentka R5 uvedla: *„Neaplikujeme, všechno je formou takového pohovoru s tou sestrou, anebo pokud pacient má potom nějaký dotaz, tak si může promluvit s lékařem. Takže žádný prvky psychoterapie neaplikujeme.“* Respondentka R8 odpověděla: *„Já myslím, že jenom ty pohovory, a to s paní doktorkou nebo i s námi hovoří o tom, jak se cítí. A máme tady paní psycholožku, takže i s ní komunikují, když mají nějaké špatné pocity a tak.“*

V psychiatrické nemocnici B respondentky R9, R10, R11 a R12 uváděly podobné odpovědi. Psychoterapii a psychorehabilitaci na pacienty v rámci ošetrovatelské péče po EKT aplikují, a to v různých formách. Odpověď respondentky R9 zněla: *„Ano, dělá se tady všelijaká ta ergoterapie, skupiny, kde se pacienti učí zvládat situace, autogenní tréninky atd.“* Respondentka R11 uvedla: *„Tak samozřejmě. Ti pacienti mají poruchy kognitivních funkcí, takže ty terapie jim potom doporučujeme. Tady si můžou vybrat z toho, co je zajímavá nebo baví. Bud' třeba aktivně nějakou pracovní terapii, nebo nějaké sezení a tak.“*

Tabulka 7 Přehled v kategorii „Aplikace psychoterapie či psychorehabilitace“

	Respondentky	Provádění psychoterapie či psychorehabilitace
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	R1	ANO
	R2	ANO
	R3	NE
	R4	NE
Psychiatrická nemocnice A	R5	NE
	R6	NE
	R7	NE
	R8	NE
Psychiatrická nemocnice B	R9	ANO
	R10	ANO
	R11	ANO
	R12	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.2 Kategorizace výsledků analýzy dokumentů

Při analýze dokumentů bylo utvořeno 5 kategorií.

1. Příkázaná školení či kurzy sester pečujících o pacienty s EKT
2. Úlohy sestry před výkonem EKT
3. Role sestry během EKT
4. Péče sestry o pacienta po EKT
5. Dokumentace

5.2.1 Kategorie „Příkázaná školení či kurzy sester pečujících o pacienty s EKT“

Kategorie byla zpracována analýzou dokumentů, a to konkrétně ošetrovatelských standardů a směrnic pro EKT. V dokumentech byly hledány informace týkající se nutného vzdělání sester, jež pečují o pacienty s EKT (tab. 8).

Z ošetrovatelského standardu akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici bylo zjištěno, že sestry musí jednou ročně absolvovat školení péče o pacienta před výkonem, při něm a po EKT.

V ošetrovatelském standardu psychiatrické nemocnice A není uvedeno, zda sestry pečující o pacienta s EKT musí absolvovat speciální kurzy či školení zaměřené na péči o nemocného s touto terapií. V dokumentu jsou uvedeny jako kompetentní: všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a ošetrovatelský personál.

Směrnice EKT psychiatrické nemocnice B určené pro lékaře, všeobecné sestry a zdravotnické asistenty neobsahují informace o školeních či kurzech zaměřených na ošetrovatelskou péči u pacientů s EKT, avšak u výkonů uvádí činnosti striktně určené pro všeobecné sestry.

Tabulka 8 Přehled v kategorii „Příkázaná školení či kurzy sester pečujících o pacienty s EKT“

	Školení ošetrovatelské péče u pacienta s EKT	Kurz ošetrovatelské péče u pacienta s EKT
Akutní psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici	ANO	NE
Psychiatrická nemocnice A	NE	NE
Psychiatrická nemocnice	NE	NE

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017

5.2.2 Kategorie „Úlohy sestry před výkonem EKT“

Tato kategorie byla zpracována analýzou obsahu dokumentů určujících povinnosti sestry u pacienta s EKT. Dokumenty popisovaly péči velmi podobně, avšak některé byly o poznání konkrétnější.

Ošetrovatelský standard akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici je v popisování úloh sestry před EKT velmi podrobný. Péče o nemocného před výkonem zahrnuje odběry biologického materiálu k laboratornímu vyšetření, interní vyšetření, oční vyšetření, zajištění přítomnosti pracovníků anesteziologicko-resuscitační péče při výkonu, hygienu vlasů a dle ordinace lékaře také sestra zajistí vyšetření pacienta stomatologem, neurologem a podá předepsanou premedikaci.

Psychiatrická nemocnice A uvádí ve svém ošetrovatelském standardu vykonávání intervencí v oblasti informování příslušného oddělení o nově příchozím pacientovi, nakládání se zdravotnickou dokumentací, získání souhlasu nemocného s výkonem, aplikace antikoagulancií, odběr biologického materiálu na laboratorní vyšetření, dohled nad nutností být nalačno, podávání ranní medikace a záznam o jejím případném užití, psychotherapeutický pohovor, monitorace fyziologických funkcí, vážení pacienta, zavedení periferního žilního katetru, hygiena nemocného a vhodná úprava včetně

odstranění nevhodných předmětů, péče o rány, péče o dutinu ústní, zajištění vyprázdnění a uložení nemocného, opětovná kontrola nevhodných předmětů na těle pacienta, zajištění interního vyšetření, péče o nasogastrickou sondu.

Ze směrnic psychiatrické nemocnice B byly analýzou získány následující informace. Sestry jsou povinny v rámci ošetrovatelské péče před výkonem zajistit ranní medikaci a dohlédnout na vyprázdnění nemocného a na to, aby byl nalačno. Dále uvádí hygienu pacienta, zvláštní péči o dutinu ústní a odstranění všech nevhodných předmětů, ošetření ran, zajištění vhodného oděvu, monitoraci fyziologických funkcí a vedení zdravotnické dokumentace.

5.2.3 Kategorie „Role sestry během EKT“

V této kategorii byla při analýze dokumentů pozornost zaměřena na stanovené úlohy sestry, která asistuje při výkonu EKT, a to v konkrétních psychiatrických zařízeních.

