
POTILASOHJE
SARJAMAGNEETTISTIMULAATIOHOITOON
MENEVÄLLE POTILAALLE



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, kevät 2016

Päivi Järvinen

Minttu Liikänen

Päivi Järvinen

Minttu Liikänen

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä Päivi Järvinen, Minttu Liikanen **Vuosi** 2016

Työn nimi Potilasohje sarjamagneettistimulaatiohoitoon menevälle potilaalle

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa sarjamagneettistimulaatiohoidosta masennuksen hoitomuotona. Tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman selkeä ja kattava kirjallinen potilasohje sarjamagneettistimulaatiohoitoon menevälle potilaalle. Potilasohje tehtiin opinnäytetyön toimeksiantajan, erään eteläsuomalaisen sairaalan osaston, käyttöön hoitajan antaman suullisen ohjauksen tueksi.

Potilasohje on rakentunut opinnäytetyön teoriaosuudesta, minkälainen on hyvä potilasohje. Tieto potilasohjeeseen on saatu osaston edellisestä potilasohjeesta sekä hoidosta vastaavalta hoitajalta. Potilasohjeen avulla potilas saa tietoa hoitoon valmistautumisesta, hoidon toteutuksesta ja vaikutuksista.

Opinnäytetyössä on käsitelty masennusta sairautena sekä sarjamagneettistimulaatiohoitoa masennuksen hoitomuotona. Potilasohjausta on käsitelty työssä sairaanhoitajan toteuttamana sekä suullisena että kirjallisena ohjauksena mielenterveyspotilaan erityispiirteet huomioiden. Tieto on hankittu luotettavista tutkimuksista ja artikkeleista.

Opinnäytetyön tulosta, potilasohjetta, voidaan hyödyntää myös muihin hoitomuotoihin, joita osastolla toteutetaan. Tulevaisuudessa voidaan pohtia potilasohjeen merkitystä masennuspotilaan hoitomyöntyvyydessä. Jatkossa olisi hyvä myös kerätä ja tutkia palautetta potilailta, koskien oppaan hyödyllisyyttä.

Avainsanat masennuspotilas, rTMS-hoito, potilasohje ohjauksen välineenä

Sivut 23 s. + liitteet 7 s.

FORSSA

Degree Programme in Nursing

Registered Nurse

Authors Päivi Järvinen, Minttu Liikanen **Year** 2016

Subject of Bachelor's thesis Patient Guide for rTMS Treatment

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to gather knowledge about rTMS treatment concerning depression. The aim was to produce a written patient guide which would be simple and encompassing. The patient guide was produced for a certain hospital's ward. The guide is intended for the supportive use of the nurse's spoken guidance.

The patient guide is based on the theoretical part of our study, which covers the useful patient guide. The knowledge of the patient guide is gathered from the former patient guide of the ward and from the responsible manager of the rTMS treatment. With the help of the patient guide, the patient learns about preparing for the treatment, implementation and for the effects.

In this thesis the depression is concerned as a sickness and the serial magnetic stimulation as a cure for the depression. Patient guidance is implemented by nurses both as spoken and written guidance and special characteristics of the mental patient are taken into account. Information was collected from reliable sources and articles.

The complete guide resulted from this thesis can be used in other treatments that are carried out in the ward. The significance of the patient guide based on the depression patient's compliance can be pondered in the future. It would be also good to gather and inspect feedback from the patients concerning the usefulness of the patient guide.

Keywords depression patient, rTMS treatment, patient guide as a part of patient guidance

Pages 23 p. + appendices 7 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MASENNUS	2
2.1	Masennuspotilaan hoito.....	2
2.2	Lääkeresistentti masennus.....	3
3	SARJAMAGNEETTISTIMULAATIOHOITO.....	3
4	POTILASOHJAUS	5
4.1	Vuorovaikutus ohjauksessa.....	6
4.2	Mielenterveyspotilaan ohjaaminen	7
4.3	Sairaanhoitaja potilasohjauksen toteuttajana	7
4.4	Potilasopetus ja psykoedukaatio.....	9
4.5	Suullinen ohjaus	9
4.6	Kirjallinen ohjaus	10
4.7	Hyvä potilasohje.....	10
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	11
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	12
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	12
6.2	Aineiston keruu	13
6.3	Potilasohjeen suunnittelu.....	14
6.4	Potilasohjeen toteutus.....	15
7	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	16
8	POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	17
8.1	Tuotoksen arviointi ja merkitys.....	18
8.2	Jatkotutkimusehdotukset	19
	LÄHTEET	21

Liite 1	Tiedonhaun kaavio
Liite 2	Hakutulosten yhteenveto
Liite 3	Potilasohje

1 JOHDANTO

Masennus on hyvin yleinen väestöä koskeva terveysongelma Suomessa. Joka viides suomalainen kärsii masennuksesta jossain elämänsä vaiheessa. Masennus aiheuttaa sekä masentuneelle itselle että myös tämän läheisille huomattavaa kärsimystä ja huolta. Parantunut masennus voi uusiutua, ja mitä useamman kerran henkilö on kärsinyt masennuksesta, sitä suurempi on riski sairastua uudelleen. Pahimmillaan masennus voi johtaa itsemurhaan. (THL 2015; Huttunen 2015.)

Masennusta hoidetaan yleensä ensisijaisesti lääkkeillä ja psykoterapialla. Aina lääkehoidolle ei kuitenkaan saada vastetta, jolloin voidaan puhua lääkeresistentistä masennuksesta. Lääkeresistentin masennuksen hoitomuotona käytetään esimerkiksi tässä opinnäytetyössä käsittelemäämme sarjamagneettistimulaatiota eli repetitive transcranial magnetic stimulation, myöhemmin tekstissä rTMS-hoito. (Huttunen 2015; Taiminen 2013, 2149, 2151.)

Mielenterveystyössä tiedon antaminen potilaalle on tärkeää. Suullisen ohjauksen lisäksi on hyvä antaa potilaalle myös kirjallista ohjausta, koska potilailla on usein keskittymiseen ja muistiin liittyviä ongelmia. (Pitkänen, Mäki, Salminen & Kaunonen 2012, 15.)

Toteutimme toiminnallisena opinnäytetyönä kirjallisen potilasohjeen masennuspotilaalle, jolle rTMS-hoitoa on suunniteltu. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi erään eteläsuomalaisen sairaalan osasto, jonka käyttöön potilasohje tulee. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa rTMS-hoidosta masennuksen hoitomuotona. Tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman selkeä ja kattava kirjallinen potilasohje sarjamagneettistimulaatiohoitoon menevälle potilaalle.

2 MASENNUS

Mielialahäiriöt luokitellaan masennushäiriöihin ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Depressio eli masennustila on hyvin monialainen mielialahäiriö. Sen tyypillisiä oireita ovat muun muassa mielialan lasku, aloitekyvyttömyys, unihäiriöt, mielihyvän tunteiden häviäminen, ahdistuneisuus, syyllisyyden tunteet, ruokahalun katoaminen, riittämättömyyden tunne ja keskittymisvaikeudet. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 201–202.)

Masennukseen sairastumiseen vaikuttavat perinnöllinen alttius ja lapsuudenaikaiset ja tämänhetkiset ristiriidat. Pettymykset ja menetykset ovat usein myös laukaisevia tekijöitä sairauden syntyyn. Masennukseen ensi kertaa sairastuneista yli puolella sairastuminen toistuu ja osalla potilaista sairausjakso toistuu useitakin kertoja elämänsä aikana. (Huttunen 2015.)

Masennustila voidaan jakaa eriasteisiin tiloihin, kuten lievä, kohtalainen tai vaikea masennustila. Lievässä muodossa potilaalla on vähän vaikeuksia toimia arkielämässä ja hänellä on kaksi tai kolme tyypillistä masennuksen oiretta. Kohtalainen masennustila aiheuttaa merkittäviä vaikeuksia sosiaalisessa elämässä ja kanssakäymisessä. Masennuksen tyypillisiä oireita esiintyy neljä tai enemmän. Vaikea-asteinen masennustila estää yleensä potilaan työnteon ja sosiaalisen kanssakäymisen kokonaan. Hänellä esiintyy usein syyllisyyden tunteita ja itsetuhoajatuksia. Somaattisia oireita esiintyy tavallisesti, kuten unettomuutta ja ruokahaluttomuutta. Osalla vaikeaan masennustilaan liittyvät myös psykoottiset oireet. (Lepola, Koponen, Leinonen, Isohanni, Joukamaa & Hakola 2008, 64.)

2.1 Masennuspotilaan hoito

Masentuneen potilaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti. Hoito perustuu oireisiin ja potilaan elämäntilanteen selvittämiseen. Muita hoidon valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat alueelliset erot hoitomuotojen saatavuudessa, hoidon kustannukset, haittavaikutukset sekä potilaan omat mieltymykset. Mikäli potilaalle valitulla hoitomuodolla ei saada vastetta, ei masennuksen hoitoa tule kokonaan lopettaa vaan tilalle tulee miettiä toinen hoitomuoto. (Kuhanen ym. 2012, 206; Taiminen 2013, 2151.)

Nykyään ajatellaan, että masennuksen hoito perustuu aivojen muovautuvuuteen ja aivoissa tapahtuviin yhteyksiin. Tämän vuoksi pidetään hyödyllisenä yhdistää eri hoitomuotoja, esimerkiksi ECT-sähköhoitoa aivojen muovautuvuuden lisäämiseksi ja psykoterapiaa uuden ajattelutavan omaksumiseksi. (Taiminen 2013, 2151.)

Tehokkaimpana hoitona tällä hetkellä pidetään syvien aivoalueiden stimulaatiota eli DBS sekä ketamiini-infusiota, jotka ovat vielä kokeellisia hoitomuotoja. ECT-sähköhoito sekä masennuslääke yhdistettynä kognitiivi-

seen psykoterapiaan ovat tämän hetken vakiintuneista hoitomuodoista tehokkaimpia. rTMS-hoito on näiden jälkeen tehokkain ja joidenkin tutkimusten mukaan jopa samaa tasoa. Muita masennuksen hoitoon käytettyjä hoitomuotoja ovat psykoterapia ja masennuslääkkeet sekä lisälääkkeinä käytetyt litium, kilpirauhashormonit, toisen polven psykoosilääkkeet ja omega3-rasvahapot. (Taiminen 2013, 2151–2153.)

