

Riikka Poikela

POTILASOHJE SÄHKÖHOIDOSTA

Opinnäytetyö
Sairaanhoitajakoulutus

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Riikka Poikela	Sairaanhoitaja (AMK)	Toukokuu 2019
Opinnäytetyön nimi		
Potilasohje sähköhoidosta		43 sivua 8 liitesivua
Toimeksiantaja		
Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri		
Ohjaaja		
Tarja Turtiainen & Niina Luukkonen		
Tiivistelmä		
<p>Sähköhoito on ollut 1930-luvulta lähtien osa masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian hoitoa. Sähköhoidosta hyötty 80–95 % masentuneista. Sähköhoidon tarkoituksena on helpottaa psyykkistä oirehdintaa ja palauttaa potilaan aivojen toiminta sairautta edeltävään tilaan. Sähköhoitoa annetaan hoitosarjana, johon kuuluu 6–15 hoitopäivää. Potilas tulee hoitopäivän aamuna sairaalaan ja pääsee iltapäivällä kotiin.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tuotekehitysprosessina potilasohje sähköhoidosta ja sen avulla motivoida potilas valmistautumaan sähköhoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä potilaiden tietämystä sähköhoidosta. Tavoitteeseen pääsy onnistui, koska opinnäytetyö ja potilasohje sisältävät selkeästi kerrottuna tärkeimmät huomioitavat asiat sähköhoidosta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tuotekehitysprosessina sisältäen kehittämistarpeen tunnistus-, idea-, luonnostelu-, kehittäely- ja viimeistelyvaiheen. Luonnosteluvaiheessa oli ECT-hoitajille haastattelu, joka analysoitiin teemoittelulla. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehitys koostui tutkimustiedosta potilaiden tiedontarpeesta. Kehittelyvaiheessa tehtiin ensimmäinen versio sähköhoidon potilasohjeesta, josta pyydettiin arviointia Savonlinnan keskussairaalan psykiatrisen vuodeosasto 7A:n henkilökunnalta. Arvioinnista saatujen korjausehdotuksien toteuttamisen jälkeen valmistui potilasohje sähköhoidosta.</p> <p>Potilasohjeessa potilas ohjataan valmistautumaan hoitopäivään. Potilasohjeen asiasisältö perustuu teoreettiseen viitekehukseen ja ECT-hoitajien haastatteluun. Potilasohjeessa löytyy tietoa sähköhoidosta ja sen tarkoituksesta. Lisäksi potilas saa ohjeistuksen sähköhoitoon valmistautumisesta ja hoitopäivän etenemisestä. Potilasohje sopii potilasohjauksen tueksi, koska siinä on listattu huomioitavat asiat sähköhoidon aloitukseen. Tuotekehitysprosessin lopuksi potilasohje luovutettiin tekijänoikeuksien kanssa sähköisessä muodossa toimeksiantajalle annettavaksi sähköhoitoon tuleville potilaille.</p>		
Asiasanat		
Ect, sähköhoito, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, psykiatrinen hoito-työ, potilasohjaus, potilasohje		

Author (authors)	Degree	Time
Riikka Poikela	Bachelor of Health Care	May 2019
Thesis title Patient guide of electroconvulsive therapy		43 pages 8 pages of appendices
Commissioner Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri		
Supervisor Tarja Turtiainen & Niina Luukkonen		
Abstract <p>Electroconvulsive therapy has been part of psychiatry nursing for decades and it is a treatment for depression, bipolar disorder and schizophrenia. Electroconvulsive therapy has shown to be the best treatment for depression. The purpose of electroconvulsive therapy is ease off psychiatric symptoms and restore the patient's brain to pre-disease condition. Electroconvulsive therapy happens in a series of treatment sessions. The sequence of electroconvulsive therapy includes 6-12 treatment days. Patient comes to the hospital at the morning of the treatment day and is signed out in the afternoon.</p> <p>The purpose of this thesis was to write a patient guide of electroconvulsive therapy containing information that the patients wish to be told about electroconvulsive therapy. The objective of this thesis was raise patients' knowledge about electroconvulsive therapy. The patient guide includes all necessary information about electroconvulsive therapy told as clearly and understandably as possible</p> <p>This thesis was carried out as a product development process. In the draft phase there was interview with registered nurses who were specialized in electroconvulsive therapy and the interview was based on themes about electroconvulsive therapy. Theoretical part of thesis consisted of previous research about what patients want to be told. After that the first version of patient guide of electroconvulsive therapy was written. The patient guide was assessed by nurses of the psychiatric ward in Savonlinna Central Hospital. The patient guide was finished after the assessment by nurses and it was handed over to the commissioner as an electronic publication.</p> <p>The patient guide is a two-page guide to assist in the preparation for the days of electroconvulsive therapy. The contents of the patient guide are a combination of the interview and theory about electroconvulsive therapy based on what patients want to know; what is electroconvulsive therapy and what the purpose of it is. Also, there is guidance for patients about preparing to electroconvulsive therapy and how a treatment day goes. The patient guide supports verbal guidance because it contains a list of all the important details about starting electroconvulsive therapy.</p>		
Keywords Electroconvulsive therapy, depression, bipolar disorder, psychiatry, patient guide		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	7
3	SÄHKÖHOITO.....	7
3.1	Kehitys.....	7
3.2	Käyttökohteet.....	8
3.3	Vaikutusmekanismit.....	10
3.4	Toteutustavat.....	11
3.5	Sivuvaikutukset.....	11
4	SÄHKÖHOIDON TOTEUTUS	13
4.1	Valmistautuminen hoitoon	14
4.2	Hoitopäivä.....	14
5	POTILASOHJAUS	16
6	TARKOITUS JA TAVOITE.....	18
7	TUOTEKEHITYSPROSESSI.....	18
7.1	Kehittämistarpeen tunnistus	19
7.2	Ideavaihe	19
7.3	Luonnosteluvaihe.....	20
7.3.1	Teemahaastattelu	21
7.3.2	Teema-analyysi	23
7.4	Kehittelyvaihe	26
7.5	Viimeistelyvaihe	27
7.5.1	Arvioinnit	28
7.5.2	Arviointien tulokset.....	28
8	POHDINTA.....	31
8.1	Tuotoksen tarkastelu	31
8.2	Opinnäytetyö tuotekehitysprosessina	33
8.3	Eettisyys ja luotettavuus	34

8.4	Jatkokehittämissuositukset	37
LÄHTEET	39

LIITTEET

- Liite 1. Kirjallisuuskatsaustaulukko
- Liite 2. Opinnäytetyösopimus
- Liite 3. Saatekirje ryhmähaastatteluun
- Liite 4. Tietoinen suostumuslupa
- Liite 5. Saatekirje kyselylomakkeeseen
- Liite 6. Kyselylomake
- Liite 7. Potilasohje sähköhoidosta

1 JOHDANTO

Sähköhoidosta käytetään nimityksiä sähköshokkihoito ja ECT eli elektrokonvulsiivinen terapia (Partonen ym. 2014, 854). Tässä opinnäytetyössä käytetään nimitystä sähköhoito, koska se on selkeää ja nykyään eniten käytetty nimitys siitä. Sähköhoitoon erikoistuneista sairaanhoitajista käytetään nimitystä ECT-hoitaja.

Sähköhoito on 1930-luvulta lähtien ollut osa psykiatrista hoitotyötä. Ensimmäisinä vuosikymmeninä sen käyttö on ollut epäsäännöllistä hoitokertojen epäonnistumisten vuoksi. (Shorter 2005, 255.) Sähköhoitoa on tutkittu vuosien ajan ja 1980-luvulla sähköhoidon todettiin olevan ylivoimaisesti tehokkain hoitokeino vakavaan masennukseen (Shorter 2005, 334; Leppämäki & Ritschkoff 2008; Leppämäki 2012; Järventausta 2014; Partonen ym. 2014, 853; Guruvaiah ym. 2017).

Suomessa ei kerätä valtakunnallisia tilastoja sähköhoidon toteutuksesta, mutta esimerkiksi Kellokosken sairaalassa sähköhoidon käytön tiedetään nelinkertaistuneen 2000-luvun aikana (Ritschkoff & Vataja 2009). Tämän opinnäytetyön toimeksiantajaorganisaatiossa Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosterissa sähköhoitoa toteutetaan vuosittain 200–300 kertaa. Vuonna 2018 uusia sähköhoitoon tulevia potilaita on ollut kuukausittain keskimäärin kaksi. (Kotilainen 2018.)

Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosterilla on olemassa potilasohje sähköhoitoon vuodelta 2015. Tein uuden, selkeän ja visuaalisen sähköhoidon potilasohjeen. Potilasohjeessa hoidosta saatava tieto on yhteneväistä, ajankohtaista ja helpolukuista. Se on tarkoitettu annettavaksi polikliinisesti sähköhoitoon tuleville potilaille. Potilasohje on hyvä antaa luettavaksi sellaisille potilaille, joiden kohdalla mietitään vaihtoehtoja sähköhoidon ja muiden hoitojen välillä. Sähköhoidon potilasohje auttaa potilaita suhtautumaan myönteisesti sähköhoitoon ja vähentää ennakkoluuloja sitä kohtaan.

Hoitohenkilökunnalle potilasohje on työväline potilaan motivointiin. Potilasohje kertoo sähköhoitoon valmistautumisesta, hoidosta ja sen jälkeisestä ajasta.

Sen tarkoituksena on luoda turvallisuuden tunnetta ja auttaa potilasta motivoitumaan hoitoon. Potilasohje kertoo tärkeimmät huomioitavat asiat sähköhoidosta.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri on tarjonnut erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoa, sosiaalihuoltoa ja ympäristöterveydenhuoltoa vuodesta 2007 lähtien (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2018a). Sosterin toiminnan tarkoituksena on tuottaa hyvinvointia ja terveyttä Savonlinnan, Sulkavan, Rantasalmen ja Enonkosken asukkaille. Sosterissa noudatetaan neljää tärkeää arvoa; hyvinvointi, asiakas ensin, vastuullisuus ja uudistuva osaaminen. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2016.)

Tämän opinnäytetyön teossa oli mukana Sosterin aikuisväestölle tarkoitettu psykiatrinen erikoissairaanhoidon vuodeosasto 7A Savonlinnan keskussairaalassa. Siellä toteutetaan osastohoitoa, koordinoidaan potilaan jatkohoitoa sekä tehdään osastohoitoarvioita eri psykiatrisiin sairauksiin. Sähköhoitoa toteutetaan Sosterin alueella vuodeosasto 7A:n kautta ECT-hoitajien toimesta. (Kotilainen 2018; Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2018a.)