Analýza ošetrovatelského standardu akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici v kapitole zaměřené na postup ošetrovatelské péče během výkonu odhalila zaměření na funkci sestry bezprostředně před výkonem i při samotném výkonu. Byly zde popsány tyto činnosti: podání ranní medikace, aplikace inzulínu, zbavení pacienta kovových předmětů, vyjmutí kontaktních čoček, nutnost péče o pacienta, aby byl nalačno a vyprázdnil se, odstranění zubní protézy, zavedení periferního žilního katetru, aplikace premedikace, monitoring fyziologických funkcí, hygiena a aplikace vodivého gelu na čelo a spánky, aplikace elektrod, použití rouбіku, po provedení EKT okamžitě odstranění elektrod, očista čela a spánků, správné uložení pacienta a jeho transport.

Ošetrovatelský standard psychiatrické nemocnice A popisuje péči o pacienta velmi stručně. V řízeném dokumentu, který je přiložen k ošetrovatelskému standardu, bylo analýzou zjištěno, že sestry zahrnuté celkově do ošetrovatelského personálu zajišťují bezpečnost pacienta při EKT a provádějí kontrolu, zda nedošlo k poranění.

Analýzou dokumentů psychiatrické nemocnice B bylo zjištěno, že sestry při EKT mají za úkol přípravu pomůcek, dokumentace a lůžka. Dále mají na starosti přípravu intravenózních léčiv, zapojení přístroje pro odsávání tekutiny z dýchacích cest a tzv. křísícího přístroje a zajištění vhodné polohy pacienta.

5.2.4 Kategorie „Péče sestry o pacienta po EKT“

V této kategorii byly analyzovány ošetrovatelské standardy a směrnice, ve kterých byly vyhledávány informace o úkonech sestry při péči o pacienta po výkonu.

Analýza dokumentů akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici popisuje povinnosti sester, jako je uložení pacienta a jeho transport, monitoring pacienta, podání medikace, stravy a zanesení získaných informací o pacientovi týkajících se uplynulé terapie do dokumentace.

Při analýze dokumentů bylo zjištěno, že v psychiatrické nemocnici A spadá do úloh sester, začleněných v příloze ošetrovatelského standardu do pojmu ošetrovatelský personál transport pacienta po výkonu, kontrola jeho životních funkcí, podání informací lékaři, poskytnutí první pomoci a vedení dokumentace.

Díky analýze směrnic psychiatrické nemocnice B bylo zjištěno, že sestry mají za povinnost po výkonu sledování celkového stavu pacienta po dobu šedesáti minut a vedení dokumentace. Hodnoty fyziologických funkcí zaznamenané během šedesáti minut stanovených pro monitoring celkového stavu pacienta zapisují do protokolu EKT. V případě potřeby zahájí kardiopulmonální resuscitaci. Dále zajišťují transport pacienta na oddělení, medikaci, stravu, odpočinek nemocného. Do kompetencí sestry spadá také úklid EKT sálu a příprava pomůcek či přístrojů na další použití.

5.2.5 Kategorie „Dokumentace“

Tato kategorie byla zpracována pomocí analýzy jednotlivých dokumentů z pracovišť psychiatrie. V dokumentech byly zjišťovány informace o tom, jak sestry pracují se zdravotnickou dokumentací.

Práce se zdravotnickou dokumentací na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici je popsána v ošetrovatelském standardu následovně: po terapii je sestra povinna zaznamenávat do dokumentace jakékoliv změny zdravotního stavu nemocného, jeho pocity a fyziologické hodnoty. Ošetrovatelský standard zde pojednává o nutnosti práce se zdravotnickou dokumentací v souvislosti s EKT dle nemocniční vyhlášky, jež je v dokumentu uvedena.

Z analýzy dokumentů psychiatrické nemocnice A byly zjištěny informace o práci se zdravotnickou dokumentací. Sestry jsou povinny zajistit pacientovu zdravotnickou

dokumentaci již při jeho přípravě na výkon. Dále do dokumentace zaznamenávají podanou medikaci před výkonem, zanáší výsledky měření fyziologických funkcí, glykemie, hmotnost pacienta a průběh psychoterapeutického rozhovoru. Sestra musí uvést také případné zavedení periferního žilního katetru a využití heparinové zátky.

Vedení zdravotnické dokumentace sestrou je ve směrnících psychiatrické nemocnice B popsáno takto: sestra v rámci ošetrovatelské péče před EKT do zdravotnické dokumentace uvádí hodnoty fyziologických funkcí, hmotnost pacienta a číslo série EKT. Součástí zdravotnické dokumentace je protokol o EKT, do nějž sestra uvádí hodnoty fyziologických funkcí a jiných měření při ošetrovatelské péči po EKT.

6 Diskuze

Pro empirickou část práce byly vytvořeny tyto cíle: popsat specifika práce sestry u pacienta s EKT a zjistit eventuální rozdíly v poskytované péči u pacienta s EKT ve vybraných zdravotnických zařízeních poskytujících psychiatrickou péči. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány otevřeným kódováním metodou tužka a papír, při kterém vzniklo šest kategorií z analýzy polostrukturovaných rozhovorů a pět kategorií z analýzy dokumentů.