Masennuksen hoito jaetaan akuutti-, jatko- ja ylläpitohoitoon. Akuutissa vaiheessa pyritään oireettomuuteen. Tehokkaita hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja eri terapiamuodot. Jatkohoidossa pyritään estämään oireiden palaaminen lääkehoitoa jatkamalla. Ylläpitohoidolla tavoitellaan uuden masennusjakson ehkäisyä. Ylläpitohoitoon on suositeltavaa ryhtyä, jos masennusjaksot ovat olleet toistuvia ja keskivaikeita. (Tarnanen, Isometsä, Kivekäs, Lindfors, Marttunen & Tuunanen 2015.)

2.2 Lääkeresistentti masennus

Lääkeresistentiksi masennukseksi kutsutaan masennusta, jonka masennusoireet eivät ole puoliintuneet lähtötilanteesta, vaikka käytössä on ollut vähintään kaksi erityyppistä masennuslääkettä. Masennuksen lääkeresistenssiä voidaan arvioida myös erään MSM-asteikon avulla, jossa masennuksen hoitoa arvioidaan pisteuttamisen avulla vaikeusasteen, keston ja hoidon perusteella. (Taiminen 2013, 2149.)

Noin 20 % masennusjaksoista on lääkeresistenttejä. Lääkeresistentin masennuksen hoidon ennuste on ollut huono. Uusimpien tutkimusten mukaan kuitenkin uusilla hoitomuodoilla lääkeresistentti masennus olisi paremmin hoidettavissa. (Taiminen 2013, 2149.)

Lääkeresistenttiä masennusta kärsivän potilaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti käyttäen apuna eri masennuslääkkeitä, psykoterapiaa, sähkö- tai rTMS-hoitoa. Sähköhoito on näistä yleisesti ottaen tehokkain hoitomuoto, mutta osaan masennuspotilaista sähköhoidolla ei saada toivottua vastetta. rTMS-hoidolla on saatu vaste noin puoleen sähköhoidolle resistenteistä masennuksista. (Taiminen 2013, 2149, 2151.)

3 SARJAMAGNEETTISTIMULAATIOHOITO

rTMS-hoitoa on käytetty masennuksen hoitomuotona 1990-luvun puolivälistä lähtien. rTMS-hoidolla stimuloidaan tai estetään aivokuoren toisen puolen toimintaa. Hoidolla ei ole juurikaan haittavaikutuksia ja etuna on, että sillä on masennuksen lisäksi muitakin käyttöaiheita. (Fitzgerald 2011, 924; Taiminen 2013, 2154–2155.)

rTMS-hoitoa voidaan käyttää masennuksen lisäksi ahdistuksen, tinnituksen, kroonistuneen kivun ja skitsofreniaan liittyvien kuuloharjojen hoitoon. rTMS-hoidon avulla aivojen muovautuvuus lisääntyy, joten hoidon yhdistäminen psykoterapiaan voi olla hyödyllistä. (Taiminen 2013, 2149, 2155; Tuominen 2013.)

rTMS-hoidon vasta-aiheena voi olla epilepsia. Hoidon haittavaikutuksena voi tulla lihassärkyä pään alueelle tai päänahan kipua. Hoidon voi antaa koulutettu laboratoriohoitaja tai sairaanhoitaja. Hoito toteutetaan ilman nukutusta eikä vaadi esivalmisteluja. rTMS-hoito on turvallinen ja se on hyväksytty Käypä hoito -suositukseen masennuksen hoitomuotona. (Taiminen 2013, 2154–2155; Leppämäki 2012; Määttä, Vaalto, Könönen & Säisänen 2012.)

rTMS-hoidossa potilaan pään ympärille asetetaan käämi, jonka sähkömagneettinen kenttä stimuloi aivokuoren hermosoluja (Kuva1). 20–40 minuuttia kestävä hoidon aikana potilas saa 3000–6000 magneettipulssia. Stimulaatiota annetaan yleensä kerran tai kaksi kertaa päivässä yhteensä 20–40 kertaa. Hoitoa voidaan antaa myös ylläpitohoitona kerran tai kaksi kertaa viikossa tai kerran kuukaudessa viikonlopun ajan. rTMS-hoitoa on saatavilla tällä hetkellä Suomessa vain muutamassa suuremmissa kaupungissa. (Haapaniemi 2014, 20–21; Taiminen 2013, 2153–2154.)



Kuva 1. Laite, jolla rTMS-hoitoa annetaan. Potilaan otsalle asetetaan panta, johon laitteesta tuleva käämi liitetään.

rTMS-hoidon tehokkuudesta on tutkimusnäyttöä vielä suhteellisen vähän. Hoito vaikuttaa toteutettujen tutkimusten perusteella tehokkaalta, mutta suurimmassa osassa tutkimuksia otanta on ollut pieni. Näyttää kuitenkin siltä, että rTMS-hoidon teho on parempi potilailla, joilla on takanaan vasta yksi epäonnistunut lääkehoitajakso kuin potilailla, joilla on useampia tehotomia lääkehoitajaksia takanaan. Joka tapauksessa hoidon teho on tutkimuksissa ollut lumehoitoa tehokkaampaa ja rTMS-hoito tehoaa hyvin etenkin lääkeresistenttiin masennukseen. rTMS-hoidon etuna on myös se, että se sopii usein potilaille, joille ECT-sähköhoito ei sovi. rTMS-hoito on hyvin siedettyä. (Fitzgerald 2011, 924–926.)

Rosedalen, Lisanbyn ja Malaspinan (2009, 336) tutkimuksen mukaan rTMS-hoitoa saaneiden potilaiden kokemukset koskivat turhautumista ja avuttomuutta lääkeresistenssistä kärsiessään, rTMS-hoitoon liittyviä aistikokemuksia, tietoista läsnäoloa ja yhteyden tärkeyttä potilaan ja hoidon antajan välillä. Lääkeresistenssin aiheuttama turhautuminen johtui pitkistä lääkekokeilujaksoista, lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksista sekä epäonnistumisen kokemuksista. Potilaiden aistikokemukset liittyivät rTMS-hoidon ensituntemuksiin, magneettipulssiin sekä lievään päänsärkyyn ja hoitoa edeltävään unettomuuteen. Tietoinen läsnäolo liittyi potilaiden stimulaation aikana kokemiin tunteisiin, joissa he kokivat, että heidän tunteensa vaikuttivat lopputulokseen. Potilaat kokivat myös itsensä kokemisen muuttuneen esimerkiksi masentuneesta henkilöstä ei-masentuneeksi henkilöksi. Lisäksi he alkoivat kuvitella itseään uusiin tilanteisiin, joissa he menestyisivät ja heillä olisi uusia ihmissuhteita. Läheisempi suhde hoidon antajaan oli saavutettavissa saataessa tietoa hoidon vaikutusmekanismista ja hoidon antajan osoitettaessa kiinnostusta potilaan elämään sekä huomioitaessa potilaan huolen liittyen hoitoon.

Masennuksen uusiutumisesta rTMS-hoitotakson jälkeen on tietoa vielä vähän. Eräässä tutkimuksessa 204:sta potilaasta masennus uusiutui 25 %:lla kahden kuukauden aikana, 40 %:lla kolmen kuukauden aikana ja puolen vuoden kuluttua 77 %:lla. Osa tutkimuksista esittää, että rTMS-hoidosta voisi olla hyötyä myös masennusjakson jälkeen ylläpitohoitona masennuksen ehkäisyssä. (Fitzgerald 2011, 925–926.)

4 POTILASOHJAUS

Terveystenhoitoalalla potilasohjaus on osa potilaan hoitoa ja sillä voidaan vaikuttaa palvelun laadukkuuteen. Hyvällä potilasohjauksella lisätään asiakastytyväisyyttä, parannetaan elämänlaatua, edistetään hoitoon sitoutumista ja vähennetään komplikaatioita. (Hämäläinen, Jauhiainen & Janatuinen 2010, 10.)

Potilasohjauksen yhtenä lähtökohtana on lainsäädäntö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (5 §) määrää, että potilaalle on annettava riittävästi tietoa tämän terveydentilasta, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksista ja muista hoitoon liittyvistä merkittävistä asioista. Hoitotyön ohjauksesta laki määrää, että ohjaus on toteutettava potilaan kanssa yhteisymmärryksessä ja potilaan suostumuksella. Ohjaustilanteessa tulee

kunnioittaa potilasta ihmisarvon mukaisesti sekä tämän itsemääräämisoikeutta, vakaumusta ja yksityisyyttä.

Ohjauksessa tulee ottaa huomioon myös etiikka kysymyksineen, eli mikä on oikein ja mikä on väärin. Terveystieteiden eettisissä periaatteissa ohjauksen määritetään kuuluvan hoitotyöhön. Ohjaus on myös osa oikeudesta hyvään hoitoon. (Eloranta & Virkki 2011, 11–12.)

Ohjauksella voidaan vaikuttaa ohjattavan mahdolliseen päätöksentekoon, edellyttäen, että tämä on saanut hoidosta riittävästi tietoa. Potilas itse ratkaisee tiedon riittävyyden oman kokemuksensa ja elämäntilanteensa perusteella. Omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon ja osallistumiseen potilas sitoutuu tiedon ollessa riittävä. Ohjauksella voidaan myös vähentää sairauteen liittyvää ahdistusta. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Ohjauksessa tiedon antaminen on neuvonnan ja opetuksen täydentävä muoto, jolle on tyypillistä vähäinen vuorovaikutus. Tietoa annetaan hoitotyössä usein kirjallisena materiaalina, kuten potilasohjeetkin. (Eloranta & Virkki 2011, 22.)

4.1 Vuorovaikutus ohjauksessa

Ohjauksella tarkoitetaan toimintaa, jossa ohjattava ja ohjaaja ovat tavoitteellisessa, vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa. Ohjaaminen on sidoksissa ohjattavan ja ohjaajan taustoihin ja näiden periaatteisiin, joiden pohjalta ja lähtökohdista toimitaan. Ohjaussuhteessa rakentuvat ohjauksen sisältö ja tavoitteet. (Lahtinen 2006, 6.)