3 SÄHKÖHOITO

Sähköhoito on nukutuksessa tapahtuvaa sähköstimulaatiohoitoa. Potilaalle annetaan lyhyt **sähköimpulssi** aivojen läpi, mikä saa aikaan kouristuskohtauksen. (Järventausta 2014; Gálvez ym. 2016.) Sähköhoito on turvallinen ja usein lääkehoitoa tehokkaampi hoitokeino (Huuhka 2005; Shorter 2005, 334; Leppämäki & Ritschkoff 2008; Järventausta 2014; Luutonen & Koponen 2014; Guruvaiah ym. 2017). Monet potilaat sanovat sähköhoidon ylittäneen odotukset hoidon onnistumisesta (Rayner ym. 2009). Sähköhoito on myös auttanut potilaita saamaan elämänilonsa takaisin (Rose ym. 2003).

3.1 Kehitys

Sähköhoito kehitettiin Italiassa 1930-luvulla skitsofrenian hoitoon (Shorter 2005, 255; Leppämäki & Ritschkoff 2008; Sadowsky 2017). Ensimmäiset hoi-

tokerrat epäonnistuivat, koska sähköimpulsseja annettiin vaihtelevilla annostuksilla. Potilaat olivat hereillä hoidon ajan, mistä johtuen sähköhoito oli kivulias kokemus ja luunmurtumat olivat yleisiä. (Vataja 1996, 30.) Psykiatrit alkoivat tutkia sähköhoidon turvallisuutta ja hyödyllisyyttä; sähköhoidon todettiin tuovan helpotusta sairauksien oireisiin ilman parantavaa vaikutusta (Shorter 2005, 258; Leppämäki & Ritschkoff 2008).

Sähköhoito tuli Suomeen 1940-luvulla ja otettiin käyttöön psykiatristen sairauksien hoitoon (Leppämäki & Ritschkoff 2008). Sähköhoidon todettiin olevan paras hoitokeino kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja masennukseen vuonna 1959 (Vataja 1996, 30; Shorter 2005, 262). Sähköhoidon huomattiin olevan vain harvoin hyvä hoito skitsofreniaan (Vataja 1996; 39). 1960-luvulla sähköhoidon käyttö väheni sekä psykiatria vastustavan liikkeen että lääkehoidon kehittymisen myötä (Shorter 2005, 262; Partonen ym. 2014, 853). Sähköhoitoa pidettiin vahingollisena ja tehottomana kurinpitomenetelmänä, mutta tähän ei saatu näyttöä (Shorter 2005; 333-335).

Sähköhoito kehittyi turvallisemmaksi ja toimivammaksi vuosien aikana; luunmurtumat ehkäistiin lihasrelaksanteilla (Vataja 1996; 30). Kivun ehkäisyyn potilaat nukutettiin hoidon ajaksi (Rissanen 2010; Kemppainen & Palokangas 2014). 1980-luvulla sähköhoito vakiintui osaksi psykiatrista hoitotyötä, koska sen todettiin olevan ylivoimaisesti paras hoito vakavaoireiseen masennukseen (Shorter 2005, 334; Leppämäki & Ritschkoff 2008; Leppämäki 2012; Järventausta 2014; Partonen ym. 2014, 853; Guruvaiah ym. 2017).

3.2 Käyttökohteet

Sähköhoito on hoitomuoto masennukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja skitsofreniaan (Pakanen 2000; Leppämäki 2012). Sähköhoidon haasteena on sairauksien oireiden nopea paluu hoitajakson päätyttyä, mikä johtuu useasti liian aikaisesta sähköhoidon lopettamisesta (Heikman 2004). Sairauksien uusiutuminen ei aina johdu sähköhoidon lopetuksesta, koska lääkehoidollakaan ei pystytä varmistamaan täysin parantumista (Huuhka 2005). On tärkeää huolehtia riittävästä jatkohoidosta esimerkiksi ylläpitohoidolla (Heikman 2004; Huuhka 2005).

Masennus on yleinen mielenterveyden sairaus, johon sairastuu ainakin yksi ihminen kymmenestä (Huttunen 2018a). Masennukseen sairastumiseen ei ole yksiselitteistä syytä. Masennukselle altistavia tekijöitä ovat epämieluisat elämäntilanteen muutokset ja perintötekijät. Masennuksen oireita ovat mielialan lasku, alakuloisuus, suru, yleinen mielenkiinnon puute, keskittymisvaikeudet, poikkeuksellinen väsymys ja toiminnan aloittamisen vaikeus. Oireet ovat jatkuneet päivittäin kahden viikon ajan ja tuottavat vaikeuksia arjen toimintoihin. (Hietaharju & Nuutila 2016, 40–41; Huttunen 2018a.) Masennuksen oirekuva määritellään oireiden vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan ja vakavaan masennukseen. Masentunut potilas tarvitsee tiivistä tukea ja erityisesti vakavassa masennuksessa usein sairaalahoitoa. Vakavassa masennuksessa voi olla masennusoireiden lisäksi psykoottista oireilua kuten epärealistisia harhailuloja. (Huttunen 2018a.)

Masennuksen hoitokeinot vaihtelevat potilaskohtaisesti. Masennusta hoidetaan lääkityksellä, psykoterapialla, psykososiaalisella tuella ja sähköhoidolla. Vakavassa masennuksessa sähköhoito on tehokkain hoitokeino. (Huttunen 2018a.) Mitä vaikeampi masennus sitä tehokkaampaa sähköhoito on (Leppämäki 2012). **80–95 % masennusta sairastavista paranevat sähköhoidon myötä** (Kempainen & Palokangas 2014; Järventausta 2014; Wells ym. 2018).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on mielenterveyden sairaus, joka oireilee jaksottain masennuksena ja maniana (Hietaharju & Nuutila 2016, 55). Siihen sairastuu vähintään 1 % aikuisista. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön toteamiseen vaaditaan ainakin yksi maaninen tai lievästi maaninen eli hypomaaninen jakso. (Huttunen 2018b.) Masennusjaksot ovat oirekuvaltaan masennuksen kaltaisia. Masennusjaksot kestävät usein pitempään kuin mania. Manian tyypillisimmät oireet ovat ylivilkkaus ja epätavallisen kohonnut mieliala. Potilaalla on suuruuskuvitelmia, joissa hän kokee kykenevänsä tekemään mahdottomia asioita. (Huttunen 2018b.) Muita oireita ovat unettomuus, ärtyisyys, päihteiden liikkakäyttö ja tapaturma-alttius (Hietaharju & Nuutila 2016, 56–58).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä hoidetaan lääkehoidolla ja säännöllisillä elämäntavoilla (Huttunen 2018b). Sähköhoitoa käytetään maniavaiheen vaikeiden

oireiden aikana (Leppämäki & Ritschkoff 2008). Sähköhoidon avulla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat paranevat hiukan nopeammin kuin lääkehoidolla (Järventausta 2014).

Skitsofrenia on mielenterveyden sairaus, jonka oirekuva vaihtelee vähäoireisista jaksoista psykoottisuuteen. Skitsofrenian oireita ovat erilaiset aistiharhat, harhaluuloisuus, puheen ja käytöksen hajanaisuus, tunteettomuus, masentuneisuus, sairauden tunnottomuus ja tahdottomuus. Skitsofrenian hoito koostuu lääkehoidosta ja psykososiaalisista hoidoista kuten käyttäytymisterapia, psykoedukaatiosta ja kuntoutuksesta. Hoidon tavoitteena on ylläpitää potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä mahdollisimman hyvänä. (Pulkkinen & Vesanen 2017.) Skitsofrenian hoidossa sähköhoitoa käytetään potilaan ollessa hoitoresistentti, kun mitkään muut skitsofrenian hoitoketjuun kuuluvat hoidot eivät onnistu (Leppämäki & Ritschkoff 2008). Järventaustan (2014) mukaan skitsofreniaa sairastavista potilaista 40 % hyötyy sähköhoidosta.

3.3 Vaikutusmekanismit

Sähköhoidon vaikutusmekanismeja on tutkittu tuloksetta vuosien ajan (Leppämäki & Ritschkoff 2008; Wells ym. 2018). Oleellista sähköhoidossa on aivojen alue, minne sähköimpulssi annetaan ja millä voimakkuudella. Sähköhoito vaikuttaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja skitsofreniaan eri tavalla kuin masennukseen. (Heikman ym. 2006.) Sähköhoidolla on kyky korjata aivojen häiriintynyt tila (mielenterveyden sairaus) ja palauttaa se sairautta edeltävään tasapainoon lisäämällä potilaan aivojen otsalohkojen aineenvaihduntaa (Heikman 2004; Kemppainen & Palokangas 2014).

Sähköhoito aloitetaan pienillä annoksilla ja annosmäärää nostetaan potilaan kouristukseen asti (Heikman ym. 2006; Järventausta 2014). Kouristuskyky on voimakkuudeltaan pienin sähköimpulssin annosmäärä kouristuksen saamiseksi. Kouristuskyvyn voimakkuus on yksilöllistä ja annosmäärä ei pysy samana hoitajakson aikana, koska kouristuskyky useimmiten kasvaa viikkojen kuluessa. Kouristuskykynä tutkitaan säännöllisin väliajoin hoitajakson aikana. (Järventausta 2014.) Kouristus kestää 20 sekunnista kolmeen minuuttiin riippuen potilaan iästä, sukupuolesta ja sairauden muodosta (Pakanen 2000; Partonen ym. 2014, 853, 856). Leppämäki ja Ritschkoff (2008) ovat tutkineet

kouristuksen auttavan psyykkisesti sairastuneen parantumista. Ilman kouristuskohtausta sähköhoito on tehotonta (Hallikainen 2009).

3.4 Toteutustavat

Sähköhoito toteutetaan bilateraalilla ja unilateraalilla hoitotavalla, jotka määrittelevät **päitsimillä** annettavan sähköimpulssin antokohdan potilaan päähän. Hoitotavan valinta tapahtuu potilaskohtaisesti. (Pakanen 2000; Heikman ym. 2006.)