První kategorie analýzy rozhovorů se nazývá „Kvalifikace k ošetrovatelské péči u pacienta s EKT“ a jejím cílem bylo zmapovat odbornou úroveň a kompetence sester, které pracují s pacienty, jimž byla tato terapie ordinována. S touto kategorií souvisí kategorie analýzy dokumentů nazvaná „Přikázaná školení či kurzy sester pečujících o pacienty s EKT“, jejímž cílem bylo zmapovat nároky vedení psychiatrických zařízení na odborné vzdělání sester v oblasti ošetrovatelské péče u nemocného s EKT. Rozhovorem byly sestry přímo dotazovány na vzdělání a prodělané kurzy či školení zaměřené na péči o pacienta s EKT. Výsledky byly při srovnání jednotlivých psychiatrických zařízení různorodé, avšak všechny sestry se shodly, že nikdy neabsolvovaly žádný kurz, jenž by je měl poučit o správné ošetrovatelské péči o pacienta s EKT. Dotazované sestry psychiatrického oddělení byly až na jednu respondentku vysokoškolsky vzdělané a všechny uvedly, že pravidelně jednou ročně absolvují v rámci oddělení školení, které je zaměřeno na úlohy sestry u pacienta s EKT. Žádná z dotazovaných respondentek pracujících na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici nemá specializaci pro práci v psychiatrii. Odpovědi respondentek R1, R2, R3 a R4 jsou v souladu s ošetrovatelským standardem, v němž bylo analýzou zjištěno, že sestry jsou povinny v tomto zařízení jednou ročně absolvovat školení zaměřené na ošetrovatelství u pacienta před výkonem a při a po výkonu EKT. V psychiatrické nemocnici A jsou respondenty se středoškolským vzděláním s maturitou, R7 je absolventkou vyšší odborné školy. Dotazované sestry uvedly, že absolvovaly nástupní školení se staniční sestrou, R5, která sama školení ani kurz zaměřený na ošetrovatelskou péči u pacienta s EKT neabsolvovala, má vystudované psychiatrické specializační studium, ve kterém dle její výpovědi, poučení o této péči bylo obsaženo. Ostatní respondenty z tohoto zařízení specializační studium nemají. Analýzou dokumentů, tedy ošetrovatelských standardů z psychiatrické nemocnice A, bylo zjištěno,

že na sestry zde pracující a pečující o pacienty, kteří podstupují tyto terapie, nejsou kladeny požadavky ve formě docházení na kurzy či školení ohledně péče o nemocné s EKT. Výzkumným šetřením formou rozhovoru v psychiatrické nemocnici B bylo zjištěno, že z dotazovaných sester mají dvě vzdělání středoškolské s maturitou, jedna absolvovala vyšší odbornou školu a jedna sestra má vzdělání vysokoškolské bakalářské. Obě respondentky, jejichž vzdělání je středoškolské, absolvovaly psychiatrické specializační studium. Ostatní sestry nikoli. Respondentky R9, R10, R11 a R12 se shodly, že kurzy ani školení ošetrovatelské péče u pacienta s EKT nikdy neabsolvovaly a v jejich zařízení dle výpovědí respondentek ani žádná školení na toto téma neprobíhají. Analýzou směrnic bylo zjištěno, že v tomto zařízení, stejně jako v psychiatrické nemocnici A, není pro sestry pracující zde a pečující o tyto pacienty nutné proškolení v ošetrovatelské péči u pacienta s EKT. Dohnalová (2010) však uvádí, že pro kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienty s EKT je nutné, aby ošetrovatelský personál, který se podílí na této péči, byl jednou ročně v této oblasti proškolen. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádějí, že k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče u pacienta s EKT je neodmyslitelně nutné proškolení ošetrovatelský personál kompetentním odborníkem.

Druhá kategorie byla nazvána „Realizace sestry coby edukátorky“ a byly v ní respondentkám pokládány otázky směřované na poučení pacienta o výkonu EKT a schopnosti zmírnit jeho obavy z něj. Otázky byly sestram pokládány formou polostrukturovaného rozhovoru a z následné analýzy jejich odpovědí je možné provést srovnání vybraných psychiatrických zařízení, která kladou při edukaci pacienta důraz na jiné informace a k duševní přípravě přistupují také rozdílně. Na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici se dle výpovědí respondentek aktivně edukace sestry neúčastní, ale jsou ochotny podat informace pacientovi, který si o ně zažádá. Respondentky R1 a R3 uvedly, že pacient je poučován nejvíce o nutnosti být nalačno před výkonem. Dále sestry nemocného připravují na výkon, tedy zajistí vhodný oděv, odstraní šperky, zubní náhradu atd. Při rozhovoru s respondentkami psychiatrické nemocnice A bylo zjištěno, že až na respondentku R7 se dotazované sestry aktivně samy zapojují do edukace pacienta i duševní podpory. Edukace dle sester probíhá rozhovorem s nemocným, a to většinou na téma přípravy pacienta na výkon. Duševní příprava a podpora je vykonávána pomocí pohovorů nemocného se sestrou a lékařem. Respondentka R7 při rozhovoru uvedla, že k vykonávání edukace či poskytování duševní podpory není kompetentní, a proto i v případě vzneseného dotazu na sestru je pacient odkázán na

lékaře. Respondentky psychiatrické nemocnice B uvedly, že edukaci v jejich zařízení neprovádí, ale podílí se na duševní přípravě pacienta. Ta je dle sester vykonávána formou rozhovoru s pacientem nebo názornou ukázkou prostor či pomůcek k výkonu EKT. V tomto psychiatrickém zařízení uvedly respondentky, že mají sestru, která je takzvanou „šokovou“ sestrou a většinu péče o pacienty s EKT zastává ona. Při rozhovoru s touto sestrou, tedy respondentkou R12, byly odpovědi na otázky totožné s předchozími odpověďmi sester tohoto zařízení. Sestry zde edukaci nemocného zaměřenou na EKT neprovádějí, ale bezprostředně před výkonem poučují pacienta o anestezii. Běhounek (2014) uvádí, že kromě zajištění nezbytných vyšetření a získání informovaného souhlasu s EKT je naprosto nezbytné, aby sestra svého pacienta před výkonem vhodně edukovala a psychicky jej podpořila.