Vuorovaikutus tulee nähdä kokonaisuutena, jossa keskenään yhtä merkittävässä osassa ovat sanallinen ja sanaton viestintä. Vänskän, Laitinen-Väänänen, Kettusen ja Mäkelän (2011, 47) mukaan sanaton viestintä on jopa merkittävämpää kuin sanallinen viestintä. Jos ohjattava kokee sanallisen ja sanattoman viestinnän olevan ristiriidassa keskenään, hän ensisijaisesti uskoo sanatonta viestintää. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 75).

Potilaan kanssa vuorovaikutuksessa tulee huomioida sanojen merkitykset ja mitä sanoja on hyvä käyttää mielenterveyspotilaan ohjauksellisessa keskustelussa. Sanattomalla viestinnällä on keskeinen osuus vuorovaikutuksessa. Ohjausta antavan hoitajan kasvojen ilmeet ja eleet sekä kehon liikkeet ovat sanatonta vuorovaikutusta. Sanallisessa vuorovaikutuksessa puheen sisällä on äänen voimakkuudella, tauolla, kestolla, rytmillä ja puhevirheillä merkityksensä. (Kiviniemi ym. 2014, 75.)

Ohjaus on potilaan tarpeista ja tavoitteista lähtevä menetelmä. Hyvässä ohjaussuhteessa vuorovaikutus ja sen luominen on olennaista. Ohjaukseen liittyvässä vuorovaikutuksessa huomioidaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Ohjattavan kyky ottaa vastaan ohjausta on sidoksissa ikään, sukupuoleen ja potilaan sairauteen. (Kuhanen ym. 2012, 161.)

Hoitajan toimintaan vaikuttavat ikä ja koulutus fyysisinä taustatekijöinä. Hoitajan ja ohjattavan motivaatio psyykkisinä taustatekijöinä vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen ja ovat merkittävinä tekijöinä ohjaussuhteessa. Potilaan toimintaan vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät, kuten eettiset, kulttuuriset ja uskonnolliset tekijät. Potilaan kulttuuritausta tulee huomioida kielieroineen ohjauksessa. Ympäristöllä on myös vaikutusta ohjaustilanteeseen. (Kuhanen ym. 2012, 161.)

Onnistunut vuorovaikutus ohjaustilanteessa edellyttää molemmin puoleista kunnioitusta, kiinnostusta asiaa kohtaan, asiallisuutta, ilmaisutaitoa ja kykyä esittää kysymyksiä. Vuorovaikutuksen tulee olla vastavuoroista ja toisen osapuolen huomioivaa. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 25.)

4.2 Mielenterveyspotilaan ohjaaminen

Mielenterveystyössä tiedon antaminen potilaalle on tärkeää. Suullisen ohjauksen lisänä käytettävät muut ohjaustavat, kuten kirjalliset ohjeet, ovat pidettyjä. Mielenterveyspotilailla on usein keskittymis- ja muistiongelmia, joiden vuoksi kirjallinen ohjaus yhdistettynä suulliseen ohjaukseen, on todettu tehokkaimmaksi ohjaustavaksi. Tiedolla voidaan edistää hoitomyönteisyyttä, hoitoon sitoutumista ja parantaa elämänlaatua. (Pitkänen ym. 2012, 15.)

Mielenterveyspotilaat ja näiden läheiset odottavat ohjauksen myötä saavansa tietoa sairaudestaan, lääkähoidosta, itsehoidosta, avohoidosta ja muista hoitokeinoista, sosiaalisista oikeuksistaan sekä sairauden vaikutuksesta omaan elämään. Mielenterveyspotilaat Suomessa eivät ole olleet tyytyväisiä saamaansa tietoon. (Pitkänen ym. 2012, 15.)

Hätösen, Kuosmasen, Malkavaaran ja Välimäen (2008, 757) tutkimuksessa kävi selville, että osastohoidossa olevat mielenterveyspotilaat kokivat suurimmat puutteet ohjaustapahtuman vuorovaikutuksessa, henkilökunnan liian vähäisessä tiedonmäärässä ja omissa edellytyksissään tiedon vastaanottamista varten sekä ohjaukseen käytetyssä ajassa. Potilaat toivoivat, että ohjauksessa otettaisiin heidän näkemyksiään paremmin huomioon, käytettäisiin erilaisia ohjausmenetelmiä sekä varmistettaisiin henkilökunnan pätevyys ja tiedon määrä.

4.3 Sairaanhoidtaja potilasohjauksen toteuttajana

Sairaanhoidtaja on avainasemassa potilaan ohjauksessa. Sairaanhoidtajan tulee kumota potilaan väärät tiedot ja kertoa rTMS-hoidon tehokkuudesta tai kognitiivisen psykoterapian vaikuttavuudesta yhdessä rTMS-hoidon kanssa. Mikäli potilaan läheiset ovat tietoisia masennukseen liittyvistä oireista, he voivat seurata rTMS-hoidon vaikuttavuutta ja myös oppia tunnistamaan pahentuneita masennusoireita. (Valente & Fisher 2012, 24.)

Sairaanhoidtajan kunnioitus potilasta kohtaan välittyy noudattamalla hyviä vuorovaikutustaitoja ohjauksessa, valmistautumisella ohjaustilanteeseen

esimerkiksi hankkimalla kirjallista ohjausmateriaalia, kertomalla potilaalle sairaudesta tai esimerkiksi lääkekustannuksista. Potilaalle tulee antaa myös mahdollisuus esittää kysymyksiä ja mielipiteitä kesken ohjaustilanteen. (Hankonen ym. 2006, 28–29.)

Itsehoito-ohjeilla, yksilö- ja vertaistukiryhmillä voidaan rohkaista potilasta hyvinvointiin ja selviytymiseen. Sairaanhoidaja voi ohjata potilasta noudattamaan terveellisiä elintapoja ruokavalion, nukkumisen ja liikkumisen avulla. Sosiaalisen tuen merkityksen korostaminen on myös tärkeää. Sairaanhoidajien riittävällä tiedolla vaihtoehtoisista hoitomuodoista voidaan parantaa masennuspotilaiden elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja myös estää itsemurhia. (Valente & Fisher 2012, 24–25.)

Sairaanhoidajan toteuttamaa ohjausta tulee arvioida jatkuvasti potilaan kanssa yhdessä. Ohjaukselle tulee asettaa selkeät ja arvioitavissa olevat tavoitteet. Tärkeää on, että ohjauksen tavoitteet on saavutettu ja tehty arvio siitä millaista ohjaus on ollut. Ohjauksen epäonnistumista voidaan myös arvioida. Potilaan motivoinnin näkökulmasta, on hyvä antaa myös positiivista palautetta onnistumisesta. Sairaanhoidajan kehittymistä ohjauksen antajana, auttaa kriittinen ja myös potilaan näkökulmat huomioiva arviointi. (Kygäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 45.)

Bernard, Westman, Dutton ja Lanocha (2009, 327–330) havaitsivat neljä vaihetta tutkiessaan rTMS-hoitoa antavan sairaanhoidajan ja potilaan välistä suhdetta. Nämä olivat ensikontakti, arviointi ja sopeutuminen, hoidon antaminen ja tapahtuman käsittely.

Ensimmäisessä vaiheessa eli ensikontaktissa on tärkeää, että potilas on tietoinen sairaanhoidajan pätevyydestä. Sairaanhoidajan tulee ymmärtää potilaan rTMS-hoitoon liittyvä huoli. (Bernard ym. 2009, 327.)

Arviointi- ja sopeutumisvaiheessa potilas saa tietoa rTMS-hoidosta ja hänellä on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Tässä vaiheessa sairaanhoidaja voi osoittaa empatiaa ja kannustusta potilasta kohtaan keskustelun aikana. Olisi hyvä, jos potilas pääsisi myös tutustumaan huoneeseen, jossa hoitoa tullaan hänelle antamaan. Lisäksi potilaan hoitosuunnitelma käydään tässä vaiheessa läpi. (Bernard ym. 2009, 328.)

Hoidon antamisen vaiheessa potilas saa rTMS-hoidon, jossa sairaanhoidaja toimii tarvittaessa potilaan tukena. Tärkeää olisi, että sama sairaanhoidaja toimisi potilaan kanssa koko hoidon ajan ensikontaktista lähtien. (Bernard ym. 2009, 329.)

Viimeisessä eli tapahtuman käsittelyn vaiheessa sairaanhoidaja auttaa potilasta asettamaan välitavoitteita selviytymiselleen, edistämään potilaan elämänlaatua sekä kannustaa itsenäistymiseen ja kasvuun. Erityisen tärkeää koko prosessissa on, että sairaanhoidaja tietää psykiatrisista sairauksista ja on empaattinen potilasta kohtaan. Hoitaja avustaa potilasta asettamaan realistisia odotuksia, tukee potilasta ja tämän läheisiä sekä luo turvaa ja tukee hoidon jatkuvuutta. (Bernard ym. 2009, 327–330.)

4.4 Potilasopetus ja psykoedukaatio

Potilasopetuksesta ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, mutta se yhdistetään usein hoitotyössä annettavaan pedagogiseen toimintaan, jossa potilaalle annetaan suoranaisemmin tietoa kuin potilasohjauksessa, jossa hoitaja taas toimii niin sanotusti suunnan näyttäjänä. Potilasopetuksen kanssa rinnakkain käytetään toisinaan termiä psykoedukaatio. Psykoedukaatio-termiä voidaan käyttää mielenterveystyössä terapiaa tarkoittavana käsitteenä, mutta myös tarkoittamaan emotionaalisen tuen ja tiedon antamista sekä ongelmanratkaisutaitojen edistämistä. (Kilcku 2008, 23–28.)

Mielenterveyspotilaiden potilaskohtaisena hoitomuotona käytetään psykoedukaatiota, jota kutsutaan myös koulutukselliseksi terapiaksi. Depressiossa se yhdistetään potilasopetukseen. Aiemmin puhuttiin kansanomaisesti sopeutumisvalmennuksesta, yksilökohtainen toimintamalli tässä on kuntoutusohjaus. Keskeistä psykoedukaatioissa on potilaan tilanteen hahmottaminen ja elämänhallinta sairauden kanssa. (Vilkkumaa 2012.)