Unilateraalissa tavassa sähköimpulssi annetaan päälaelle ja ohimolle kätisyyden mukaisen aivopuoliskon puolelle eli oikeakätisille oikealle puolelle ja vasenkätisille vasemmalle. Kätisyyden mukainen sijoittelu on turvallisempi valinta, koska sen myötä muistiin liittyvät sivuvaikutukset ovat vähäisemmät. Yleensä hoito aloitetaan unilateraalilla tavalla vähäisempien sivuvaikutuksien vuoksi. Sähköimpulssi on maltillinen, josta johtuen hoidosta saatava hyöty tulee hitaammin kuin bilateraalissa tavassa. (Leppämäki 2012; Kellner ym. 2017.) Potilaan toipuminen sähköhoitokerrasta on nopeaa unilateraalisesti toteutetun sähköhoidon jälkeen (Pakanen 2000; Kellner ym. 2017).

Bilateraalissa tavassa sähköimpulssi annetaan pään molemmille puolille ohimojen alueelle, jolloin hoidosta saatava hyöty on nopeaa (Pakanen 2000; Heikman 2004). Annettavan sähköannoksen ei tarvitse olla paljoa suurempi kuin kouristuskynnykseen tarvittava sähköannoksen määrä. (Pakanen 2000.) Sähköimpulssit kulkeutuvat ohimojen alueelta aivojen verenkiertoon, mikä vaikuttaa masennuksen vaikuttamiin keskushermoston alueisiin (Heikman 2004). Nopeasti vaikuttava bilateraalinen tapa valitaan potilaan oireillessa erityisen vakava-asteisesti ja/tai ollessa itsemurha-altis (Heikman 2004).

3.5 Sivuvaikutukset

Sähköhoidon sivuvaikutukset ovat useimmiten **lyhytaikaisia** ja hyvin kestäviä, mutta osalle potilaista niitä ei tule lainkaan (Koopowitz ym. 2003; Leppämäki 2012; Guruvaiah ym. 2017). Päänsärky on tavallinen vaiva ja lihaskipu on yleensä vain ensimmäisen hoitokerran jälkeen (Leppämäki 2014). Potilaalla voi

esiintyä sekavuutta nukutuksesta heräämisen jälkeen. Sekavuus on nukutusai-
neiden sivuvaikutus, joka kestää pisimmillään vuorokauden ajan. (Heikman
2004; Kempainen & Palokangas 2014; Järventausta 2014).

Monet potilaat luulevat sähköhoidon aiheuttavan aivovaurioita ja kuolemaa, joi-
den vuoksi sähköhoitoa pelätään (Koopowitz ym. 2003). On tärkeää kertoa po-
tilaille, että sähköhoito **ei aiheuta aivovaurioita** (Leppämäki 2012; Järven-
tausta 2014; Kempainen & Palokangas 2014). Sähköhoidon kuolleisuusriski
on 2–10 potilastapausta 100 000 tapausta kohden; sähköhoidolla on samat ris-
kitekijät kuin missä tahansa nukutuksessa tehtävissä toimenpiteissä (Pakanen
2000; Hallikainen 2009; Kempainen & Palokangas 2014).

**Sähköhoidon sivuvaikutuksista potilaille on eniten tiedontarvetta muisti-
vaikeuksista** (Rajagopal ym. 2010). Lyhytaikaiset ohimenevät muistivaikeudet
ovatkin yleisiä, mutta ne ilmenevät hoitopäivänä ja hoitajakson aikana (Paka-
nen 2000; Rose ym. 2003; Heikman 2004; Rajagopal 2010; Käypä Hoito 2014;
Kempainen & Palokangas 2014). Hoitajakson loputtua muistitoiminnot palau-
tavat normaaliin molemmilla hoitotavoilla (Kellner ym. 2017). Pitkäaikainen
muistinmenetys on nykyisillä hoitotavoilla hyvin harvinainen (Rose ym. 2003;
Rayner ym. 2009; Leppämäki 2012). Lyhytaikaisten muistivaikeuksien yleisen
esiintyvyyden vuoksi voidaan suositella muistin tutkimista ennen ja jälkeen säh-
köhoitajakson (Rayner ym. 2009).

Potilaiden on kuitenkin hyvä tietää se, että muistivaikeudet kuuluvat myös ma-
sennuksen oireisiin ja psyykenlääkkeiden sivuvaikutuksiin (Koopowitz ym.
2003; Heikman 2004; Kempainen & Palokangas 2014). Muistivaikeudet koe-
taan usein ahdistavina, mutta potilaat kokevat sähköhoidosta saatavien hyöty-
jen menevän näiden ahdistavien ajatuksien edelle. Monet potilaat kertovat
suostuvansa mielellään uudestaankin sähköhoitosarjaan, vaikka ovat saaneet
lyhytaikaisia muistivaikeuksia sähköhoidosta. (Rajagopal ym. 2010.) Muistivai-
keudet koetaan myös positiivisena asiana, koska silloin ei muisteta esimerkiksi
huonoja masennuskausia (Koopowitz ym. 2003).

4 SÄHKÖHOIDON TOTEUTUS

Sähköhoito on potilaalle **vapaaehtoista**, mutta Rayner ym (2009) tutkimuksessa ilmenee, että osa potilaista kokee tullessa painostetuksi sähköhoitoon. Potilaat ovat kokeneet joutuneensa suostumaan sähköhoitoon ennen kuin ovat siihen valmiita, minkä vuoksi hoitotahon on tärkeää keskustella potilaan kanssa sähköhoidosta ja muista hoitovaihtoehdoista. (Rayner ym. 2009; Guruvaiah ym. 2017; Wells ym. 2018.) Potilaat suostuvat sähköhoidon aloitukseen luottaessaan hoitohenkilökuntaan. Myönteistä suhtautumista ja hoitoon motivoitumista edistää tiedonsaanti sähköhoidosta kokonaisuutena. (Rajagopal ym. 2010; Wells ym. 2018.)

Potilasta hoitava psykiatri päättää sähköhoidon valinnasta ja ehdottaa sitä potilaan hoidoksi. Sähköhoitoa toteutetaan julkisen terveydenhuollon kautta moniammatillisena yhteistyönä psykiatrien, ECT-hoitajien ja anestesiayksikön toimesta. (Pakanen 2000; Järventausta 2014.) Sähköhoidon aloitus vaatii itsemääräämisoikeuden mukaisesti yhteisymmärryksen potilaan kanssa. Potilaalta pyydetään suullinen tai kirjallinen suostumus ennen hoidon aloitusta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Pakanen 2000; Rajagopal ym. 2010; Vuorilehto ym. 2014, 222.) Guruvaiah ym. (2017) ja Wells ym. (2018) tutkimuksissa on todettu potilaiden saaneen sähköhoidosta apua ja suhtautuminen sähköhoitoon on ollut suurimmaksi osin myönteistä, mutta potilaat kokevat saavansa liian vähän perusteltua tietoa sähköhoidosta.

Sähköhoito toteutetaan **hoitosarjana**. Yksi hoitosarja sisältää hoidon vaativuudesta ja tarpeesta riippuen **6–15 hoitopäivää**, jotka toteutetaan 2–3 päivänä viikossa. Hoitosarjan puolen välin jälkeen havaitaan vaste siitä, onko hyötyä jatkaa hoitoa. Enimmäispituutta sähköhoidolle ei ole, koska hoitosarjan jälkeen ylläpitohoitoa voidaan toteuttaa vuosien ajan. (Pakanen 2000; Heikman 2004; Leppämäki & Ritschkoff 2008.) Ylläpito-hoidossa potilas käy esimerkiksi kerran viikossa sähköhoidossa sovitun ajanjakson ajan (Heikman 2004). Ylläpito-hoidon ja lääkehoidon yhdistelmällä sairauksien uusiutuminen on huomattavasti vähäisempää, kuin pelkällä lääkehoidolla hoidettuna (Koponen 2014).

4.1 Valmistautuminen hoitoon

Ennen sähköhoidon aloitusta potilas ohjataan käymään tutkimuksissa, joissa arvioidaan verenkiertoa ja pään alueen toimintaa. Näihin tutkimuksiin voivat kuulua sydänfilmi (EKG), rintakehän röntgenkuvaus (Thx-rtg), aivosähkökäyrä-tutkimus (EEG) ja pään magneettitutkimus (MRI) (Leppämäki & Ritschkoff 2009; Hallikainen 2009). Mikäli potilaalla on perussairauksina joko diabetes, kilpirauhasen liikatoiminta, elektrolyyttihäiriöitä tai sydän-, verisuoni- ja keuhkosairauksia, sisätautilääkäri tai anestesia- ja anestesialääkäri voi määrätä ennen sähköhoidon aloittamista otettavaksi verikokeita; perusverenkuva (PVK), kilpirauhashormonin pitoisuus (TSH), verensokerin pitoisuus (B-Gluc) ja veren suola-arvot eli elektrolyytit (Hallikainen 2009).

Potilaalle voidaan tehdä sähköhoidon ajaksi lääkitysmuutoksia hoitavan psykiatrin toimesta. Lääkitys arvioidaan aina potilaskohtaisesti, joten yksiselitteistä ohjeistusta ei ole. Uusia lääkkeitä ei aloiteta kesken hoitajakson ja annoskokoihin ei tehdä muutoksia, koska ne vaikuttavat hoidosta saatavaan hyötyyn haitallisesti. Epilepsialääkkeet ja bentsodiatsepiineja ei suositella otettavan hoitoa edeltävänä päivänä. Klotsapiini, litium ja tramadoli vaikuttavat vähentävästi tai pitkittävästi koristukseen, joten niitä ei oteta hoitoa edeltävänä päivänä. (Leppämäki & Ritschkoff 2008; Leppämäki 2014.)

4.2 Hoitopäivä

Hoitopäivää edeltävästä illasta klo 24 lähtien potilaan on oltava **ravinnotta**, jotta hoito voidaan toteuttaa turvallisesti nukutuksessa (Heikman ym. 2006; Kempainen & Palokangas 2014). Hoitopäivän aamuna potilas saa juoda nesteitä kaksi tuntia ennen hoidon aloitusta (Heikman ym. 2006). Potilas käy suihkussa joko edeltävänä iltana tai hoitopäivän aamuna huolehtien, että hiukset ovat puhtaat ja kuivat ennen sairaalaan tuloa. On suositeltavaa, että hoitopäivänä on pukeutunut löysiin ja mukaviin vaatteisiin. Kynsien on oltava lakattomat. (Ylitalo 2013.)

Sähköhoito toteutetaan **polikliinisesti** eli potilas tulee kotoaan hoitopäivän aamuna sairaalaan ja pääsee takaisin kotiin iltapäivällä (Toivonen & Virtanen 2012, 61–62). Potilas tulee sovittuun aikaan toimenpideyksikköön hoitopäivän aamuna ja sieltä hänet ohjataan toimenpidetilaan (Pakanen 2000; Heikman ym.