Třetí kategorie výzkumu tvořená rozhovorem je nazvána „Úlohy zastávané před a při výkonu EKT“ a s ní souvisí kategorie „Úlohy sestry před výkonem EKT“ a „Role sestry během EKT“ vytvořené analýzou dokumentů. V rozhovoru byly sestram pokládány otázky týkající se ošetrovatelské péče o nemocného před výkonem a při samotném výkonu. Při analýze dokumentů byly v ošetrovatelských standardech a směrnicích EKT vyhledávány informace, které se týkaly péče sester o pacienta před a při EKT. Ošetrovatelská péče je dle odpovědí sester z jednotlivých psychiatrických pracovišť a dle srovnání ošetrovatelských standardů a směrnic téměř shodná. Úlohy sester během samotného výkonu se rozcházejí a z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že závisí na postavení sestry. Výzkumem v akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici bylo analýzou rozhovorů s respondentkami zjištěno, že dotazované sestry především plní ordinace lékaře, při péči se drží ošetrovatelských standardů a dle respondentky R2 se starají především o to, aby pacient byl nalačno. Ošetrovatelský standard, jenž byl v rámci výzkumu analyzován, popisuje podrobně jednotlivé sesterské úlohy předcházející výkonu. S odpověďmi respondentek se nerozchází, ale je detailnější. Úlohy sester během výkonu jsou respondentkami opět popisovány velmi podobně a jsou v souladu s ošetrovatelskými standardy, jež byly analyzovány jako součást výzkumu. Dotazované sestry vypověděly, že jejich hlavním úkolem je péče o bezpečnost pacienta a sledování fyziologických funkcí. Při analýze ošetrovatelského standardu bylo zjištěno, že bezpečnost pacienta a monitoring fyziologických funkcí je skutečně sesterskou povinností, avšak pro sestry je zde uvedeno činností více, například aplikace elektrod a vodivého gelu. Výpovědi dotazovaných sester z psychiatrické

nemocnice A jsou oproti sestřím z psychiatrického oddělení podrobnější. Respondentka R5 uvádí, že se zaměřují na monitoring fyziologických funkcí, získání fyziologických údajů nutných pro anestezii, jako je hmotnost a výška pacienta, nutnost, aby byl nalačno, vyprázdnění a zvýšený dohled nad nemocným. Popis sesterských činností u pacienta s EKT je v ošetrovatelských standardech psychiatrické nemocnice A popsán velmi obsírně. S výpověďmi dotazovaných sester se nerozchází, avšak je podrobnější. Během výkonu EKT v rozhovoru respondentky R6, R7 a R8 uvedly, že se starají především o bezpečnost pacienta jeho přidržením při elektrokonvulzi. Respondentka R7 také uvedla ve své výpovědi, že asistenci lékaři, podání premedikace atd. zajišťuje staniční sestra, tedy R5, která sama odpověděla na otázku, jaké úlohy zastává při EKT tak, že podává pacientům premedikaci a připravuje všechny potřebné přístroje k použití. V ošetrovatelském standardu tohoto zařízení byla při vyhledávání informací zaměřených na úlohy sestry během výkonu EKT nalezena pouze informace o nutnosti udržování bezpečnosti pacienta při elektrokonvulzi. Analýzou rozhovorů s respondentkami psychiatrické nemocnice B bylo zjištěno, že dotazované sestry se zde drží směrnic pro EKT, na něž při rozhovoru odkazovaly. Při dotazu na konkrétní výkony uváděly především kontrolu pacienta, zda je nalačno, odstranění nežádoucích předmětů a zvýšený dohled nad hygienou. Analýzou směrnic, na které sestry odkazovaly, bylo zjištěno, že sestry by se měly v rámci ošetrovatelské péče před výkonem zaměřit na tyto činnosti: zajištění, aby pacient byl nalačno a vyprázdněn, podání ranní medikace dle ordinace lékaře, dohlédnutí na hygienu, a to především dutiny ústní, odstranění nevhodných předmětů z těla nemocného, ošetření ran, poskytnutí vhodného oděvu, kontrola fyziologických funkcí a vhodná práce se zdravotnickou dokumentací. Z výpovědi dotazovaných sester vyplývá, že respondentky R9, R10 a R11 při výkonu zajišťují bezpečnost přidržením pacienta a R12 jakožto vyčleněná sestra pro EKT asistuje lékaři. Analýza dokumentů z psychiatrické nemocnice B však uvádí pro respondentky úkonů více, a to bez ohledu na stanovení funkce EKT sestry. Uvedena je zde příprava pomůcek, lůžka, dokumentace, nitrožilních léčiv a přístrojů. Příprava pacienta na výkon se dle výzkumu v jednotlivých psychiatrických pracovištích drží předpisu v ošetrovatelských standardech a směrnicích pro EKT, avšak úlohy sester u pacienta při EKT se zejména v psychiatrické nemocnici B výsledky analýzy dokumentů neshodují s výsledky analýzy rozhovorů. Žádná ze sester z vybraných psychiatrických zařízení neuvedla v rozhovoru prevenci tromboembolické nemoci. Při analýze dokumentů také nebyla nalezena informace o žádném z preventivních opatření. Běhounek (2014) uvádí, že před výkonem

je příprava pacienta na EKT totožná s přípravou na jakýkoliv výkon v celkové anestezii. Musí být odstraněny šperky, zubní náhrada, brýle i kontaktní čočky a musí být vyprázdněný. Nutné je, aby měl pacient zavedenou periferní žilní kanylu, monitorované fyziologické funkce, podanou premedikaci a aplikovanou vysokou bandáž na dolních končetinách v rámci prevence tromboembolické nemoci. Dohnalová (2010) uvádí, že do povinností sestry při výkonu EKT spadá odmaštění míst určených pro aplikaci elektrod, jejich zvlhčení vodivým gelem a následně přilepení elektrod. Dále musí sestry aplikovat nemocnému roušek, aby při EKT nedošlo k poranění pacienta.