Psykoedukatiivinen työskentely on saanut alkunsa skitsofrenian ja psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoitomenetelmänä. Menetelmä on opetusellinen. Psykoedukaatioissa voidaan puhua asiantuntijuudesta hoitavan tahon ja potilaan sekä perheen kanssa. Siinä etsitään yhdessä ratkaisuja potilaan ja hänen perheensä ongelmallisiin tilanteisiin. Lähtökohtana ovat potilaan ja hänen perheensä yksilölliset kokemukset. Hoitajan tulisi osata liittää ajankohtainen tieto ja hoitotyö näihin potilaan kokemuksiin. (Kuhanen ym. 2012, 90–91.)

Psykoedukatiivisen työskentelyn tarkoitus on potilaan ja hänen omaisensa kanssa oleva yhteistyö, ajatuksena, että sairauden kulkuun voidaan näin vaikuttaa. Painopiste on nykyisyydessä. Psykoedukatiivisen lähestymistavan käyttö mielenterveystyössä on perusteltua, koska sen vaikuttavuudesta on tutkimuksellista näyttöä. Käytännössä potilaalle annetaan tietoa sairaudesta, sen oireista, selviytymiskeinoista, hoitomuodoista, paranemisesta ja keinoista parantua. Sairauden uusiutumisen merkkejä voidaan opetella tämän menetelmän avulla. (Kuhanen ym. 2012, 91–92.)

4.5 Suullinen ohjaus

Ammattimainen ohjaus edellyttää kielellisten välineiden hallintaa. Suullisessa ohjauksessa tulisi käyttää yleiskieltä ja tukea sanallista viestintää katsekontaktilla, ilmeillä ja eleillä. Istuma-asento ja kumartunut asento ohjattavan puoleen viestittävät läsnäoloa ja kuuntelemista. Hyvä välimatka ohjaajan ja ohjattavan välillä on noin puoli metriä. Keskustelulle tulisi varata aikaa ja ohjaajan tulisi valmistautua tilanteeseen etukäteen niin, että ohjaus sujuisi johdonmukaisesti. Suullisen ohjauksen tulisi olla yksilöllistä, ohjattavan iän ja vastaanottokyvyn huomioivaa. Vuorovaikutuksessa näkyy väistämättä ohjaajan oma persoonallisuus ja yksilölliset ohjaustavat. (Vänskä ym. 2011, 36–37; Hankonen ym. 2006, 28–29.)

Erilaisten kysymysten esittämisellä voi siirtää puheenvuoroa ohjattavalle ja samalla ohjata keskustelua haluttuun suuntaan. Avointen kysymysten esittäminen on lähtökohtaisesti antoisampaa, tällöin ohjattavan oma näkökulma tulee paremmin esille. Tarkentavilla kysymyksillä vahvistetaan, että ohjaaja on kuunnellut, mitä ohjattava on kertonut, mutta haluaa vielä tarkempaa tietoa asiasta, jotta ei ymmärrä asiaa väärin. Muita vuorovaikutuksen tehostamisen keinoja on monia, kuten esimerkiksi ohjattavan kertomien asioiden toistaminen, ohjattavan rohkaiseminen ja kannustaminen tai arkojen asioiden pehmittäminen lausuntatyöliä muuttamalla. (Vänskä ym. 2011, 37–40.)

Vastavuoroista keskustelua voi myös heikentää. Tällaista toimintaa ovat omaan puheeseen keskittyminen, päälle puhuminen, keskeyttäminen, yleistyminen ja suorien ohjeiden antaminen. (Vänskä ym. 2011 44–46.)

4.6 Kirjallinen ohjaus

Tutkimukset osoittavat kirjallisen ohjauksen olevan suulliseen ohjaukseen ja neuvontaan yhdistettynä suositeltavampaa kuin yksinään kirjallisena annettava ohje. Potilaat saattavat unohtaa suullisesti annetun ohjeen helposti, lisäksi kirjallista ohjetta on vaikeampi ymmärtää väärin. Ammatillaisen on tärkeää varmistaa, että kirjallinen ohje ei ole suullista ohjetta korvaava tekijä. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus kysyä hoitoon liittyviä asioita, joita nousee esille kirjallisesta ohjeesta. (Grahn 2014, 8.)

Kirjallisella ohjauksella voidaan antaa potilaalle perustietoa sairaudesta, hoidosta, siitä toipumisesta sekä tutkimuksesta ja toimenpiteestä ja näihin valmistautumisesta helposti tutustuttavassa muodossa. Potilasohjaukseen jää osastoilla yhä vähemmän aikaa, mikä luo haasteita potilasohjauksen riittävälle toteutumiselle. Kirjallisella ohjeella voidaan tukea terveydenhuollon ammatillaisen antamaa suullista ohjausta. (Pitkänen ym. 2012, 15.)

Kirjallisen ohjeen kirjoituksen tulee olla kirjoitettu potilaalle ymmärrettävällä kielellä ja siinä olevat asiat tulee olla oikeaa tietoa. Kirjallisessa ohjeessa tavoitteena on antaa potilaalle kysymyksiin vastaus ja potilaalle neuvontaa. Ohjetta laatiessa tulee huomioida muun muassa ohjeen asiallinen asenne ja potilaan kunnioitus, tiedon ajantasaisuus, selkeys, helppolukuisuus ja tekstin määrä. (Eloranta & Virkki 2011, 73–77.)

4.7 Hyvä potilasohje

Ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa tehdä hyvää potilasohjetta vaan kirjallisen ohjeen rakentaminen perustuu aina hoitoyksikön ja potilaan tarpeisiin. Hoitoyksikön näkökulmasta potilasohjeen tavoitteena on auttaa potilasta toimimaan oikein ja potilaan näkökulmasta saada tietoa. Ohjeen suunnittelussa tulee ottaa huomioon kohderyhmä ja etenkin toimenpiteeseen tulevalle potilaalle suunnatun potilasohjeen tulisi olla potilasta puhutteleva joko sinutellen tai teititellen. (Alaperä, Antila, Blomster, Hiltunen, Honkanen, Honkanen, Holtinkoski, Konola, Leiviskä, Meriläinen, Ojala, Pelkonen & Suominen 2006, 67.)

Potilasohjeen tulee olla helposti ymmärrettävä, ytimekäs, ajankohtainen ja ulkoasultaan viimeistelty. Ohjeessa olisi hyvä olla kuvia ja tietoa myös potilaan selviytymisestä ja voimavarojen tukemisesta. Ohjeen avulla myös potilaan omaiset saavat hoidosta tietoa. Potilasohjeen kuvissa tulee huomioida kuvan tekijänoikeudet ja on hyvä käyttää kuvatekstejä tarkentamassa mitä kuvassa on. (Pitkänen ym. 2012, 15, 19–20; Alaperä ym. 2006, 67.)

Potilasohje tulisi suunnitella ulkoasultaan niin, että siinä ei ole liikaa kaikkea, koska tyhjän tilan katsotaan viestittävän rauhallisuutta. Yksi- ja kaksisivuisessa potilasohjeessa on järkevää käyttää vaakataitettua kirjasta. Väriäinen esite herättää enemmän huomiota kuin musta-valkoinen, mutta värien tulee olla hillittyjä eikä niitä saa käyttää liikaa. Potilasohje voi olla valkoinen, mutta myös ihan yhtä hyvin vaalean pastellinväriäinen. Tärkeitä asioita kannattaa korostaa väreillä. (Alaperä ym. 2006, 68.)

Sisällöllisesti potilasohjeen alussa tulisi sijaita tärkein tieto edeten loppua kohden vähemmän tärkeään tietoon, jotta potilas omaksuisi olennaisimmat asiat, vaikka ohjeen lukeminen jäisi kesken. Pääotsikoilla ja väliotsikoilla voidaan parantaa ohjeen luettavuutta. Kirjasintyypiksi on hyvä valita helposti luettava tyyppi, kuten Arial tai Times New Roman, fonttikokona tavallisimmin on 12. Potilasohjeen tulee olla lisäksi kirjoitusasultaan virheetön ja siinä tulisi käyttää yleiskieltä. Liian pitkiä lauseita kannattaa välttää, mutta toisaalta monta liian lyhyttä lausetta peräkkäin tekee tekstistä raskaan luettavan. Kerrotut asiat tulee lisäksi lyhyesti perustella. (Alaperä ym. 2006, 67–68; Hyvärinen 2005, 1770–1772.)

Pitkäsen ym. (2012, 19) tutkimuksen mukaan ohjeessa tulisi huomioida, että se sopii eri-ikäisille ja heidän läheisilleen ja, että ohjeesta löytyy hoitoyksikön erityistarpeet ja yhteystiedot. Ulkoasussa tulisi käyttää isoa fonttia, josta olisi saatavilla tiivistetty tieto. Potilasohje tulisi olla helposti päivitettävä, mielellään sekä sähköisenä että paperillisena versiona ja saatavilla eri kielellä.

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa rTMS-hoidosta masennuksen hoitomuotona. Tavoitteena oli tuottaa mahdollisimman selkeä ja kattava kirjallinen potilasohje sarjamagneettistimulaatiohoitoon menevälle potilaalle.

Jotta opinnäytetyöstä ei olisi tullut liian laajaa, meidän tuli määrittää tutkimuskysymykset. Määrittämällä tutkimuskysymykset, selvensimme mitä halusimme tutkia ja tietää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuskysymykset ovat olleet:

1. Millainen on hyvä potilasohje ohjauksen välineenä masennuspotilaalle?
2. Mitä rTMS-hoidosta tiedetään aiemman tiedon perusteella?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Ennen varsinaisen opinnäytetyöprosessin alkamista meille oli selvää, että halusimme tehdä opinnäytetyön yhdessä ja potilasohjeen tuottaminen kiinnosti meitä molempia. Onneksemme löysimme nopeasti työelämätahon, jolla oli tarvetta potilasohjeelle ja, jonka ehdottama aihe oli mielenkiintoinen. Opinnäytetyön aiheeksemme muodostui potilasohjeen toteuttaminen rTMS-hoitoon menevälle potilaalle.