2006; Järventausta 2014.) Potilaan suun kunto tarkastetaan ja mahdolliset hammasproteesit otetaan hoidon ajaksi pois. Nukutusta varten potilas käy wc:ssä ennen hoitoa, jotta virtsarakko on tyhjä ja suoli toimitettuna. (Ylitalo 2013.)

Potilaalle laitetaan voinnin tarkkailua varten valvontaelektrodit eli sydänfilmi (EKG), aivosähkökäyrä (EEG) ja lihassähkökäyrä (ENMG) sekä niiden lisäksi potilaan hapetusta tarkkaillaan pulssioksimetrillä (SpO₂) ja verenkiertoa verenpainemittarilla. Näiden lisäksi potilaan toiseen käteen laitetaan laskimokanyyli nukutusaineita varten. Toiseen käsivarteen laitetaan verenpainemansetti estämään lihasrelaksantin pääsy käteen, minkä tarkoituksena on selvittää tulevan kouristuskohtauksen pituus. (Pakanen 2000; Järventausta 2014.) Anestesia lääkäri tulee huolehtimaan sähköhoidon aikaisesta nukutuksesta, joka tapahtuu yleisanestesiana. Yleisanestesian vaikutuksena potilas ei muista itse sähköhoidosta mitään ja sen myötä lieventää mahdollista jännitystä sekä mahdollistaa sähköhoitoon kuuluvan lihasrelaksaation onnistumisen. Potilaalle laitetaan hammassuoja ennen tai jälkeen nukuttamisen. (Ylitalo 2013.)

Sähköhoito on nukutuksessa eli anestesiassa tehtävä **10–15 minuuttia kestävä** toimenpide (Hallikainen 2009). Nukutukseen käytetään eniten Metoheksitaali-lääkeainetta, mutta se voi aiheuttaa pahoinvointia hoidon jälkeen. Vaihtoehtoisesti käytetään Propofol-lääkeainetta ei yleensä aiheuta pahoinvointia. (Järventausta 2014; Leppämäki 2014.) Nukutus on yleinen pelonaihe, joten potilaille on kerrottava etukäteen nukutuksen tärkeydestä ja merkityksestä sähköhoidon turvallisen onnistumisen takaamiseksi (Gálvez ym. 2017).

Sähköhoidon jälkeen potilas siirretään heräämöhön, jossa seurataan potilaan peruselintoimintoja; verenkiertoa, nestetasapainoa, hengitystä ja tajunnantasoja. Heräämössä huolehditaan tarpeen mukaan kipulääkkeiden annosta. (Lukkarinen ym. 2013.) Voinnin kohentuessa potilas siirretään vuodeosastolle iltapäiväksi ja potilas saa aamulääkkeensä lounasaikaan (Pakanen 2000). Sähköhoidon jälkeen potilaalla on hämmentynyt ja sekava olotila sähköhoidosta ja nukutuksesta johtuen, minkä vuoksi potilas ei saa olla hoitopäivän iltana ja yönä yksin eikä saa ajaa autolla vuorokauteen. (Järventausta 2014.)

Potilas kotiutuu iltapäivän aikana voinnin salliessa. Kotiutumisen kriteereistä tärkeimmät ovat vakaat peruselintoiminnot ja hoitavan tahon arvio kotiutumisen turvallisuudesta. Potilaalla on oltava kotiin saattajana täysi-ikäinen henkilö, joka on potilaan seurassa seuraavaan päivään asti. Potilas ei saa itse ajaa autolla hoitopäivän iltana. Ennen kotiutumista potilaalle annetaan mahdollisuus keskustella päivän kulusta ja mietteistä. Kerrotaan seuraavan hoitopäivän ajankohta sekä suullisesti että kirjallisesti. Potilasta kannustetaan huolehtimaan hyvinvoinnistaan sähköhoidosta saatavan hyödyn tukemiseksi. Potilaalle kerrotaan yhteydenottomahdollisuudesta hoitotahoon, mikäli voinnissa tulee muutoksia tai hän tarvitsee keskustelua ennen seuraavaa hoitokertaa. (Rauta 2013.)

5 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus jakautuu suulliseen ja kirjalliseen potilasohjaukseen eli potilasohjeeseen. Potilasohjaus on suunnitelmallista opetusta, tiedonantoa ja neuvontaa. Potilaalle kerrotaan hänen sairaudestaan ja sen hoitomuodoista, minkä tavoitteena on motivoida potilas vaikuttamaan omaan hyvinvointiinsa. (Lipponen 2014.) Potilasohjauksessa potilaan psyykinen ja fyysinen tila arvioidaan turvallisen hoidon onnistumiseksi (Heikman ym. 2006). Potilasohjaus perustuu avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen hoitajan ja potilaan välillä (Lönnqvist & Lehtonen 2014, 23). Hoitaja antaa potilaalle tukea ja keinoja oman elämänsä hallintaan, minkä tavoitteena on potilaan mielenterveyden edistäminen. (Kuhanen & Kanerva 2017, 141–142, 148, 157.)

Potilasohjauksen tarkoituksena on motivoida ja auttaa potilasta suoriutumaan itsenäisestä päätöksenteosta. Hoitaja selvittää potilaan avuntarpeet ja sopivat auttamismenetelmät, jolloin potilas saa tunteen ymmärretyksi tulemisesta. (Kuhanen & Kanerva 2017, 141–142, 148, 157.) Potilasohjauksen onnistuminen näkyy potilaan motivoitumisena ja myönteisenä suhtautumisena tulevaan (Lönnqvist 2014, 41–44). Potilasohjaukseen suositellaan motivoivaa haastattelua, joka edistää potilaan omaa muutoshalukkuutta (Järvinen 2014; Lönnqvist 2014, 41–48; Kanerva & Kuhanen 2017, 182–83). Potilas puhuu itsensä muutokseen hoitajan tukemana avoimien kysymyksien, heijastavan kuuntelun ja yhteenvedon avulla (Kanerva & Kuhanen 2017, 184). Avoimien kysymyksien, kuten miten ja miksi, tarkoituksena on saada potilas puhumaan enemmän kuin

hoitaja (Kuhanen & Kanerva 2017, 185). Heijastavalla kuuntelulla ja yhteenvedoilla ilmaistaan potilaalle kuulluksi ja ymmärretyksi tulemistä. Potilaan itseluottamus vahvistuu hoitajan huomattessa pienetkin edistysaskeleet. Potilasohjauksessa hoitaja kannustaa potilasta ymmärtämään tilanteensa ja pyrkimään tavoitteisiinsa. (Järvinen 2014; Kuhanen & Kanerva 2017, 185–186.)

Potilasohjeessa on keskiössä sekä laitoksen että potilaan tarpeet. Laitoksen tarpeisiin sisältyvät organisaation ohjeet ja mallit toimia. Potilaan tarpeet koostuvat tarkoituksenmukaisesta ja riittävästä tiedonsaannista. (Torkkola ym. 2002, 35.) Potilasohjeeseen kirjoitetaan johdonmukaista ja ymmärrettävää sisältöä selkeällä yleiskielellä (Torkkola ym. 2002, 42; Hyvärinen 2005). Tavoitteena on saada potilaat suhtautumaan myönteisesti ja rauhallisesti tulevaan hoitotoimenpiteeseen (Leskelä 2017). Kirjallisten potilasohjeiden pitää olla niin tarkkoja ja monipuolisia, jotta ne voisivat ohjata potilasta hoitoon ilman suullista potilasohjausta (Hoffman & Worall 2004, Arifulla 2012 mukaan).

Potilasohjeen sisältö etenee selkeästi ja tärkeysjärjestyksessä potilaan näkökulmasta, jonka vuoksi on tiedettävä potilaan toiveet ja ajatukset tulevaa hoitotoimenpidettä varten. Mikäli potilasohjeeseen kirjoitetaan käskyjä tai kehotuksia, ne on perusteltava. (Hyvärinen 2005.) Pääotsikko kertoo aiheen ja herättää lukijan mielenkiinnon. Yhden tai kahden sanan väliotsikot jakavat tekstiä helpolukuisemmaksi ja selkeyttävät kokonaisuutta. (Torkkola ym. 2002, 38–40; Hyvärinen 2005.) Ensimmäisistä sanoista ilmenee ohjeen tarkoituksenmukainen vastaanottaja, jotta lukija tietää sen olevan juuri hänelle tarkoitettu. Sen jälkeen potilasohjeessa kerrotaan tärkeät huomioitavat asiat hoitotoimenpiteestä. (Torkkola ym. 2002, 36–39.) Teksti jaetaan järjestyksessä eri kappaleisiin selkeyttämään kokonaisuutta (Hyvärinen 2005). Lopussa on hoitavan yksikön yhteystiedot lisätiedonantoja varten. Ohjeissa ohjataan toimimaan tietyllä tavalla ja sen vuoksi hoitavan yksikön on oltava valmis kertomaan tarkempia ohjeistuksia perusteluineen potilaalle. (Torkkola ym. 2002, 44.)

Hyvä potilasohje perustuu kirjallisten potilasohjeiden kriteereihin ja ominaisuuksiin: ulkoasu, opetuksellisuus, sisältö sekä kieli ja rakenne. Potilasohjeen alussa tai lopussa on oltava lyhyt yhteenvedo korostaen potilasohjeen pääasiaa ja tekstin on oltava selkeästi kirjoitettuna yksinkertaisin lausein ilman ammattisanoja. (Salanterä ym. 2004, Arifullan 2012 mukaan.) Ulkoasussa kiinnitetään

huomiota kappalejaon ja otsikointien sopivuuteen sekä kirjoitusasun selkeyteen. Mikäli potilasohjeessa hyödynnetään kuvia, arvioidaan niiden visuaalista selkeyttä. Opetuksellisuuden toteutuminen näkyy siinä, miten potilasohjeessa kuvataan hoitoon valmistautumista ja sen onnistumista. Tarkastellaan sitä, miten potilas ohjataan näihin. Sisällöstä on löydyttävä selkeät ohjeet potilaalle itsenäisesti hoitoon valmistautumiseen. Kielen ja rakenteen osalta huomioidaan potilasohjeen ohjauksellisuus, johdonmukaisuus ja neuvonta. (Salanterä ym. 2004, Arifullan 2012 mukaan.)

6 TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Sosterille tuotekehitysprosessina potilasohje sähköhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä potilaiden tietämystä sähköhoidosta.