Čtvrtá kategorie tvořená formou výzkumného rozhovoru se nazývá „Výkony prováděné u pacienta po EKT“ a je tvořena pomocí analýzy odpovědí dotazovaných sester na otázky týkající se ošetrovatelské péče u pacientů po EKT. S touto kategorií souvisí kategorie, jež vznikla pomocí analýzy dokumentů z jednotlivých psychiatrických pracovišť a nazývá se „Péče sestry o pacienta po EKT“. Z výzkumu je patrné, že respondentky jednotlivých pracovišť přistupují k péči o pacienta po výkonu různě. Ve všech zkoumaných pracovištích je pacient záhy po EKT umístěn na speciální pokoj, kde se o něj stará sestra k tomu určená. Doba pobytu na tomto pokoji, kde se nemocnému monitorují vitální funkce, je dle pracovišť různá. Na akutním psychiatrickém oddělení ve všeobecné nemocnici respondentky vypověděly, že po výkonu mají vyčleněnou sestru, která se o pacienta stará v místnosti k tomu určené. Tato sestra monitoruje jeho vitální funkce, a to po dobu dvou hodin. Poté je nemocný převezen na standardní oddělení, kde mu je podána strava a medikace dle ordinace lékaře. Při analýze ošetrovatelského standardu z tohoto oddělení bylo zjištěno, že výpovědi dotazovaných sester se s tímto dokumentem shodují, avšak žádná sestra nezmínila manipulaci se zdravotnickou dokumentací, jejíž vedení je v ošetrovatelském standardu psáno jako součást ošetrovatelské péče o pacienty po EKT. Při analýze odpovědí respondentek z psychiatrického oddělení A se respondentky shodly na monitoraci vitálních funkcí pacienta po dobu jedné hodiny na pokoji diferencované péče vyčleněnou sestrou, jež je stále přítomna u pacienta. Po uplynutí této doby určené pro kontinuální hlídání nemocného je pacient převezen na svůj pokoj a je mu podána snídaně a medikace. Dvě respondentky do své výpovědi uvedly také práci s dokumentací. Respondentka R7 se svou odpovědí značně liší od ostatních respondentek. Při odpovědi uvedla transport pacienta na standardní pokoj ihned po výkonu, kde je v klidovém režimu a je mu monitorován krevní tlak, podána strava a medikace. Ošetrovatelský standard z tohoto oddělení není v rozporu s žádnou z odpovědí. Dle něj je povinností sester

transport pacienta, kontrola vitálních funkcí, informování lékaře, vedení dokumentace a v případě potřeby podání první pomoci. Z analýzy rozhovorů se sestrami psychiatrického zařízení B bylo zjištěno, že péči o pacienta na pokoji určeném pro monitoring vitálních funkcí po výkonu obstarává sestra vyčleněná pro EKT, a to po dobu jedné hodiny. Ostatní sestry pečují o pacienta až po uplynutí této doby, a to podáváním stravy a medikace. Respondentka R12, jež pečuje o pacienta při monitoraci fyziologických funkcí po výkonu, uvedla, že kromě hlídání vitálních funkcí také pracuje s dokumentací. Směrnice EKT jsou s výpověďmi respondentek shodné. Navíc uvádí jako povinnost sester úklid EKT sálu a přípravu pomůcek a přístrojů na další použití. Nepokojová (2013) uvádí, že pokud je pacientův stav stabilizován, může být pacient transportován na svůj pokoj, kde mu sestra monitoruje každých patnáct minut vitální funkce a projevy vzniku komplikací. Po dobu dvou až tří hodin po výkonu by mělo být pacientovi umožněno odpočívat v klidovém režimu a poté je možné podat mu stravu, tekutiny a medikaci. Součástí péče o nemocného je záznam pacientova stavu do dokumentace.

Pátá kategorie, tvořená analýzou rozhovorů se sestrami psychiatrických zařízení, je nazvána „Řešení vzniklých komplikací“. Pro vytvoření této kategorie byly analyzovány odpovědi respondentek na otázky týkající se jejich schopností řešit komplikace související s EKT. Sestry se většinou shodly, že buďto komplikace řeší přivoláním lékaře, nebo spoluprací s ním, avšak některé respondentky uvedly i samostatná řešení určitých komplikací. Dotazované sestry akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici se shodly v odpovědích, že komplikace řeší s lékařem, avšak respondentka R1 v odpovědi poukázala na snahu sester poučit pacienty o možnosti vzniku komplikací a nejvhodnějších reakcích na ně. Respondentka R3 v případě vzniku bolesti hlavy edukuje pacienta o pitném režimu, jenž může bolesti ovlivnit a při zvracení vykonává vhodné intervence. Žádná ze sester tohoto zařízení neuvědla, že by komplikace řešil výhradně lékař. V psychiatrické nemocnici A respondentky R5, R6, R7 a R8 odpověděly na otázku, týkající se řešení vzniklých komplikací jednomyslně přivoláním lékaře. V psychiatrické nemocnici B se odpovědi shodovaly s výpověďmi respondentek psychiatrické nemocnice A. Dotazované sestry zde také uvedly řešení komplikací přivoláním lékaře. Na rozdíl od předchozího zařízení však respondentky uvedly jako svou povinnost zaznamenání výskytu komplikací do dokumentace. Respondentka R10 uvedla snahu samostatného řešení komplikací, které se týkají diskomfortu pacienta, jež se projevují například splenými vlasy od vodivého gelu atd. Sama však uvedla, že toto nepovažuje za

komplikace. Hosák (2007) a Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že komplikace vzniklé v důsledku EKT je možné z větší části kompenzovat, a to většinou vykonáním lékařských intervencí a vhodnou spoluprací s lékařem.

Šestá kategorie, vytvořená z analyzovaných odpovědí respondentek jednotlivých psychiatrických zařízení, se nazývá „Aplikace psychoterapie či psychorehabilitace“. Dotazovaným sestřám byly kladeny otázky týkající se využívání prvků psychoterapie či psychorehabilitace v rámci dlouhodobé ošetrovatelské péče o pacienta po EKT. Odpovědi respondentek se lišily jak mezi jednotlivými pracovišti, tak i v nich. Respondentky akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici R1 a R2 se shodly, že psychoterapii či psychorehabilitaci v rámci oddělení u pacientů s EKT praktikují. Ovšem respondentky R3 a R4 v rámci stejného oddělení dle svých odpovědí psychoterapii ani psychorehabilitaci neprovádějí. Při dotazování sester psychiatrické nemocnice A odpověděly všechny respondentky na otázku negativně. Dotazované sestry psychiatrické nemocnice B však všechny uvedly, že psychorehabilitaci i psychoterapii provádějí, a to v různých podobách. Taraba (2007) uvádí, že k docílení péče, která pomůže nemocnému dosáhnout plnohodnotného života je potřeba k EKT využívat i psychorehabilitaci, která předchází vzniku sekundárního poškození vznikajícího v důsledku negativních účinků EKT. O celistvé péči o pacienta s EKT můžeme hovořit až tehdy, jsou-li nemocnému současně s terapií posilovány kognitivní a sociální dovednosti, čehož docílíme vlivem psychorehabilitace.