Opinnäytetyötä aloittaessamme olimme jo hyvässä vaiheessa opintojamme ja toivoimme, että saisimme opinnäytetyön valmiiksi teoriaopintojen kanssa samanaikaisesti. Aikataulusta oli tulossa kireä, mutta mahdollinen.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyötä, jonka tavoitteena on tuottaa ammatilliseen käyttöön jokin ohjeistus tai järjestää jokin tapahtuma tai näyttely, kutsutaan toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja siihen liittyvä raportointi. Toiminnallinen opinnäytetyö vaatii muiden ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tavoin kuitenkin myös selvityksen tekemistä, jotta saavutetaan tarvittava määrä tietoa. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.)

Teoreettinen tarkastelu lähtee Varton (2003,8) mukaan teorian tarkastelusta yleistävämmin ja etämmältä. Toiminnallisella opinnäytetyöllä voidaan nostaa yhteiseen keskusteluun ja yhteisten kokemusten teoreettisempaan tarkasteluun aiheita ja näin toiminnallinen opinnäytetyö vastaa käytännön ja teorian tarpeisiin.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännössä ohjeistaa ja opastaa ammattilaisten toimintaa teoriaa yhdistämällä. Käytännön toteutus yhdistettynä erilaisiin tutkimuksellisiin menetelmiin raportoinnissa ovat tärkeitä ammattikorkeakoulun toiminnallisissa opinnäytetöissä, eri ammattikulttuureissa on paljon tietoa ja taitoa, joita ei saada esille ilman selvityksen tekemistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön olisi hyvä olla työelämään sidottu ja käytännönläheinen. Opinnäytetyöllä osoitetaan opiskelijan ammatillisia tietoja ja taitoja ja riittävää tutkimuksellista osaamista. Työelämään sidottu opinnäytetyö voi edistää opiskelijan työllistymistä ja lisätä vastuullisuutta opinnäytetyöprojektissa niin aikataulussa pysymisen kuin tavoitteidenkin saavuttamisen kannalta. (Vilka & Airaksinen 2003, 10, 16–17.)

6.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyömme keskeisiksi käsitteiksi määrittelimme masennuspotilaan, rTMS-hoidon sekä potilasohjeen ohjauksen välineenä. Kaikessa tiedonhaussa pyrimme ensisijaisesti löytämään tietoa, joka koski masennuspotilaan hoitoa. Hakuja teimme pääasiassa käyttämällä keskeisiä käsitteitämme ja näiden synonyymeja hakusanoina. Haut rajasimme tietokannoissa suomenkieliseen ja englanninkieliseen materiaaliin, jotka oli julkaistu vuosien 2006 ja 2016 välillä. (Liite 1.)

Opinnäytetyön työstämisen aloitimme siis tekemällä tietokantoihin hakuja, jotta näimme, kuinka paljon aiheesta oli tietoa saatavilla ja myös, että löytyykö rTMS-hoidosta ylipäätään tietoa juuri masennuksen hoitomuotona. Näin saimme käsityksen siitä, mitä aihealueeseemme oli hyvä sisällyttää ja mitä toisaalta rajata pois. Tutustuimme myös kirjallisuuteen, jota oli saatavilla.

Saatuamme aiheen rajattua, teimme kirjallisuusselvityksen Medic- ja Cinahl-tietokantoja apuna käyttäen. Käytimme myös manuaalista Google-hakua ja hankimme kirjallisuutta kirjastoista. Työhömmme valitsimme tietoa, joka oli luotettavista lähteistä peräisin, helposti saatavilla ja ajankohtaista. Lähteissämme suosimme hoito- ja lääketieteellisiä tutkimuksia ja artikkeleita, joita pidimme luotettavina.

Monessa haussa ongelmaksi muodostui lähteen kokotekstin saatavuus Medic- tai Cinahl-tietokannasta. Otsikon ja tiivistelmän perusteella moni hakutulos vaikutti hyödylliseltä, mutta tekstistä ei ollut saatavilla sähköistä kokotekstiä eikä artikkeli tai tutkimus ollut saatavilla käytössämme olevista kirjastoista. Tästä huolimatta teimme hakuja myös rajaamatta niitä ainoastaan kokoteksteihin ja hyödyllisen hakutuloksen saadessamme pyrimme löytämään sen kirjastosta tai internetistä manuaalisella Google-haulla, mikäli sähköistä kokotekstiä ei ollut alkuperäisessä tietokannassa saatavilla.

Masennuksesta tietoa löytyi hyvinkin paljon niin hoitomuodoista, selviytymisestä kuin fysiologiastakin. Emme kuitenkaan kokeneet masennuksen käsittelyn laajana kokonaisuutena olevan tarpeellista vaan poimimme opinnäytetyöhömmme vain perustiedot sairaudesta. Masennus-käsitteessä keskityimme lähinnä masennuspotilaisiin, eli opinnäytetyömme kohderyhmään, jossa olennaista oli huomioida tämän ryhmän erityispiirteet ohjaustilanteissa.

rTMS-hoito vaikutti löytämämme tiedon perusteella olevan Suomessa vielä melko uusi hoitomuoto eikä tietoa löytynyt kovinkaan paljon. Haasteenamme oli, että emme löytäneet rTMS-hoidosta lainkaan suomenkielisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia. Englanninkielisiä, hoitotieteellisiä tutkimuksia oli saatavilla muutamia, jotka käsitelivät sairaanhoitajan antamaa ohjausta rTMS-hoidossa oleville potilaille, potilaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutusta tai rTMS-hoitoa saavien potilaiden kokemuksia. (Liite 2.)

Monessa englanninkielisessä hakutuloksessa rTMS-hoitoa käsiteltiin aivohalvauksen tai skitsofrenian hoitomuotona, mutta rajasimme nämä artikkelit ja tutkimukset kokonaan työn ulkopuolelle, koska täsmällistä tietoa

rTMS-hoidosta masennuksenkin hoitomuotona kuitenkin löytyi. Suomenkielisistä hakutuloksista osa käsitteli rTMS-hoitoa radiologian näkökulmasta. Tällaisia artikkeleita hyödynsimme jonkin verran, koska suomenkielistä tietoa oli ylipäättään saatavilla niin vähän.

Potilasohjauksesta sen sijaan löytyi paljon tietoa sekä suomeksi että englanniksi. Potilasohjaus on laaja aihe, joten rajasimme aiheen opinnäytetyömme näkökulmasta ainoastaan suulliseen ja etenkin kirjalliseen ohjaukseen. Hakutuloksista valitsimme ensisijaisesti käytettäväksemme niitä tutkimuksia ja artikkeleita, jotka käsittelivät potilasohjausta mielenterveys- tai masennuspotilaan hoidon yhteydessä.

6.3 Potilasohjeen suunnittelu

Sairaalan osastolla ei ollut yhteneväistä ja selkeää rTMS-hoitoon tarkoitettua potilasohjetta. Jotta voimme tuottaa mahdollisimman hyvän potilasohjeen, piti meillä olla tietoa siitä, millainen on hyvä potilasohje. Koska emme haastatelleet potilaita potilasohjeen sisältöä varten, piti meidän löytää tutkittua tietoa, millaista ohjausta masentunut henkilö tarvitsee ennen toimenpidettä ja minkälainen ohjeen tulee olla, jotta masentunut henkilö saa tarvittavan tiedon siitä. Tarvitsimme myös tietoa rTMS-hoidosta ja sen toteutuksesta potilasohjeen sisältöä varten.

Potilasohjeen kohderyhmänä meillä oli masennusta sairastavat potilaat. Kohderyhmän asettamisella rajataan opinnäytetyön aihealuetta, jolloin opinnäytetyö pysyy helpommin tarkoituksenmukaisessa laajuudessa. Lisäksi kohderyhmä auttaa opinnäytetyön onnistumisen arvioinnissa. Opinnäytetyötä voidaan tällöin arvioida kohderyhmän näkökulmasta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40.)

Meidän piti lisäksi tietää myös osaston tavoista ja siitä, kuinka hoito käytännössä toteutetaan. Jotta ohje sopi osastolle, tuli meidän tietää, täytyykö ohjeessa käyttää tietynlaista, esimerkiksi kyseiselle sairaalalle ominaista tyyliä, vai voiko ohje olla ulkonäöltään minkälainen tahansa. Osastolta saimme suunnittelun tueksi ohjeen, joka käsitteli rTMS-hoitoa ja, joka on aikaisemmin jaettu rTMS-hoitoon menevälle potilaalle. Ohjeessa oli potilasohjeemme kannalta tärkeää tietoa hoitoon tulevalle potilaalle hoidon toteutuksesta. Ohje oli kuitenkin melko lääketieteellinen ja raskaasti luettava, kun vertasimme sitä tutkimustiedon perusteella mainittuihin hyvän potilasohjeen kriteereihin. Tämän perusteella otimme tavoitteeksemme tehdä ohjeen, joka sisältäisi samoja asioita, mutta olisi tyyliltään pehmeämpi.

Vaikka tutkimuksellisten menetelmien käyttäminen ei ole välttämätöntä toiminnallisessa opinnäytetyössä, voidaan selvitystä joutua tekemään, jos kohderyhmän tarpeita ei tiedetä. Selvityksen avulla saatu tieto voi olla tällöin tarpeellista myös opinnäytetyön tavoitteena olevan tuotoksen tuottamista varten. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56–57.)

Suunnittelun lähtökohtana oli, että potilasohjeen voi kuka tahansa hoitohenkilökunnasta antaa potilaalle ja sen tuli olla niin selkeä, että teksti on poti-

laan ja tämän omaisten ymmärrettävissä, huomioon ottaen potilaan sairauden laadun ja elämäntilanteen. Potilasohje rTMS-hoitoon annetaan yhdessä henkilökunnan toteuttaman suullisen ohjauksen yhteydessä. Potilasohjeen sisällön tarkemman määrittelyn ja ulkoasun sovimme toteuttavamme sen tiedon mukaisesti, jota olimme hyvästä potilasohjeesta löytäneet.

6.4 Potilasohjeen toteutus

Aloitimme potilasohjeen toteutuksen, kun olimme keränneet riittävästi tietoa rTMS-hoidosta, masennuspotilaan ohjauksesta ja hyvästä potilasohjeesta. Tiedon keräämisen lopetimme, kun emme löytänyt enää merkittävää, uutta tietoa. Kävimme keskenämme läpi asioita, joita potilasohjeessa tulisi olla. Potilasohjeen toteutuksessa otimme huomioon asiat, jotka hyvän potilasohjeen tulisi sisältää löytämämme tutkitun tiedon mukaisesti.