7 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Tuotekehitysprosessi koostuu kehittämistarpeen tunnistamisesta, idea-, luonnostelu-, kehittäminen- ja viimeistelyvaiheesta. Prosessissa tavoitteet ja lopulliset tuotokset määritellään jokaisen eri tuotteen kohdalla erikseen. (Jämsä & Manninen 2000, 28.) Tuotekehitysprosessissa voidaan hyödyntää laadullista tutkimustapaa (Heikkilä 2014).

Valitsin tuotekehitysprosessin opinnäytetyöni toteutukseen, koska halusin tehdä konkreettisen tuotteen. Aineistonkeruussa tein teemahaastattelun ECT-hoitajille laadullisena tutkimustapana, jotta sain tietoa sähköhoidon toteutuksesta. Tuotteen kehittäminen- ja viimeistelyvaiheessa pyysin kyselylomakkeen muodossa palautetta tekemästani potilasohjeesta Savonlinnan keskussairaalan psykiatrian vuodeosasto 7A:n henkilökunnalta.

Laadullinen tutkimustapa sopi tutkittavaan aiheeseen, koska tarkoituksena oli saada uusia näkökulmia aiheesta. Laadullisen tutkimustavan aineistonkeruussa tiedonantajien määrä on pieni, joten aineiston luotettavuuteen ja pätevyyteen vaikuttaa vahvasti aineiston laatu. Haetaan teoreettisesti yleistettävää tietoa, jossa pääosassa on tutkittavien kokemukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50, 83.)

7.1 Kehittämistarpeen tunnistus

Kehittämistarpeiden tunnistamiseen on käytettävissä useita eri tapoja, esimerkiksi arvioimalla nykyisten palveluiden toimivuutta potilaskyselyillä. Tilastomerkinnät palvelujen käytöstä antavat suuntaa kehittämistarpeen tunnistamiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 29.)

Syksyllä 2017 olin Sosterilla Savonlinnan keskussairaalan psykiatrisella vuodeosastolla 7A suorittamassa työharjoittelua ja pääsin havainnoimaan sähköhoidon toteutusta useita kertoja. Työharjoittelun aikana huomasin sähköhoidon vaativan potilaalta motivoitumista omaan hoitoonsa ja sen onnistumiseksi hyvää potilasohjausta. Sosterilla on olemassa potilasohje sähköhoidosta vuodelta 2015. Pohdin mahdollisuutta tehdä uuden potilasohjeen, jossa korostuisi potilasohjauksen tärkeys ja potilaiden haluamat tiedot sähköhoidosta.

Keväällä 2018 keskustelin ammattikorkeakouluni opinnäytetöiden vastuhenkilön kanssa toiveestani tehdä opinnäytetyöksi uutta ohjeistusta sähköhoitoon. Hän vei tietoa toiveestani Sosterille, jolta sain myöntävän vastauksen tehdä sähköhoitoon liittyvän opinnäytetyön. Opinnäytetöiden vastuuhenkilöltä sain tiedoksi opinnäytetyötäni ohjaavat opettajat ja työelämän ohjaajaksi Sosterilla työskentelevän ECT-hoitajan.

7.2 Ideavaihe

Ideavaihe alkaa välittömästi sen jälkeen, kun on varmuus kehittämistarpeesta löytynyt. Tässä vaiheessa ei vielä ole varmuutta ja yksiselitteistä ratkaisua siihen, kuinka ja miten tuote toteutetaan. Tärkeää on käydä keskustelua lopullisen idean löytämiseksi. Ideavaihe päättyy tuotekonseptiin, että millainen tuote on tarkoitus suunnitella ja valmistaa (Jämsä & Manninen 2000, 35, 40).

Sovin tapaamisen erikseen sekä ohjaavien opettajien että työelämän ohjaajan kanssa keskustellakseni aiheesta. Keskustelujen myötä päädyin tekemään joko potilasohjeen tai –oppaan. Tapaamisten tarkoituksena oli kerätä tietoa, toiveita aiheajuksesta ja ideoita toteutustapaan (Jämsä & Manninen 2000, 37). Työelämän ohjaaja sanoi haluavansa työhön potilaan näkökulmaa eli asioita, jotka potilaat haluaisivat tietää. Tärkeimpänä toiveena oli saada selkeä sisältö tule-

vaan tuotteeseen, jossa kerrotaisın mitä sähköhoito tarkoittaa, hoitoon valmistautumisesta ja hoidon jälkeisestä ajasta sekä painottaa päiväkirurgisia ohjeistuksia. Sähköhoitoa toteutetaan sekä osastolta että kotoa käsin. Työelämän ohjaaja halusi, että tämä potilasohje kohdennettaisiin polikliinisesti eli kotoa hoitoon tuleville potilaille.

Ideavaiheen päättymiseksi ja prosessissa etenemiseksi täytyi päättää tuotteen toteutustapa. Päätin tehdä uuden potilasohjeen sähköhoidosta. Tuotteen eroavaisuutta edeltävään tuotteeseen on vertailtava ja on pohdittava kuinka oleellisesti uusi tuote muuttaa nykyistä toimintatapaa (Jämsä & Manninen 2000, 40). Tekemäni potilasohje tulee olemaan selkeämpi ja tiiviimpi verrattuna edeltävään. Potilasohje sähköhoidosta tulee olemaan visuaalisesti houkutteleva ja kannustaa perehtymään aiheeseen. Potilasohje tukee hoitohenkilökunnan suullista potilasohjausta ja auttaa potilaita tutustumaan sähköhoitoon. Potilaat kokevat ahdistavana sen, että sähköhoidosta kerrotaan vasta hoidon aloittamisvaiheessa; potilaat haluaisivat tutustua sähköhoitoon ja valmistautua siihen ajan kanssa (Guruvaiah ym. 2017; Wells ym. 2018). Potilasohje sähköhoidosta annetaan sähköhoitoon tuleville potilaille ja tilanteissa, joissa sähköhoitoa vasta harkitaan hoitokeinoksi.

7.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe perustuu päätökseen siitä, millainen tuote aiotaan suunnitella ja toteuttaa sekä selvitetään tuotteen käyttäjät (Jämsä & Manninen 2000, 43–44.) Sähköhoidon potilasohjeen käyttäjäkunta muodostuu potilaista, joille sähköhoito on yksi hoitovaihtoehdoista. Vaikka potilaat ovat käyttäjiä ja hyödynsääjiä, tarvitaan välillisiä palveluntuottajia (Jämsä & Manninen 2000, 44). Välillisillä palveluntuottajilla tarkoitetaan tässä tapauksessa hoitohenkilökuntaa. Sähköhoidon potilasohje tukee hoitohenkilökunnan suullista potilasohjausta, minkä vuoksi on tärkeää huomioida hoitohenkilökunnan ja sen myötä tuotteen toimeksiantajan tarpeet ja näkemykset. Toimeksiantajaorganisaationa on Sosteri, minkä vuoksi noudatan Sosterin linjauksia asiasisällön ja tyylin osalta.

Potilasohjeen asiasisällön määrittely vaatii **tiedonhaku**a eli tutkimustietoon perehtymistä (Jämsä & Manninen 2000, 47). Olen hyödyntänyt sairaanhoitajaopinnoissa käytettäviä oppikirjoja ja tietokantoja. Tutkimustiedon löytäminen

potilaiden kokemuksista sähköhoidosta oli haastavaa. Aiheesta löytyi hyvin vähäntutkimustietoa, joten pyysin tiedonhakuun ohjausta ja neuvontaa ammattikorkeakouluni henkilökunnalta; tutkimme erilaisia tietokantoja löytääksemme vapaasti luettavissa olevia tutkimusjulkaisuja. Tässä opinnäytetyössä käytetyt tietokannat olivat: Kaakkuri, EBSCO, Terveysportti, Medic ja Finna.

Löysin 11 eri tutkimusta liittyen sähköhoidon toteutukseen ja potilaiden kokemuksiin. Tutkimukset ovat lueteltuna kirjallisuuskatsauksessa (liite 1). Teoreettiseen viitekehykseen valitut tutkimukset ja artikkelit käsittelevät jo mainittua sähköhoidon toteutusta ja potilaiden kokemuksia, psykiatrisia sairauksia, potilasohjausta. Tiedonhakua tein hakusanoilla *sähköhoito, sähkösoikkihoito, sähköhoito AND ohjaus, sähköhoito AND ohje, electroconvulsive, electroconvulsive therapy, patient, research, patient experience, depression, sähköh*, dep**.

7.3.1 Teemahaastattelu

Työn asiasisällön määrittelyn avuksi on hyödyllistä haastatella hoitohenkilökuntaa (Jämsä & Manninen 2000, 45). Haastattelun tavoitteena on lisätä ymmärrystä tutkittavasta aiheesta (Mäntyranta & Kaila 2008; Heikkilä 2014). Tein haastattelun, jonka tavoitteena oli lisätä ymmärrystä sähköhoidosta ilmiönä ja saada tietoa potilaiden ajatuksista sähköhoidosta, mihin teema haastattelutapana oli sopiva. Haastattelussa on tarkoin valitut haastateltavat, joiden valinta perustuu asiantuntijatielouteen tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62). Tein teemahaastattelun ryhmähaastattelun muodossa kolmelle ECT-hoitajalle, joista kaksi osallistui. Haastateltavien vähyyden vuoksi oli huolehdittava tarkasti anonymiteetin säilymisestä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi kerrotaan tutkimuskohteesta, aineistonkeruusta ja aineiston analyysistä. Luotettavuutta lisää teemojen valinta tutkia juuri sitä mitä niiden tarkoitus on. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161, 164.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelutapa, joka etenee etukäteen päätettyjen teemojen mukaisesti ilman tarkkaa muotoa ja esittämisjärjestystä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96–96). Teemahaastattelun aikana on mahdollisuus vapaaseen keskusteluun,

jonka myötä voi haastatteluun tulla uusia tärkeitä teemoja tutkimuksen aiheeseen liittyen (Mäntyranta & Kaila 2008). Koostin teemahaastatteluani varten viisi sähköhoitoon liittyvää teemaa, jotka perustuivat keräämääni teoreettiseen viitekehykseen.

Haastatteluteemat:

- potilaiden kokemukset sähköhoidosta
- asiat, joita potilaat haluavat tietää sähköhoidosta
 - sivuvaikutukset
 - vaikutusmekanismit
- potilasohjauksen keinot motivoida sähköhoitoon tulevaa potilasta
- sähköhoitoon ohjaus
 - ennen hoitoa
 - hoidon aikana
 - hoidon jälkeen
- hyvä potilasohje
 - visuaalisuus
 - motivoiva.