Poslední kategorie je tvořena analýzou dokumentů, konkrétně ošetrovatelských standardů a směrnic EKT, v nichž byly hledány informace týkající se sesterských záznamů a manipulace se zdravotnickou dokumentací. Tato kategorie se nazývá „Dokumentace“. Ošetrovatelský standard akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici uvádí, že sestry by měly po EKT zaznamenávat změny stavu nemocného, subjektivní pocity a hodnoty fyziologických funkcí. Ošetrovatelský standard psychiatrické nemocnice A uvádí nutnost zajištění zdravotnické dokumentace nemocného v rámci přípravy pacienta na EKT. Dále je zde uvedeno, že sestry jsou povinny zaznamenat do dokumentace podanou medikaci, hodnoty fyziologických funkcí, hodnotu glykemie, hmotnost pacienta, zavedení periferního žilního katetru s použitím heparinové zátky a průběh psychoterapeutického rozhovoru. Směrnice EKT uvádí jako povinnost sester v rámci manipulace se zdravotnickou dokumentací zanesení hodnot fyziologických funkcí, váhu pacienta a číslo série EKT. Součástí zdravotnické dokumentace je protokol

o EKT, kam sestra zaznamenává hodnoty fyziologických funkcí a jiných měření při ošetrovatelské péči po EKT. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že záznam do zdravotnické dokumentace musí obsahovat jméno pacienta, datum a pořadí provedené EKT, věk a hmotnost nemocného, hodnoty fyziologických funkcí před provedením terapie i po provedení. Dále se zaznamenává veškerá medikace, která byla pacientovi podána, a to s přesnými dávkami a časem podání. Zaznamenána musí být i aplikace elektrod, délka trvání konvulze a všechny parametry stimulace. Do dokumentace se musí uvádět i výskyt nežádoucích účinků spolu se zápisem jejich kompenzace. Všechny výkony musí být řádně podepsány odpovědným pracovníkem.

7 Závěr

V této práci byly stanoveny dva cíle, jichž jsme chtěli dosáhnout. Prvním cílem bylo popsání specifik práce sestry u pacienta s EKT, druhým cílem pak bylo zjistit eventuální rozdíly v poskytované péči u pacienta s EKT ve vybraných zdravotnických zařízeních. K dosažení cílů jsme využili výzkumného šetření ve třech psychiatrických zařízeních, kde jsme provedli rozhovor se sestrami, jež o pacienty s EKT pečují, a poté jsme analyzovali ošetrovatelské standardy a směrnice daných zařízení. K cílům jsme stanovili tyto výzkumné otázky: Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči u pacienta s EKT v jednotlivých zdravotnických zařízeních? Jaké úlohy zastávají sestry u pacienta s EKT ve vybraných zdravotnických zařízeních?

Na výzkumnou otázku, jaké úlohy zastávají sestry u pacienta s EKT ve vybraných zdravotnických zařízeních, lze dle provedeného výzkumu odpovědět následovně: Sestry by měly umět o pacienty vhodně pečovat dle ošetrovatelských standardů, směrnic a ordinací lékaře, měly by být schopné edukovat, uklidnit a podpořit pacienta, aby nebyl v nejistotě, aby přesně věděl, co ho čeká, co má vykonat, že se kdykoliv může na sestry obrátit. Dále by sestry měly být schopné asistovat lékaři při provádění EKT, pracovat se zdravotnickou dokumentací a psychoterapeuticky působit na pacienta.

Z výzkumu je patrné, že sestry akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici jsou schopny pacienta edukovat, psychicky podpořit, poskytnout vhodnou péči před výkonem, asistovat lékaři během výkonu, pečovat o něj po výkonu, samostatně řešit některé komplikace a spolupracovat s lékařem na řešení ostatních komplikací. V rámci ošetrovatelské péče po EKT jsou schopny zajistit nemocnému psychoterapii či psychorehabilitaci. Sestry psychiatrické nemocnice A poskytují pacientovi vhodnou péči před výkonem dle ošetrovatelských standardů a ordinací lékaře, edukaci, duševní podporu, při výkonu staniční sestra R5 asistuje lékaři, ale ostatní sestry pouze zajišťují bezpečnost pacienta a po výkonu o pacienta pečují dle standardu a intervencí lékaře. V psychiatrické nemocnici B sestry pečují o pacienta před výkonem dle směrnic pro EKT a pokynů lékaře, psychicky ho podporují, při výkonu respondentka R12 asistuje lékaři a ostatní respondentky zajišťují bezpečí pacienta, po výkonu R12 monitoruje pacienta jednu hodinu a ostatní poté provádějí péči o pacienta na standardním oddělení. V rámci oddělení jsou sestry schopny poskytnout pacientům psychoterapii či psychorehabilitaci.