Rakenteeltaan sovimme potilasohjeen olevan vaakataitettu kirjanen, jonka etusivulla olisi kohta, jonne hoidon varaaja kirjoittaisi potilaalle muistiin varatun rTMS-hoidon ajankohdan. Näin potilasohje toimisi samalla potilaan muistilappuna ja toisaalta ohje tulisi ehkä varmemmin annettua jokaiselle potilaalle, jos hoitoaika sovittaisiin osastolla kirjoitettavan aina ohjeeseen.

Seuraavalla sivulla eli kirjasen keskiaukeamalla olisi olennaiset tiedot hoidosta sekä kuva tuolista, jossa potilas saa rTMS-hoidon. Kuvan ajattelimme mahdollisesti lievittävän potilaan jännitystä. Olennaisia tietoja olisivat hoidon tarkoitus, toteutus, hoidon vasta-aiheet ja haittavaikutukset. Nämä tiedot tulisi kertoa yleiskielellä, kattavasti, mutta silti mahdollisimman lyhyesti, jotta potilasohjeesta ei tulisi liian pitkä. Viimeisen eli takasivun jättäisimme tyhjäksi, mikäli kaikki tieto mahtuu keskiaukeamalle.

Toteutimme potilasohjeen sisällön sovitun mukaisesti. Potilasohjeen tyylissä otimme huomioon 4.7 Hyvä potilasohje-luvussa käsittelemiämme tekijöitä. Potilasohjeen fontiksi valitsimme Arial, fonttikooksi 14 ja väriksi mustan. Otsikkoihin käytimme fonttikokoa 16, isoja kirjaimia ja värinä sinistä. Sininen vaikutti otsikossa neutraalilta väriltä ja se myös sopi toimeksiantajan tyyliin.

Potilasohjeemme otsikko oli Magneettipulssihoito – rTMS-terapia. Otsikko erosi opinnäytetyössämme käyttämästämme hoidon termistä, mutta tämä termi oli osaston aikaisemmin käytössä olevassa ohjeessa, jonka vuoksi käytimme tätä myös meidän tekemässämme potilasohjeessa. Väliotsikot olivat Valmistautuminen, Hoidon toteutus ja Haittavaikutukset. Hoidolla ei varsinaisia vasta-aiheita ole, jonka vuoksi kyseisen otsikon jätimme pois suunnitelmasta poiketen. Ohjeessa oli myös paikka kuvalle, jota emme tässä vaiheessa vielä olleet ehtineet itse käydä valokuvaamassa.

Ensimmäisen version potilasohjeesta annoimme osastolle käsiteltäväksi saadaksemme palautetta ja muutosehdotuksia. Samalla kävimme myös tutustumassa hoitoon paikan päällä ja otimme valokuvia potilasohjetta ja

opinnäytetyömme kirjallista osuutta varten. Valokuvaamalla itse kuvat potilasohjetta varten varmistimme, ettemme riko kenenkään muun kuvaajan tekijänoikeuksia. (Vilka & Airaksinen 2003, 162–163.)

Osastolta saamamme palaute oli positiivista. Ainoa korjausehdotus ohjeeseen oli potilasohjeen otsikko, minkä muutimme osaston käytännön mukaiseksi eli rTMS-hoidoksi. Otsikko oli nyt yhdenmukainen myös opinnäytetyömme kirjallisen osuuden kanssa.

Pohdimme potilasohjeen ulkoasun värillisyyttä, jonka otimme puheeksi osaston kanssa. Osastolla ohjeet tulostetaan ensisijaisesti mustavalkoisina, joten meidän oli muokattava kuvamme mustavalkoiseksi, jotta siitä olisi tullut mahdollisimman selkeän näköinen ohjeeseen. Myös otsikoiden sininen väri tuli korvata siis mustalla värillä. Teimme toivotut muokkaukset potilasohjeeseen. (Liite 3.)

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössämme noudatimme eettisesti hyväksyttävää tieteellisen toiminnan käytäntöjä. Tieteellisen toiminnan normeiksi on määritelty neljä osa-aluetta: universaalisuus, yhteisöllisyys, puolueettomuus ja järjestelmällisen epäilyn periaate. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 21.)

Universaalisuudella tarkoitetaan, että tutkija ei saa antaa omien mielipiteiden tai oletusten vaikuttaa tutkimuksen totuudellisuuteen vaan tieteellistä totuusarvoa on arvioitava yleispätevien kriteerien avulla. Yhteisöllisyydellä varmistetaan, että tieteellinen tieto on kaikkien tiedeyhteisöjen käytettävissä. Puolueettomuus tieteellisessä toiminnassa estää tutkijaa valikoimasta tietoa omaa etuaan tavoitellakseen. Järjestelmällisellä epäilyllä tarkoitetaan tieteellisten tulosten julkisaattamista tiedeyhteisöjen arvioitavaksi ja kriittiseen tarkasteluun. (Hirsjärvi ym. 2009, 21.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012, 6) ja Kuula (2006, 34–35) avaavat nämä käsitteet esittäen, että tutkimus tulee olla tehty rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tutkimuksessa kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä eikä kirjoituksia plagioida tai vääristellä. Tutkimus on huolella suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tarkasti ja tutkijoiden tehtävät on määritetty ja sovittu.

Opinnäytetyössämme nämä kriteerit täyttyivät opinnäytetyömme perusteessa tutkittuun tietoon ja käytettäessä luotettavia lähteitä, noudattaessamme puolueetonta aineistonkeruuta, lähteidemme ilmoittamisella sekä opinnäytetyön esittämisellä ja julkaisemisella opinnäytetöiden verkkokirjasto Theseus.fi-sivustolla.

Hyvää tieteellistä käytäntöä voi loukata sepittämisellä eli keksittyjen havaintojen esittämisellä, havaintojen vääristelyllä, plagioinnilla, tutkimustuloksen tai tutkimukseen liittyvän osion anastamisella toisen henkilön tutkimuksesta. Myös piittaamattomuus on tuomittavaa. Piittaamattomuus voi liittyä liian suppeakatseiseen tutustumiseen aikaisempiin tutkimustuloksiin,

tulosten tai menetelmien harhaanjohtavaan raportointiin, kirjaamiseen tai säilyttämiseen, itsensä plagioimiseen tai johonkin muuhun harhaan johtavaan käytökseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 9.)

Työn luotettavuutta parantaa lähdekriittisyys. Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähdekritiikki on erittäin tärkeää, koska tieto siirretään opinnäytetyön tuotokseen eli tässä opinnäytetyössämme potilaille jaettavaan potilasohjeeseen. Tiedon tulee olla mahdollisimman uutta, koska vanha tieto on voitu kumota uudemmalla tiedolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 113; Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.)

Varmistimme luotettavuuden käyttämällä tunnettujen ja arvostettujen kirjoittajien julkaisuja työssämme. Pyrimme käyttämään uutta ja ajankohtaista tietoa. Lähteemme ovat luotettavia ja helposti saatavilla olevia. Olemme jonkin verran joutuneet käyttämään toissijaisia lähteitä eli lähteitä, joissa alkuperäinen tieto on jo kertaalleen kirjoittajan toimesta referoitu uuteen artikkeliin tai tutkimukseen. Tällaisia ovat esimerkiksi käyttämämme kirjallisuuskatsaukset ja lääketieteelliset artikkelit.

Toissijaisten lähteiden käyttämisen heikkoutena on, ettemme tiedä kuinka paljon alkuperäinen tieto on muuttunut, kun tekstiä on referoitu lähteenä käyttämäämme tutkimukseen. Oppikirjoja olemme käyttäneet tiedon lähteenä vain vähän, koska näiden tieto voi olla monesti referoitua eikä lähteitä ole useinkaan ilmoitettu. Emme myöskään ole hyväksyneet lehtien tai uutisten artikkeleita lähteiksemme, lukuun ottamatta Duodecim-artikkeleita. (Hirsjärvi ym. 2009, 113.)

Tutkimuksia tehtäessä käytetään käsitettä validius eli pätevyys, jonka perusteella voidaan tutkimus toistaa samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Opinnäytetyöhön sovelletaan toistettavuutta, koska työn tarkoituksena oli laatia potilasohje sarjamagneettistimulaatiohoitoon menevälle potilaalle ja osasto voi siten käyttää samankaltaista ohjetta esimerkiksi muihin neuromodulaatiohoitoihin. Osaston henkilökunta voi halutessaan toistaa laatimamme ohjeen.

8 POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyömme kirjallisen osuuden tekeminen sujui yhteistyössä ja tasa-puolisesti. Teimme työtä molemmat tahoillamme, soittelimme, viestitimme ja pohdimme ongelmia yhdessä. Opinnäytetyö eteni tasaisesti eikä pitkiä taukoja työn tekemisessä ollut. Yhteistyötämme helpotti, että olimme aikaisemminkin tehneet kirjallisia, opiskeluun liittyviä töitä yhdessä ja tiesimme toistemme tavan työskennellä. Aluksi ajattelimme opinnäytetyömme keskittyvän rTMS-hoitoon, mutta suunnitelmaseminaarin yhteydessä huomasimme potilasohjauksen olevan tärkein osa työtämme, koska tavoitteenamme oli toteuttaa toimiva potilasohje.

Potilasohjeen työstäminen sujui mutkattomasti. Hyvästä potilasohjeesta löytyi teoreettista tietoa kiitettävästi, jonka pohjalta potilasohjetta oli mie-

lekästä lähteä rakentamaan. Saimme osastolta myös hyvät pohjatiedot potilasohjeen sisältöön. Mietintää aiheutti lähinnä potilasohjeen suppeus. Tiesimme, että kohderyhmämme huomioiden, ei ole järkevää sisällyttää ohjeeseen suurta määrää tekstiä eikä osastokaan sitä toivonut. Potilasohjeesta tuli lopulta hyvin selkeä, lyhytkin, ja se sisälsi masennuspotilaan kannalta vain olennaiset asiat hoitoa varten. Olimme tyytyväisiä, että tavatessamme rTMS-hoitoa antavan hoitajan, saimme otettua kuvia potilasohjetta varten.