Tiedonhaun aikana huomasin potilaiden tiedon vähyyden sähköhoidosta, joten halusin valittujen teemojen avulla saada tietoa muun muassa potilaiden kokemuksista ja asioista, joita potilaat haluavat tietää. Ennen aineiston keruuta perehdyin valitsemiini teemoihin ja harjoittelin haastattelemista tekemällä esihaastatteluita lähipiirilleni.

Lähetin kolmelle ECT-hoitajalle sähköpostin välityksellä pyynnön ryhmähaastatteluun osallistumisesta **saatekirjeen muodossa** (liite 3). Saatekirjeessä kerrotaan haastattelusta ja sen tallentamisesta sekä pyydetään osallistumaan siihen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 99). Kerroin ryhmähaastattelun tallentamisesta ääninauhituksen avulla ja siihen pyysin erikseen tietoista suostumusta kirjallisesti; sain allekirjoitetut tietoiset suostumusluvut (liite 4) ennen haastattelun aloitusta. Ääninauhituksen hyötynä oli mahdollisuus keskittyä haastattelutilanteessa haastattelemiseen ja myöhemmin käydä läpi haastattelun kulkua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 99).

Haastattelu tapahtuu haastateltaville mukavassa tilassa sovittuna ajankohtana. Haastateltavia on kunnioitettava ja huolehdittava keskustelun pysymisessä aiheessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,

98.) Ryhmähaastattelun ajankohta sovittiin nopeasti ja se toteutettiin haastateltavien valitsemassa rauhallisessa tilassa. Keskustelu tapahtui sujuvasti taulukossa 1 esitettyjen teemojen välillä ja kaikki osapuolet puhuivat selkeästi ja kuuluvasti. Jokainen puhui omalla puheenvuorollaan ja kyseltiin tarkentavia kysymyksiä vastaamisen helpottamiseksi. Haastattelutilanne kesti 30 minuuttia.

7.3.2 Teema-analyysi

Aineiston analyysi alkaa haastattelutilanteen jälkeen litteroinnilla eli kirjoittamalla ääninauhoitus tekstiksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Hirsjärvi & Hurme 2008, 138; Mäntyranta & Kaila 2008). Litteroinnin tarkoituksena on tarkastella haastateltavien mielipiteitä ja näkemyksiä tutkittavasta aiheesta, joten aineisto on litteroitava sanatarkasti (Mäntyranta & Kaila 2008). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden osalta aineiston ja analyysin on oltava selkeää ja johdonmukaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162–163.)

Ryhmähaastattelun ääninauhoitemateriaalin litteroin sanatarkasti Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, jossa sain kirjallista materiaalia kuuden Word-sivutiedoston verran Arial-fontilla kirjasinkoolla 12 ja 1,5 rivivälillä. Litteroinnin jälkeen aloitin aineiston analyysin teemahaastattelutavan mukaisesti. Aineiston analyysi tapahtuu teema-analyysinä eli teemoitteluna; aineisto jaetaan teemojen mukaisesti teema-alueisiin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141; Heikkilä 2014). Teemoittelussa kootaan yhteen kohdat, jotka kuuluvat samaan aihealueeseen eli teemaan. Aineistossa voi olla kohtia, jotka kuuluvat useamman teeman alle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineiston teemoittelu onnistuu etsimällä aineistossa esiintyvät teemat ja yhdistämällä ne samaan aihealueeseen (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141). Word-tekstinkäsittelyohjelmalla teemoittelu oli sujuvaa ja sen aikana aineistoa tuli luettua useita kertoja. Etukäteen valitut teemat autoivat teemoittelussa yhdistämällä samaan aihealueeseen kuuluvia asioita keskenään. Teemoittelun lisänä on hyvä esittää suoria lainauksia havainnollistamaan ja perustelemaan asiaa tutkimuksen uskottavuuden lisäämiseksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Mäntyranta & Kaila 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161). Tutkimuksen eettisyyden näkökulmasta oli oltava erityisen tarkka haasta-

teltavien anonyymiyden turvaamiseksi; suorat lainaukset muotoillaan yleiskielellä ilmaistavaan muotoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161). Haastateltavien vähyyden vuoksi käytin niitä harkitusti ja vähäisesti. Haastattelussa voi nousta esille uusia tärkeitä teemoja, jotka otetaan mukaan teemoittelussa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Hirsjärvi & Hurme 2008, 173; Mäntyranta & Kaila 2008). Teemoitellessani ryhmähaastattelusta saatua aineistoa etukäteen määrittelemieni teemojen mukaisesti, huomasin teemojen muotoutuneen uudelleen.

Analyysin tuloksena syntyneet teemat:

- potilaiden motivaatio
- potilaiden kokemukset sähköhoidosta
- asiat, joita potilaat haluavat tietää
- sähköhoitoon ohjaus.

Ryhmähaastattelusta nousi isoimpana teemana esiin potilaiden motivaatio sähköhoitoon. ECT-hoitajien mukaan potilaiden motivointiin ei ole tarvetta, koska **potilaat ovat useimmiten jo motivoituneita ja odottavaisia ennen sähköhoidon aloitusta**. Useat potilaat ovat odottavaisia sähköhoitoa kohtaan, koska muut hoidot eivät ole auttaneet. Ennen sähköhoidon aloitusta keskustellaan potilaan kanssa ja annetaan miettimisaikaa hoitoon suostumiseen tai siitä kieltäytymiseen. ECT-hoitajat painottivat, että ketään ei suostutella hoidon aloitukseen. Potilaan motivaatioon sähköhoidon aloitukseen vaikuttavat usein ennakkoluulot ja pelot sivuvaikutuksia kohtaan. Sivuvaikutuksista yleisimpiä ovat olleet päänsärky ja lähimuistin hetkellinen heikentyminen, mutta niitä esiintyy vain hyvin harvoin.

Toiseksi teemaksi nousseesta potilaiden kokemuksista sähköhoidosta kerrottiin lähinnä positiivisia asioita. Alla olevassa kuvassa 1 on teemoittelusta esimerkki, jossa on ryhmähaastattelun aikaisesta keskustelusta saatu neljä eri asiaa liittyen kyseiseen teemaan eli potilaiden kokemuksiin sähköhoidosta.



Kuva 1. Esimerkki teemoittelusta

Suurin osa potilaista on kokenut sähköhoidon hyväksi etenkin pitkällä aikavälillä. ECT-hoitajat painottivat sähköhoidon olevan hoito muiden joukossa ja mistään hoidosta ei voi antaa takuuta onnistumisesta. Pyysin täsmennystä hoidon onnistumisesta sähköhoitoon liittyen, johon sain vastaukseksi; ”**Harvoin on potilaita, joilla sähköhoito ei toimi ollenkaan**”. Kuten kuva 1 esittää; sähköhoitoa pidetään tehokkaana ja hyödyllisenä hoitomuotona sekä lääkehoitoa tehokkaampana. Sen vahvistaa teoreettisen viitekehyksen tuoma tieto sähköhoidosta.

Kolmas teema perustui potilaiden tiedonsaantiin eli asioihin, joita potilaat haluavat tietää sähköhoidosta. Potilailta on tullut kysymyksiä lähinnä sivuvaikutuksista, lääkityksestä ja käytännön asioista. ECT-hoitajat kertoivat, että useimpien potilailla on vääränlaiset uskomukset sähköhoidosta esimerkiksi television kautta. Potilaille kerrotaan siitä, mitä sähköhoito oikeasti on. Tarkentavan kysymyksen jälkeen ECT-hoitajat vastasivat, että kerrotaan sähköärsykkeiden tarkoituksesta ja vaikutuksista. Lääkitysasioista keskustelu potilaiden kanssa on yksilöllistä, joten siitä ei keskusteltu enempää. Käytännön asioista potilaat useimmiten haluavat tietää hoitopäivän kulusta: mitä tapahtuu, minne pitää tulla, milloin pääsee kotiin ja miten pitkään nukutus kestää.

Neljäntenä teemana oleva sähköhoitoon ohjaus sisältää potilasohjauksen näkökulmaa. ECT-hoitajat kertoivat, että potilaille kerrotaan ennen sähköhoidon aloitusta hoidon kulusta ja hoitopäivän tapahtumista. Potilaalle selostetaan sairaalalle hoitoyksikköön tulosta ja hoitopäivän valmisteluista. Potilaille tähdennetään sitä, että hoitajia on koko ajan läsnä ja paikalla on myös anestesia lääkäri huolehtimassa nukutuksen turvallisuudesta. Potilaille kerrotaan kotiin pääsystä ja mahdollisuudesta olla vuodeosastolla yön yli. Ryhmähaastattelussa mainittiin useaan kertaan siitä, että potilaiden vointia arvioidaan joka hoitokerta.

Yhdistin teoreettisen viitekehyksen ryhmähaastattelussa nousseihin teemoihin, minkä perusteella aloin tehdä sähköhoidon potilasohjetta. Yhteenvetona ryhmähaastattelun tuloksista ilmeni se, että potilasohjeessa on hyvä olla **käytännön asioita hoitopäivän kulusta**, painottaa yksilöllisestä potilaan kohtaamisesta ja sähköhoidon hyödyllisyydestä pitkällä aikavälillä.

Suunnitteluvaihe päättyy tuotekonseptin muuttumisesta tuotekuvaukseen, jossa on selkeät tuotteen käyttäjät ja sen mahdollistamiseen osallistuva organisaatio hoitohenkilökuntineen sekä tuotteen tavoitteet ja asiasisältö (Jämsä & Manninen 2000, 51). Potilasohjeen käyttäjinä ovat sähköhoitoon tulevat potilaat hoitohenkilökunnan toimesta toimeksiantajaorganisaatio Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosterin alueelta.

7.4 Kehittelyvaihe

Tuotteen kehittelyvaihe perustuu aiempien vaiheiden päätöksiin tuotteen valmistukseen ja valmistetaan tulevasta tuotteesta ensimmäinen versio (Jämsä & Manninen 2000, 54). Kehittelin ensimmäistä versiota sähköhoidon potilasohjeesta, jonka sisältöä olin jo aiemmassa vaiheessa pohtinut teoreettisen viitekehyksen ja ryhmähaastattelun aineiston yhdistämisen tulokseksi.