Domníváme se, že kvalita a množství poskytnuté péče se odvíjí dle kompetentnosti sester, kterou nabývají absolvováním specializovaných školení. Sestry akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici jsou každoročně proškoleny a ošetrovatelská péče se nám zde jeví plnohodnotná. V psychiatrické nemocnici A dochází ke školení sester v rámci ošetrovatelské péče u pacienta s EKT při nástupu a je zde patrný rozdíl v kompetencích a úlohách sester v porovnání s respondentkami akutního psychiatrického oddělení ve všeobecné nemocnici. Pouze staniční sestra je zde kompetentní asistovat lékaři při výkonu EKT, sestry nejsou schopny samostatně ani ve spolupráci s lékařem řešit komplikace po výkonu, chybí zde využívání prvků psychoterapie či psychorehabilitace. Sestry z psychiatrické nemocnice B neabsolvuji žádná školení ani kurzy zaměřené na EKT a z jejich odpovědí plyne, že nejsou schopny edukovat pacienta, asistovat lékaři při výkonu. Pečovat o nemocného bezprostředně po výkonu může pouze respondentka R12, ostatní nejsou schopny řešit komplikace vznikající po terapii samostatně ani v součinnosti s lékařem. Výhodou v tomto oddělení však je schopnost sester aplikovat v rámci ošetrovatelské péče po výkonu na pacienty psychoterapii a psychorehabilitaci. Jako vhodné řešení k nastavení stejné kvality péče v jednotlivých psychiatrických zařízeních se nám jeví zavedení pravidelných školení zaměřených na EKT, které by sestry měly absolvovat ve všech psychiatrických zařízeních, ve kterých se o tyto pacienty pečuje.

Tato práce je v praxi využitelná jako informační brožura pro sestry, ve které by se mohly dozvědět o možnosti doplnění vzdělání o psychiatrická specializační studia či školení a kurzy zaměřené na úlohy sestry u pacienta s EKT. Mohla by poskytnout sestřám informace o ošetrovatelské péči o pacienta před, při a po EKT, o zařazení vhodné komunikace, edukace a psychické podpory nemocného a možnosti dosažení velmi kladných výsledků v ošetřování nemocného s EKT při využití psychoterapie či psychorehabilitace jako součásti dlouhodobé ošetrovatelské péče o pacienta po tomto výkonu.

8 Seznam informačních zdrojů

ANDERS, M., RABOCH, J., KRYL, M., 2010. Depresivní porucha. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU, s. 130. ISBN978-80-7399-984-1.

APANA, 2011. APNA *Position Statement: Electroconvulsive Therapy* [online]. Falls Church: American Psychiatric Nurses Association [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=4448>

BAUDIŠ, P. et al., 2010. Omezovací prostředky. In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. 2. vyd. Brno: Tribun EU. s. 219. ISBN978-80-7399-984-1.

BĚHOUNEK, J., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, Tomáš et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. s. 110-112. ISBN 978-80-247-4236-6.

CANTOPHER, T., 2012. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-768-3.

ČEŠKOVÁ, E., 2012. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetroujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

ČEŠKOVÁ, E., PŘIKRYL, R., 2013. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

DOHNALOVÁ, H., 2010. *Standardy ošetrovatelské péče v psychiatrii*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, Závazné směrnice Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-8782-2.

DOUBEK, P., 2012. Schizofrenie. In: RABOCH, Jiří et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 244-256. ISBN 978-80-246-1985-9.

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., 2014. Mánie. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius, s. 318-333. ISBN 978-80-7345-425-8.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4826-9.

FINK, M., 2010. *Electroconvulsive therapy a guide for professionals and their patients*. 1. vyd. New York: Oxford University Press. ISBN 978-01-953-6574-0.

HOSÁK, L., 2007. Biologické léčebné postupy v psychiatrii – elektrokonvulzivní léčba. In: HOSÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, s. 127-128. ISBN 978-80-7248-442-3.

HOSÁK, L., 2010. *Novinky v elektrokonvulzivní terapii* [online]. Praha: Psychiatrie pro praxi [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/06.pdf>

HRDLIČKA, M., 1999. *Elektrokonvulzivní terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-004-5.

KAVANAGH, A., MCLOUGHLIN, M. D., 2009. Electroconvulsive therapy and nursing care [online]. *British Journal of Nursing* [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjon.2009.18.22.45564>

KÖHLER, R., 2015. *Elektrokonvulzivní terapie* [online]. Praha: Psychiatrie pro praxi [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/05.pdf>

KITZLEROVÁ, E., ANDERS, M., 2012. Biologické terapie. In: RABOCH, Jiří et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 417-419. ISBN 978-80-246-1985-9.

KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4733-0.

LÁTALOVÁ, K., PRAŠKO, J., 2011. Bipolární afektivní porucha. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, s. 281-295. ISBN 978-80-87323-00-7.

LÁTALOVÁ, K., et al., 2011a. Nežádoucí účinky léčby psychofarmaky. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, s. 115-116. ISBN 978-80-87323-00-7.

LÁTALOVÁ, K., et al., 2011b. Schizofrenie a příbuzná onemocnění. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, s. 203-229. ISBN 978-80-87323-00-7.

MÁDLOVÁ, K., KALIŠOVÁ, L., ALBRECHT, J., MICHALEC, J., 2015. Historický přehled vývoje elektrokonvulzivní terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*. 111(6), 306 -313. ISSN 1212-0383.

MAINEROVÁ, B., et al., 2015. Psychiatrický pacient v intenzivní péči a resuscitaci. In: PRAŠKO, J., et al. *Psychiatrie v somatické medicíně*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, a.s., Edice postgraduální medicíny, s. 341-344. ISBN 978-80-204-3739-6.

MALÁ, E., 2010. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In: MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 58-61. ISBN 978-80-7367-723-7.

NEPOKOJOVÁ, J., 2013. Elektrokonvulzivní terapie jako léčebná metoda [online]. *Sestra* [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/elektrokonvulzivni-terapie-jako-lecebna-metoda-473283>

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2013. *Nursing practice - working with people prescribed and undergoing electroconvulsive therapy*. 1. vyd. [online]. Victoria State Government [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/Nursing%20practice%20-%20working%20with%20people%20prescribed%20and%20undergoing%20electroconvulsive%20therapy>

PELCOVÁ, D., 2014. Intoxikace léky v psychiatrii. In: PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf. Jessenius, s. 445-446. ISBN 978-80-7345-425-8.