Opinnäytetyömme haasteellisuutta lisäsi rTMS-hoidosta löytyvä teoria-tieto, joka oli pääasiallisesti lääketieteellistä. Tarkoituksenamme oli käsitellä aihetta hoitotyön ja potilaan näkökulmasta. Haasteellisuutta lisäsi myös jonkin verran yhteydenpitomme osaston kanssa, johtuen meidän molempien pitkästä välimatkasta ja omista työelämän asettamista vaatimuksista. Koulutuksemme yhdistettynä teoriaopintoihin ja työelämään muodosti painolastia työn valmistumiseen. Pysyimme tästä huolimatta hyvin aikataulussa.

Opinnäytetyömme luotettavuutta olisi saattanut parantaa kyselyn teettäminen sairaalan osastolla rTMS-hoitoa saaneille potilaille ja selvittäminen tätä kautta, mitkä tiedot olisivat olleet kaivattuja asioita potilasohjeeseen. Kysely olisi kuitenkin edellyttänyt tutkimusluvan hakemista, mikä taas olisi kyselyn vastausajan lisäksi pitkittänyt opinnäytetyöprosessiamme emmekä siksi lähteneet toteuttamaan kyselyä tai haastattelua potilaille. Varovasti voimme olettaa, että potilaat olisivat toivoneet potilasohjeeseen samankaltaisia asioita kuin, mitä tässä opinnäytetyössämme olemme aikaisemman tutkimustiedon perusteella jo esittäneet.

Paremman aikataulun puitteissa olisimme myös voineet antaa valmiin potilasohjeen osaston käyttöön sovituksi ajaksi ja pyytäneet tällöin palautetta potilailta, jonka jälkeen olisimme muokanneet potilasohjetta palautteen mukaisesti. Tämä olisi kuitenkin vaatinut jo paljon enemmän aikaa sekä myös tutkimusluvan.

8.1 Tuotoksen arviointi ja merkitys

Kirjallisen potilasohjeen rakentaminen perustuu hoitavan tahon ja potilaan tarpeisiin. Suunnittelussa huomioidaan kohderyhmä ja ohjeen tulee olla puhutteleva sinutellen tai teititellen. (Alaperä ym. 2006.)

Opinnäytetyössämme jo aikaisemmin esitellyn mukaisesti mielenterveyspotilaat kokevat saavansa liian vähän ohjausta ja toivoisivat monipuolisempia ohjausmenetelmiä käytettävän. Mielenterveyspotilaat kärsivät usein muun muassa muistiongelmista, jolloin kirjallinen ohje toimii muistin tukena. Tutkimuksista kävi myös ilmi, että rTMS-hoito aiheuttaa jännitystä ja huolta potilaissa. Riittävällä ohjauksella voidaan ehkäistä hoitoon liittyvää pelkoa.

Tuottamamme potilasohje on tarkoin suunniteltu potilaslähtöisesti erityisesti masennusta sairastavalle potilaalle. Ohjeessa ei ole liikaa raskaasti luettavaa tekstiä vaan potilaan kannalta tärkeät ydinasiat tulevat esille. Teksti on kirjoitettu puhuttelevassa muodossa, selkeällä, isommalla fontilla ja

kuva havainnollistaa selkeästi miten kyseistä hoitoa annetaan. Pitkäsen ym. (2012) mukaan potilasohjeen tulisi olla helposti päivitettävä, saatavilla mielellään sähköisenä versiona ja eri kielellä. Potilasohjeemme ei ole tuotettuna näissä muodoissa, mutta olemme toimittaneet osastolle potilasohjeen word-tiedostona, jolloin he voivat halutessaan päivittää ohjetta ja muokata sen käyttöön myös sairaalan internet-sivuille potilaiden saataville. Olemme luovuttaneet kaikki käyttöoikeudet potilasohjeeseen liittyen toimeksiantajana toimivalle osastolle.

Esittelemämme tutkimustiedon suosituksesta poiketen emme sisällyttäneet ohjeeseen tieto potilaan selviytymisestä tai voimavarojen tukemisesta. Tämä olisi lisännyt huomattavasti potilasohjeen tekstin määrää, emmekä kokeneet sen olevan olennaista rTMS-hoitoon valmistautumisen yhteydessä. Potilas on suurella todennäköisyydellä saanut selviytymiseen ja voimavaraistumiseen tukea jo osastolta. Toisaalta potilasohjeessa on osaston yhteystiedot, johon potilas voi ottaa yhteyttä tarvittaessa.

Osaston käyttöön tuotettu potilasohjeemme on merkityksellinen muun muassa potilaan sitoutumisessa rTMS-hoitoon ja sen vaikutuksesta voimavaraistumiseen. Vertaistuullisena merkityksenä voimme ajatella, että masennuspotilas suosittelee hoitoa muille ja esittelee sitä potilasohjettamme apuna käyttäen. Tieto, minkä potilas saa ohjeen välityksellä, lievittää pelkoa ja jännitystä tulevasta hoidosta. Masennuksen uusiutumisiehdossa potilaan olisi mahdollista saada uudelleen hoitoa tai vertaistuen avulla päästä hoidon piiriin. Potilaan omaisille ja läheisille potilasohje on tärkeä tiedon väline, jolla he saavat ymmärryksen siitä, minkälaista hoitoa omaisen on saamassa.

Osaston hoitajille ohje on tärkeä työväline suulliseen ohjaukseen yhdistettynä, hoitaja voi myös tarvittaessa itse tarkistaa hoito-ohjeita kirjallisesta ohjeesta. Potilasohje hoidosta on hyvänä tukena uuden henkilökunnan perehdytyksessä ja tiedonannossa. Potilasohjeemme saattaa motivoida osaston henkilökuntaa työstämään samankaltaisia ohjeita myös muita hoitoja varten.

Merkityksellinen ohjeemme on myös rTMS-hoidon tulevaisuudelle, hoidon yleistymisen myötä, on tärkeää, että hoidosta on tehty asianmukainen ja selkeä ohje potilaille. Sairaala on edelläkävijä hoidon toteuttamisessa, potilasohje antaa laadukkaan ja hyvän kuvan hoitomenetelmän toteutumisesta. Yhteiskunnallisesti hoidon hintaan nähden potilasohjeella ei liene merkitystä.

8.2 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi hyödyllistä tutkia ovatko potilaat kokeneet potilasohjeen hyödylliseksi tai selkeäksi. Tämä voitaisiin toteuttaa kyselytutkimuksena esimerkiksi haastattelukaavakkeen avulla, joka jaettaisiin potilaille, jotka ovat saamassa rTMS-hoitoa ensimmäistä kertaa. Potilasohjetta olisi hyvä muokata saadun palautteen mukaisesti. Tulevaisuudessa voitaisiin pohtia myös potilasohjeen merkitystä masennus potilaan hoitomyöntyvyydessä.

Potilasohje olisi hyvä olla potilaiden saatavilla myös sähköisenä, jonka toteuttamista osastolla voitaisiin harkita. Sairaala tarjoaa internet-sivuillaan potilasohjeita muihin hoitoihin, joten potilasohjeen lataaminen internet-sivuille ei luultavasti olisi vaikea toteuttaa. Tuottamamme potilasohje on suomenkielinen, mutta ohje olisi hyvä olla erityisesti myös englanniksi ja ehkä myös muilla kielillä sen perusteella, mitä kieltä sairaalan tai osaston potilaat yleisimmin käyttävät.

Toteuttamaamme potilasohjetta voidaan jatkossa hyödyntää myös muihin hoitomuotoihin, joita osastolta toteutetaan. Potilasohjauksen kannalta voisi olla selkeintä, kun tarjottaviin hoitoihin olisi kirjalliset potilasohjeet, joiden sisältö olisi koottu yhdenmukaisesti ja potilasohjeiden rakenne olisi samanlainen. Hoitohenkilökunnan kokemuksia olisi myös hyvä tutkia, miten hoitajat kokevat kirjallisen ohjeen potilasohjauksen näkökulmasta.

Opinnäytetyötä tehdessämme emme löytäneet lainkaan suomalaisia, hoitotieteellisiä tutkimuksia rTMS-hoitoon liittyen. Koska rTMS-hoitoa tarjotaan nykyään Suomessa useammassa suuressa sairaalassa, olisi hyödyllistä hoidon kehittämisen kannalta, että rTMS-hoitoa tutkittaisiin Suomessa myös hoitotyön näkökulmasta. Tutkimustiedon myötä rTMS-hoitoa voitaisiin kehittää ja poistaa potilaiden kokemaa jännitystä, joka englanninkielisissä hoitotieteellisissä tutkimuksissa tuli ilmi.

LÄHTEET

Alaperä, P., Antila, E., Blomster, K., Hiltunen, H., Honkanen, A., Honkanen, R., Holtinkoski, T., Konola, A., Leviskä, H., Meriläinen, S., Ojala, H., Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen Potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat hoitomallit. Oulu: Oulun yliopistopaino, 65–76.

Bernard, S., Westman, G., Dutton, P. R. & Lanocha, K. 2009. A Psychiatric Nurse's Perspective – Helping Patients Undergo Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for Depression. Viitattu 16.3.2016. Saatavissa Cinahl-tietokannassa: <http://jap.sagepub.com/content/15/5/325.full.pdf+html>

Eloranta, T. & Virkki S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Fitzgerald, P. B. 2011. The emerging use of brain stimulation treatments for psychiatric disorders. 923–939. Viitattu 15.3.2016. Saatavissa Cinahl-tietokannassa: <http://anp.sagepub.com/content/45/11/923.full.pdf+html>

Grahn, K. 2014. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveystieteet. Pro gradu -tutkielma.

Haapaniemi, P. 2014. Masennuksen isotooppikuvantaminen ja transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Opinnäytetutkimus.

Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T. Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat hoitomallit. Oulu: Oulun yliopistopaino, 23–31.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2015. Masennus. Duodecim. Viitattu 12.2.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. Katsaus. Viitattu 7.3.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Hämäläinen, S., Jauhiainen, A. & Janatuinen, A. L. 2010. Potilasohjauksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa Jauhiainen A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä, 10–15.

Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavaara, H. & Välimäki, M. 2008. Mental health: patient's experiences of patient education during inpatient care. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 16.3.2016. Saatavissa Cinahl-tietokannassa: <http://dx.doi.org.ezproxy.hamk.fi/10.1111/j.1365-2702.2007.02049.x>

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 20.2.2016. <http://acta.uta.fi/teos.phtml?11127>

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat hoitomallit. Oulu: Oulun yliopistopaino, 6–9.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 15.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Määttä, S., Vaalto, S., Könönen, M. & Säisänen, L. 2012. Navigoitu magneettistimulaatio – uusi apu moneen sairauteen. Lääkärilehti. Viitattu 19.2.2016. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.hamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/navigoitu-magneettistimulaatio-uusi-apu-moneen-sairauteen/>

Pitkänen, A., Mäki, K., Salminen, A. & Kaunonen, M. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena. Tutkiva hoitotyö 10 (4), 14–21.

Rosedale, M., Lisanby, S. H. & Malaspina, D. 2009. The Structure of the Lived Experience for Persons Having Undergone rTMS for Depression Treatment. New York University. Viitattu 16.3.2016. Saatavissa Cinahl-tietokannassa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/SmartLink/OpenEjsSmartLink?sid=6a47f28e-453b-4db7-a59c-da1a06f737c8@sessionmgr102&vid=22>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 31.1.2016: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_1.html

Taiminen, T. 2013. Lääkeresistentin masennuksen hoito. Duodecim. Viitattu 12.2.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo11274.pdf>

Tarnanen, K., Isometsä, E., Kivekäs, T., Lindfors, O., Marttunen, M. & Tuunanen, A. 2015. Depressio, masennus. Käypä hoito. Viitattu 24.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00044#s5>

THL. 2015. Masennus. Viitattu 12.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>

Tuominen, L. 2013. Magneettistimulaatio (rTMS) riittämättömässä hoitovasteessa. Käypä hoito. Viitattu 12.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06341>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 4.3.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valente, S. & Fisher, D. 2012. Transcranial magnetic stimulation for major depression. Viitattu 16.3.2016. Saatavissa Cinahl-tietokannassa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104156599&site=ehost-live>

Varto, J. 2003. Tietäminen toiminnallisessa tutkimisessä. Teoksessa Vilkkua, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi, 7–8.

Vilkkua, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilkkumaa, I. 2012. Psykoedukaatio-käsite, käyttö ja vaikuttavuus. Kuntoutusportti. Viitattu 19.2.2016. http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia?bid=914

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita.

TIEDONHAUN KAAVIO

Tietokanta	Haku-sana(t)	Rajauk-set	Osumien määrä	Valittujen lähteiden määrä	Hylättyjen lähteiden määrä ot-sikon pe-rusteella	Hylättyjen lähteiden määrä si-sällön pe-rusteella
Medic	masen* AND rTMS* magneetti*	2006– 2016 kieli: suomi	8	3	3	2
Medic	masen* depres* mielenter- vey* AND ohjau*	2006– 2016 kieli: suomi	47	1	42	4
Medic	masen* AND potilas- opetu*	2006– 2016 kieli: suomi	13	0	13	0
CINAHL	rTMS* AND depres*	2006– 2016	12	4	8	0
CINAHL	patient edu- cation AND nursing AND men- tal health	2006- 2016 lan- guage: english, Full texts, All adult	0	-	-	-
CINAHL	patient edu- cation AND nursing	2006– 2016 language: english, Full texts, All adult	46	1	43	2
CINAHL	patient edu- cation AND mental health	2006 language: english, Full texts, All adult	1	0	0	1

HAKUTULOSTEN YHTEENVETO

Kirjoittaja(t). Vuosi. Artikke- lin nimi.	Tarkoitus	Tutkimusme- todi	Tulokset
Haapaniemi. 2014. Masen- nuksen isotoop- pikuvantaminen ja transkraniaali- nen magneettisti- mulaatiohoito.	Kerätä tietoa kirjalli- suuden perusteella iso- tooppikuvantamisesta ja transkraniaalisesta magneettistimulaati- osta masennuksen hoi- dossa	Kirjallisuuskat- saus	Sarjamagneettistimulaa- tiolla on A-tason näyttöä masennuksen tehok- kaana hoitomuotona.
Taiminen. 2013. Lääkeresistentin masennuksen hoito.	Antaa tietoa lääkeresis- tentin masennuksen eri hoitomuotojen vaikut- tavuudesta	Lääketieteelli- nen katsausar- tikkeli	Lääkeresistentin masen- nuksen hoidossa on hyö- dyllistä käyttää useam- paa hoitomuotoa saman- aikaisesti.
Määttä, Vaalto, Könönen & Säisänen. 2012. Navigoitu mag- neettistimulaatio – uusi apu mo- neen sairauteen.	Antaa tietoa navi- goidun magneettisti- mulaatio vaikuttavuus- desta	Lääketieteelli- nen katsausar- tikkeli	Navigoinnilla voidaan parantaa rTMS:n hoidon tehoa ja tarkentaa koh- dennusta.
Pitkänen, Mäki, Salminen & Kaunonen. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveys- potilaan tiedon- saannin tukena.	Kuvata avo- ja osasto- hoidon mielenterveys- yksiköissä olevia kir- jallisia potilasohjeita ja niiden tarvetta psykiat- risessa hoidossa	Laadullinen ky- selytutkimus, SPSS- menetelmä	Ohjaus tapahtuu pääosin suullisesti. Käytössä on harvoin potilasohjeita. Kirjallisia ohjeita pide- tään tärkeinä.
Rosedale, Lisanby & Malaspina. 2009. The structure of the Lived Expe- rience for Per- sons Having Un- dergone rTMS for Depression Treatment.	Kuvailla rTMS-hoitoa masennukseen saaneiden potilaiden koke- muksia	Laadullinen ky- selytutkimus	Potilaat kokemukset koskivat turhautumista ja toivottomuutta lääke- resistenssin vuoksi, rTMS:oon liittyviä aisti- kokemuksia, tietoista läsnäoloa ja yhteyden tärkeyttä potilaan ja klii- nikon välillä.

Potilasohje sarjamagneettistimulaatiohoitoon menevälle potilaalle

Valente & Fisher. 2012. Transcranial magnetic stimulation for major depression.	Havainnollistaa masennuksen hoitoon käytävään rTMS:n liittyvää kirjallisuutta, hoidon prosessia, vaikutuksia ja sivuvaikutuksia.	Kirjallisuuskatsaus	Sairaanhoitajan ohjauksella voidaan edistää vaihtoehtoisten hoitojen kokeilemistä ja näin parantaa potilaan elämänlaatua ja ehkäistä itsemurhia.
Fitzgerald. 2011. The emerging use of brain stimulation treatments for psychiatric disorders.	Esitellä tämän hetken aivostimulaatiomenetelmiä psykiatrisissa sairauksissa.	Lääketieteellinen artikkeli	rTMS on vakiinnuttanut paikkansa yhtenä masennuksen hoitomuotona.
Hätönen, Kuosmanen, Malkavaara & Välimäki. 2005. Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care.	Esitellä psykiatristen potilaiden kokemuksia potilasohjauksesta psykiatrisilla osastoilla.	Haastattelututkimus	Potilaat kokivat tiedontarpeen yksilöllisesti. Potilaat kokivat potilasohjausta heikentäviksi tekijöiksi tiedon puutteen, vuorovaikutukselliset tekijät ja ennakkotietojen puutteen hoitajan ja potilaan välillä.
Bernard, Westman, Dutton & Lanocha. 2009. A Psychiatric Nurse's Perspective – Helping Patients Undergo Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for Depression.	Kuvailla psykiatrisen sairaanhoitajan roolia rTMS-hoidon toteuttajana ja antajana sekä potilaan auttajana hoidon läpikäymiseksi.	Havainnointitutkimus	Sairaanhoitaja on merkittävässä roolissa rTMS-hoitoa läpikäyvän potilaan tukijana ja tiedonantajana.

rTMS-hoito

Transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito

rTMS-hoito toteutetaan X-sairaalan X-osastolla.

Saapukaa osastolle _____._____ klo _____._____

Mikäli olette estynyt saapumaan, ottakaa yhteyttä rTMS-hoitajaan,

puh. _____

Lisätietoja os. 123 puh. 01 234 5678

Teille on suunniteltu rTMS-hoito. Hoidon tarkoituksena on masennusoireiden lievittyminen.

rTMS-hoitoa on käytetty 30 vuoden ajan erilaisten sairauksien hoitoon. Masennuksen hoidossa se on teholtaan verrattavissa lääkehoitoon.

VALMISTAUTUMINEN

Hoito ei vaadi Teiltä erillistä valmistautumista. Hoidon aikana makaatte tuolissa liikkumatta pulssisarjan aikana. Ensimmäisten kertojen jälkeen kasvoilla saattaa tuntua lihasjännityksestä aiheutuvaa lievää ohimenevää kipua.



HOIDON TOTEUTUS

Hoitonne toteutetaan (transkraniaalisella) magneettistimulaatiolaitteella (kuva laitteesta edellisellä sivulla).

rTMS-hoitoa annetaan pään alueelle magneettipulssisarjoina, joiden välillä on yksi tai useampi tauko. Hoito kestää n. 30-90 min.

Ensimmäisellä kerralla lääkäri määrittelee kohdan, johon päähän asetettava laite asetetaan. Sairaanhoidtaja toteuttaa hoidon seuraavilla hoitokerroilla.

Hoito on sarjahoitoa vähintään 3 viikon ajan 5 kertaa viikossa. Hoitoa voidaan antaa 25 hoitokertaan asti tai jatkaa yksilöllisesti ylläpitohoitona.

Saavutettua tehoa arvioidaan vasta 10 hoitokerran jälkeen.

HAITTAVAIKUTUKSET

Mahdollisina haittavaikutuksina saattaa esiintyä ohimenevää päänsärkyä ja arkuutta kallossa. Hoidon aikana voi tuntua, että joku "koputtaa" päähän. Epileptinen kohtaaminen on mahdollinen.

Hoitoa ei voida antaa, mikäli teillä on sydämen tahdistin tai päänsisäisiä metalliesineitä (hampaiden amalgaami-paikat eivät ole este hoidolle).

Mikäli sairastatte epilepsiaa tai olette raskaana, ilmoittakaa asiasta ensimmäisen hoitokerran alussa, se ei kuitenkaan ole hoidon este.

Lähde:

X-sairaala. n.d. rTMS-ohje.