Potilasohjeen ominaisuus tiedon välittäjänä vaatii sen sisällön perustuvan tosiasioihin (Jämsä & Manninen 2000, 54). Potilasohjeen sisältö perustui teoreettiseen viitekehykseen ja haastattelusta saatuihin teemoihin. On kiinnitettävä huomiota tuotteen käyttäjäryhmään ja siten eläydyttävä heidän asemaansa (Jämsä & Manninen 2000, 55). Potilasohjeessa huomioidaan sähköhoitoon tarkoitetun potilasryhmän näkökulma aiheeseen, tekstin on oltava helposti ymmärrettävää

ja tiivis kokonaisuus (Kotilainen 2018). Potilasohjeen sisällön esittämisjärjestyksessä huomioin työelämän ohjaajani toiveet: mitä sähköhoito tarkoittaa ja miten hoitopäivä etenee päiväkirurgisena toimenpiteenä.

Ensimmäinen versio tekemästani potilasohjeesta oli kahden sivun pituinen esitely sähköhoidosta. Potilasohjeessa kerroin sähköhoidon tarkoituksesta ja toteutuksesta. Ryhmähaastattelussa kerrottiin sivuvaikutuksia tulevan potilaille hyvin harvoin, minkä vuoksi en potilasohjeen ensimmäiseen versioon niitä laittanut. Potilasohjeen kuvat ovat tekijänoikeuksista vapaita kuvia Pixabay-sivustolta. Valitsin kyseiset kuvat potilasohjeeseen, koska potilas saa niistä positiivisen mielikuvan siitä, että hoitohenkilökuntaa on läsnä. Kuvilla sai potilasohjeeseen visuaalista ilmettä ja kuvat rytmittävät tekstiä. Kuvat ovat myös sellaisia, että ne voidaan tarpeen mukaan vaihtaa sähköhoidon toteutukseen liittyviin kuviin. Potilasohjeen ensimmäiseltä sivulta potilas lukee sähköhoidon tarkoituksesta, hoitosarjan pituuden sekä vaikutusmekanismeista lyhyesti. Lisäksi sivun lopussa on potilaalle ohjeistukset siitä, että mitä tapahtuu ennen hoitosarjan aloitusta ja hoitopäivään valmistautumisesta. Ne ovat potilaalle tärkeimmät asiat, joita on hyvä tietää sähköhoidosta. Toisella sivulla on hoitopäivän kuvaus, mitä tapahtuu ennen ja jälkeen sähköhoidon. Lopuksi ovat yhteystiedot lisäksymsyksiä varten.

Kehittelyvaihe päättyi ensimmäiseen versioon potilasohjeesta, jonka sisältö perustui teoreettisen viitekehykseen sähköhoidosta ja ryhmähaastattelusta saadun aineistoon.

7.5 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaiheessa tehdään tarvittavat muutokset ja hiotaan yksityiskohdat lopulliseen muotoonsa. Tuotekehitysprosessissa arviointi ja palautteen kerääminen ovat tärkeää. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.) Tässä vaiheessa pyysin arviointia potilasohjeen ensimmäisestä versiosta ohjaavilta opettajilta, työelämän ohjaajaltani sekä Savonlinnan keskussairaalan psykiatrisen vuodeosasto 7A:n henkilökunnalta. Tarkoituksena oli saada aikaan valmis potilasohje.

7.5.1 Arvioinnit

Ohjaavien opettajien arvioinnin perusteella tein tarvittavia muutoksia potilasohjeeseen; korjasin sisällön asettelua potilaslähtöisemmäksi ja selkeytin lauserakenteita. Muutin ohjeistuksen aikajärjestykseen hoitopäivän etenemisen mukaiseksi. Vaihdoin muutamia sanavalintoja potilasohjeen kohderyhmän huomiointiseksi; esimerkkinä potilaan valmistelussa voinnin tarkkailua varten olevien mittareiden esittely ammattisanoin. Potilasohjeen kuvavalintoja pohdittiin pitkään. Suunnittelin kuvaavani sähköhoidon toimenpidetilan potilasohjeeseen. Päiväkirurgian yksikön ollessa avoinna vain työajallani, en saanut kuvattua toimenpidetilaa. Koska toimeksiantaja saa tekijänoikeudet potilasohjeeseen, he voivat lisätä kuvan tarvittaessa.

Tein pyydyt muutokset potilasohjeeseen, jonka jälkeen ohjaavat opettajat arvioivat potilasohjeen uudelleen. Sain opettajilta luvan kysyä arviointia potilasohjeen sopivuudesta ja oikeellisuudesta hoitohenkilökunnalta. Arvioinnin toteuttamiseksi tein liitteessä 6 olevan kyselylomakkeen Webropol-ohjelmalla. Lähetin sähköpostitse saatekirjeen (liite 5), kyselylomakkeen ja arvioitavan potilasohjeen Savonlinnan keskussairaalan psykiatrian vuodeosasto 7A:n osastonhoitajalle, jota pyysin välittämään kyselylomakkeen henkilökunnalle. Kyselylomakkeen tarkoituksena oli saada arviota potilasohjeen oikeellisuudesta. Kyselylomakkeessa voidaan käyttää väittämiä, joihin vastaajat valitsevat mielestään sopivimman vaihtoehdon Likertin asteikon mukaisesti (Heikkilä 2014). Kyselylomakkeen ensimmäiseksi kysymykseksi esitin väittämiä potilasohjeesta, mitkä perustuivat luvussa 4.2 kuvattuihin asioihin hyvästä potilasohjeesta. Väittämien lisäksi kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, jotta arvioivat saivat kirjoittaa omia mielipiteitään ja kehittämissuhteita potilasohjeesta. Tein kyselylomakkeesta yksinkertaisen ja lyhyen, koska halusin tehdä siitä miellyttävän ja nopeasti täytettävän; hoitohenkilökunta täytti kyselylomakkeen työajallaan.

7.5.2 Arviointien tulokset

Arviointiajan päätyttyä huomasin, että en saanut arviointia siihen tarkoitettulla ajanjaksolla, joten lähetin työelämän ohjaajalleni uudestaan sähköpostiviestiä ja hän lähetti kyselylomakkeen henkilökunnalle uudestaan. Uutta vastausaikaa oli aikataulullisista syistä kolme päivää ja arviointeja sain 11 kappaletta. Koska

vastaajia oli vain muutama henkilö, saatu aineisto jäi suppeaksi ja näin ollen kyselyn vastauksista ei löydy tilastollisesti merkittäviä eroja (Heikkilä 2014).

Kyselylomakkeen ensimmäisenä kohtana oli Likertin arviointiasteikko, johon vastattiin alla olevan taulukon 1 kaavion mukaisesti. Vastausprosentit pyöristin kokonaisiksi prosenteiksi taulukon selkeyttämiseksi. Vastaukset olivat suurimmaksi osaksi jakautuneet vastauskohtiin *Ei eri eikä samaa mieltä* ja *Jokseenkin samaa mieltä*, mikä näkyy mediaanilukujen eli eniten käytetyimmän luvun esiintymisessä. Mediaaniluku laskettiin väliltä 1-5, luvun 1 ollessa vastausvaihtoehto *Täysin eri mieltä* ja luvun 5 ollessa *Täysin samaa mieltä*. Oletan näiden vastauksien jakautumisen näiden mainittujen vastausvaihtoehtojen välillä johtuvan joko siitä, ettei vastaaja osallistu sähköhoitoon tulevien potilaiden ohjaamiseen tai esimerkiksi tiedon vähyydestä sähköhoidosta. Yllätyin positiivisesti siitä, ettei yksikään vastaajista ollut valinnut vaihtoehtoja *Täysin eri mieltä* ja *Jokseenkin eri mieltä*. Tästä pystyin olettamaan, että tekemäni ensimmäinen versio potilasohjeesta on jokseenkin oikeanlainen.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen vastaukset

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	Keskiarvo	Mediaani
Kappalejako selkeä	0%	0%	37 %	36 %	27 %	11	3,91	4
Hyvä otsikointi	0 %	0 %	9 %	36 %	55 %	11	4,45	5
Virheetön, selkeä sisältö	0 %	0 %	82 %	18 %	0 %	11	3,18	3
Selkeä kuvitus	0 %	0 %	46 %	45 %	9 %	11	3,55	3
Hoidon ohjaus kuvattu hyvin	0 %	0 %	46 %	45 %	9 %	11	3,64	4
Ohjaa lukijaa valmistautumaan hoitoon	0 %	0 %	46 %	45 %	9 %	11	3,64	4
Johdonmukainen sisältö	0 %	0 %	55 %	27 %	18 %	11	3,64	3
Sopivan pituinen	0 %	0 %	36 %	18 %	46 %	11	4,09	4

Likertin arviointiasteikon mukaisesti täytetyt vastaukset eivät antaneet vastausta potilasohjeen sopivuudesta, koska niistä ei ilmene puutteita tai täydennettäviä asioita. Vastauksien perusteleminen ohjaa tekemään pyydetty korjausehdotukset selkeämmin, minkä vuoksi avoimien kysymyksien vastauksien lukeminen ja niiden mukaiset korjausehdotukset auttoivat minua kirjoittamaan potilasohjeesta selkeämmän ja kohderyhmälleen sopivamman version.

Avoimien kysymyksien vastaukset analysoidaan lukemalla aineisto huolellisesti luokittelemalla vastaukset eri aiheisiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Avoimiin kysymyksiin oli vastannut neljä (4) henkilöä. Avoimien kysymyksien vastaukset esitetään suorien lainauksien muodossa (Heikkilä 2014). Suoria lainauksia käytin vähäisesti vastaajien vähäisen lukumäärän vuoksi. Avoimien kysymyksien vastaukset perustuivat kolmeen aihealueeseen; potilasohjeen ulkoasuun, toimeksiantajaorganisaation toimintatapoihin ja sähköhoitoon liittyviin käsitteisiin.