- PETR, T., 2014. Spolupráce pacientů při léčbě, role sestry v psychoedukaci. In: PETR, Tomáš et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., s 157-164. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PORTER, R., 2015. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. 3. vyd. Praha: Prostor, Obzor (Prostor). ISBN 978-80-7260-324-4.
- PRAŠKO, J., et al., 2011a. Depresivní poruchy. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, s. 235-272. ISBN 978-80-87323-00-7.
- PRAŠKO, J., 2011. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
- PRAŠKO, J., et al., 2011b. Organické poruchy včetně symptomatických. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, s. 152- 154. ISBN 978-80-87323-00-7.
- PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- SEIFERTO VÁ, D., 2004. *Elektrokonvulzivní terapie*. 2. vyd. Praha: Tigis. ISBN: 80-900130-7-4.
- SEIFERTO VÁ, D., 2008. *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, Medical Tribune CZ. ISBN: 978-80-87135-10-5.
- ŠEDIVEC, V., 2008. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-00-4.
- TARABA, P., 2007. Resocializace a rehabilitace v psychiatrii. In: HOSÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, s. 135-138. ISBN 978-80-7248-442-3.
- TICHÁČKOVÁ, A., et al., 2011. Biologické metody léčby. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, s. 118-119. ISBN 978-80-87323-00-7.

TUČEK, J., ŠNOREK, V., 2010. Elektrokonvulzivní terapie a její vliv na kognitivní funkce. *Česká a slovenská psychiatrie*. 106(5), 283 -291. ISSN 1212-0383

USTOUHAL, L., PŘIKRYL, R., 2009. *Léčba rezistentní schizofrenie v praxi* [online]. Praha: Psychiatrie pro praxi [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/04/05.pdf>

VONDRÁČEK, L., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3697-6.

WOOD, J. H., 2007. Nurses' Knowledge of and Attitude to Electroconvulsive Therapy [online]. *The Journal of ECT* [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://journals.lww.com/ectjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2007&issue=12000&article=00011&type=abstract>

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 7-8.

9 Seznam příloh

Příloha 1- Seznam otázek pro rozhovor

Příloha 2- Ukázka kódování

Příloha 3- Přepis rozhovorů na CD

10 Seznam použitých zkratk

EEG- elektroencefalograf

EKG- elektrokardiograf

EKT- elektrokonvulzivní terapie

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

Příloha 1 - Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor k BP – téma: Úlohy sestry u pacienta s ECT

1. Jaké máte vzdělání?
2. Absolvoval/a jste nějaký kurz zaměřený na ošetrovatelskou péči u pacienta s ECT?
3. Co tedy konkrétně spadá do ošetrovatelské péče před tímto výkonem?
4. Jakým způsobem provádíte edukaci?
5. Při takovémto výkonu je důležitá duševní příprava a podpora pacienta – jak k ní přistupujete?
6. Umožňujete pacientům, kteří tuto terapii budou podstupovat poprvé rozhovor s klienty jenž ji již prodělali?
7. Jakou úlohu zastáváte při výkonu?
8. Co vykonáváte u pacienta v rámci ošetrovatelské péče po ECT?
9. Jakým způsobem řešíte vzniklé komplikace?
10. Aplikujete na pacienty po ECT v rámci ošetrovatelské péče po výkonu nějaké prvky psychoterapie či psychorehabilitace?

Příloha 2- Ukázka kódování

Respondent č. 4

1 I. Jaké máte vzdělání?

2 Střední zdravotnickou školu.

3 2. Absolvoval/a jste nějaký kurz zaměřený na ošetrovatelskou péči u pacienta s ECT?

4 Ne, kurz ne, ale jsme každoročně proškolení.

5 3. Co tedy konkrétně spadá do ošetrovatelské péče před tímto výkonem?

6 No, v podstatě péče o pacienta znamená, že od půlnoci musí být lačná, nesmí kouřit, pak

7 musíme sundat všechny zlatý náušnice, řetízky a takovýchle věci, vyndat zuby, pokud má

8 snímací. Příprava tam spočívá v tom, že mu ještě změříme teda tlak, pícheme premedikaci

9 a dáme mu anděla.

10 4. Jakým způsobem provádíte edukaci?

11 Tak tu lékařskou provádí lékař my provádíme jen to, že se nás v podstatě zeptají, co to je

12 takže nějak popíšeme, co ho čeká a odpovíme na ty otázky co má a zklidníme je.

13 5. Při takovémto výkonu je důležitá duševní příprava a podpora pacienta – jak k ní

14 **přistupujete?**

15 Tak snažíme se je zklidnit, spíš si s nimi popovídáme.

16 6. Umožňujete pacientům, kteří tuto terapii budou podstupovat poprvé rozhovor s

17 **klienty jenž ji již prodělali?**

18 Ne to spíše ne, nebráníme tomu, ale neděláme to.

19 7. Jakou úlohu zastáváte při výkonu?

20 Při samotným výkonu pacienta přivezeme, nalepíme EKG, nalepíme svody, změříme tlak,

21 potom při tom výkonu dáváme roubík do pusy a potom při samotným výkonu držíme

22 končetiny, aby nedošlo k nějakému úrazu.

23 8. Co vykonáváte u pacienta v rámci ošetrovatelské péče po ECT?

24 Když pacienta přivezeme tak je dvě hodiny monitorovaný, takže tam je stálý dohled

25 personálu. Měří se mu tlak a saturace. Takže ty dvě hodiny nepřetržitý dohled.

26 9. Jakým způsobem řešíte vzniklé komplikace?

27 Tak samozřejmě to je vždy zároveň s doktorem, s lékařem se musíme vždy poradit a

28 informovat jej. Můžou třeba potom mít bolesti hlavy, můžou zvracet. Vždycky je ta péče

29 v součinnosti s lékařem a záleží taky na tom jaký komplikace tam jsou.

30 10. Aplikujete na pacienty po ECT v rámci ošetrovatelské péče po výkonu nějaké

31 **prvky psychoterapie či psychorehabilitace?**

32 Ne, ono po tom elektrošoku to není ani moc možné.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2017