Potilasohjeen ulkoasusta sain korjausehdotuksia tekstinasetteluun, jonka korjasin heti palstoittamalla Word-tekstisivun kahteen lohkoon. Sen myötä ulkoasu selkeytyi huomattavasti. Potilasohjeen ensimmäisessä versiossa oli neljää kuvaa, joista sain kyselylomakkeeseen kaksi vastausta. Ensimmäisen vastauksen mukaan potilasohjeessa ei tarvitse olla niin paljon kuvia ja toisessa vastauksessa sanottiin ”*Mikäli potilasohjeen käytön myötä huomataan, että tarvitaan esimerkiksi hoituhuoneesta tai hoitovälineistä kuvaa, voidaan siihen lisätä*”. Pohdin näitä arvioinnin kommentteja pitkään ja tein sitten niiden myötä muutoksia potilasohjeen visuaaliseen osuuteen. Vähensin kuvia ja keskityin siihen, että niistä saadaan positiivinen mielikuva. Lisäksi näiden kuvien avulla potilasohjeesta välittyi ryhmähaastattelusta saatu tieto siitä, että potilaat kohdataan yksilöllisesti ja heille annetaan aikaa. Piirretyt kuvat hoitohenkilökunnasta ja potilaan kohtaamistilanteesta sopivat tähän. Toimeksiantajaorganisaation toimintatavoista täsmennettiin päiväkirurgian yksikön toiminnasta potilaan ruokailu hoitopäivänä: ”*Päiväkirurgia ei tarjoa syötävää. Poikkeustapaukset ovat osastolla yöpyvät*”.

Sähköhoitoon liittyvistä käsitteistä mainittiin jokaisessa neljässä vastauksessa. Hoitojakso-sanan korjattiin olevan hoitosarja, minkä myös vaihdoin teoreettisessa viitekehyksessä olleisiin kohtiin siitä puhuttaessa. Hoitosarjan pituudesta täsmennettiin sen sisältävän **6–15 hoitokertaa**, jotka ovat lähes poikkeuksetta **kolmena päivänä viikossa**. Potilasohjeeseen haluttiin maininta **autolla ajamisen kiellostä 24 tunnin ajan nukutuksen jälkeen**. Yleisimmistä sivuvaikutuksista haluttiin mainittavan lyhyesti yhdessä vastauksessa, joten siitä lisäys potilasohjeeseen. Potilaan valmisteluun haluttiin tarkennusta ”Potilaalle laitetaan myös valvontaelektrodit EEG, EMG ja EKG” ja ammattisanastosta täsmennystä sain sähköärsykkeen olevan sähköimpulssi sekä käyttämäni sähköelektrodi-

sana korjattiin olevan päitsimet. Nämä korjasin myös teoreettiseen viitekehykseen.

Opinnäytetyöprosessin lopuksi tarkoituksena oli ollut sopia tapaaminen työelämän ohjaajani kanssa. Aikataulullisista syistä otin sähköpostin välityksellä yhteyttä työelämän ohjaajaani saadakseni viimeisen arvion potilasohjeesta. Työelämän ohjaaja vastasi potilasohjeen näyttävän hyvältä ja halusi siihen vielä maininnan suonyhteyden avaamisesta. Tästä maininta lisätty potilasohjeeseen, minkä jälkeen tekemäni potilasohje hyväksyttiin. Luovutin sähköhoidon potilasohjeen toimeksiantajalle sähköisessä muodossa kaikkine tekijänoikeuksineen. Tuotekehitysprosessi päättyi opinnäytetyön esitysseminaariin toukuussa 2019.

8 POHDINTA

8.1 Tuotoksen tarkastelu

Tarkoituksena oli tehdä sähköhoitoon potilasohje, jonka sisältö perustui teoriatietoon ja ryhmähaastattelusta saatuun aineistoon. Tiedonhakua tein etsimällä tutkimustietoa potilaiden kokemuksista sähköhoidosta, johon sain täsmennyksenä konkreettisia esimerkkejä ryhmähaastattelusta. Potilasohjeen sisältö rakentui teoriatiedon ja haastatteluteemojen yhdistelmänä, joten se vastaa tarkoitustaan. Tarkoituksena oli myös motivoida potilasta valmistautumaan sähköhoitoon potilasohjeen tuella, minkä onnistuminen näkyy potilasohjeen käyttöön oton jälkeen.

Tavoitteena oli lisätä potilaiden tietämystä sähköhoidosta siten, että potilasohjeesta löytyy tarvittavat tiedot sähköhoidon kulusta selkeästi ja ymmärrettävästi kerrottuna. Nämä asiat mielessäni aloin luonnostella ensimmäistä versiota potilasohjeesta. Tein aluksi pitkiä lauseita ja tekstikappaleet olivat pitkiä. Potilasohje näytti pitkältä ja raskaalta luettavalta, minkä vuoksi se muistutti kovin paljon aikaisempaa potilasohjetta. Ohjaavat opettajat olivat kanssani samaa mieltä, joten karsin tekstiä paljon pois. Pyrin siihen, että asiat ovat hyvin selkeästi ja lyhyesti ilmaistuna aikajärjestyksessä hoitopäivän etenemisen mukaisesti. Potilasohjeen pituus pysyi samana, mutta sivuille jäi enemmän tyhjää tilaa; kokonaisuus oli selkeämpi ja tekstiä oli mukava lukea.

Potilasohjeen asiasisällön kirjoitin tutkimuksista saadun tiedon mukaisesti. Tutkimustietoa tuki ryhmähaastattelusta saatu aineisto potilailta tulleista kysymyksistä. Koen päässeeni tavoitteeseen, koska potilasohjeesta löytyy tarvittavat tiedot kotoa käsin sähköhoitoon tuleville potilaille. Potilasohjeen kirjoittamisen tukena olivat luvussa 4.2. kuvatut hyvän potilasohjeen kriteerit. Potilasohje on tehty toimeksiantajaorganisaation Sosterin valmiille pohjalle, josta selviää potilasohjeen olevan tarkoitettu Sosterin käyttöön. Valmiista pohjasta löytyi Savonlinnan keskussairaalan yhteystietoja ja käyntiosoite. Hoitotahon yhteystiedot kirjoitin potilasohjeen loppuun. Potilasohjeen otsikoinnit herättävät lukijan mielenkiinnon siihen, että potilasohje on juuri häntä varten tarkoitettu. Potilasohjeen alussa on lyhyt yhteenveto sähköhoidon toteutuksesta hoitojaksona ja potilasohjeen edetessä on kerrottu tarkemmin sähköhoidon hoitopäivän etenemisestä. Potilaan ohjaus itsenäiseen hoitoon valmistautumiseen on kuvattu selkeästi ja johdonmukaisesti. Olen kirjoittanut potilasohjeen yksinkertaisin lausein välttäen mahdollisuuksien mukaan ammattisanojen käyttöä.

Työelämän ohjaajani painotti tuotekehitysprosessin alussa sitä, että potilasohjeessa on huomioitava kohderyhmä. Sähköhoito on tarkoitettu psykiatrisille potilaille, joista suurin osa on masentuneita (Järventausta 2014). Masennuksen oireisiin kuuluvat muun muassa keskittymiskyvyttömyys ja toiminnan aloittamisen vaikeudet (Huttunen 2018a). Näiden oireiden vuoksi kohderyhmä huomioitiin lyhyillä ja selkeillä lauseilla, joista potilaan on helppo nopeasti vilkaista tärkeimpiä asioita muistilistana sähköhoidon hoitopäivien tapahtumista. Potilasohje sopii hoitohenkilökunnan tekemän suullisen potilasohjauksen tueksi, koska siinä on yksinkertaisesti lueteltuna potilaalle tarkoitettut muistettavat asiat sähköhoidon hoitopäivästä ja näistä voidaan keskustella tarkemmin suullisen potilasohjauksen aikana. Potilasohjauksen tarkoituksena on auttaa potilasta suoriutumaan itsenäisesti (Kuhanen & Kanerva 2017, 141–142).

Potilasohjeen otsikoinnit ovat kysymyksiä, jotka ohjaavat opettajat ehdottivat arviointikeskusteluissa. Kysymysmuotoisten otsikoiden avulla potilasohjeen sisältö eteni selkeästi ja loogisesti järjestyksessä. Lääkitysasioista ja hoitoa edeltävistä tutkimuksista potilasohjeessa ei ollut kerrottu enempää, koska niiden valinta on potilaskohtaista. Tarvittavat lääkitysmuutokset arvioidaan potilaskohtaisesti ja tutkimuksiin vaikuttavat muun muassa mahdolliset perussairaudet. Otsikoissa käytetyt kysymykset perustuivat myös teoreettisessa viitekehityksessä

olleisiin tutkimustuloksiin potilaiden tiedontarpeesta sähköhoidosta ja ne tulivat myös esille haastattelussa. Potilasohjeesta välittyy potilaalle tunne siitä, että hoitojakson aloitus ja sen vaatimukset ovat tarkoin valittuja juuri häntä varten. Rajagopal ym. (2010) ja Wells ym. (2018) tutkimuksissaan ovat todenneet tärkeäksi antaa potilaalle tietoa sähköhoidon toteutuksesta kokonaisuutena.

8.2 Opinnäytetyö tuotekehitysprosessina

Opinnäytetyön tekeminen tuotekehitysprosessina eteni lähes suunnitellussa aikataulussa, jossa tarkoituksena oli saada prosessi päätökseen kevään 2019 aikana. Tuotekehitysprosessi alkoi ideavaiheella helmikuussa 2018, jolloin esitin idean sähköhoidon toteuttamisesta opinnäytetyön aiheena. Aihe oli työelämälähtöinen, koska huomasin työharjoittelussani tiedon vähyyden aiheesta. Ideavaihe kesti toukokuulle 2018, koska ideapaperin tekeminen oli ajallisesti haastavaa muiden opintojen vuoksi. Lisäksi aiheajauksen ja tavoitteiden rajaaminen vei aikaa.

Suunnitelmavaihe alkoi kesäkuussa 2018 ja se kesti joulukuulle 2018 saakka. Suunnitelman kirjoittaminen kesti puolen vuoden ajan, koska opinnäytetyöprosessin yhdistäminen työssä käyntiin ja muihin opintoihin oli aikataulullisesti haastavaa. Lisäksi suunnitelman kirjoittamiseen tarvittavan teoreettisen viitekehityksen laatiminen oli aikaa vievää. Käytin runsaasti englanninkielisiä lähdemateriaaleja, joiden kääntäminen suomenkielelle kesti pitkään. Joulukuussa 2018 suunnitelmaseminaari toi muutamia muutosehdotuksia aiheajaukseen ja kielipilliseen selkeyteen. Muutosehdotuksien lisäämisen ja kielioin tarkistuksen jälkeen opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin tammikuussa 2019. Tammi-kuussa sain tutkimusluvut kehittämissä toteutettavien haastattelujen ja arviointien toteuttamiseksi.

Kehittämissä alkoi tutkimuslupien myöntämisestä ja sovin toimeksiantajan kanssa ryhmähaastattelusta, jonka pidin helmikuussa 2018. Sovin tapaamisen ohjaavien opettajien kanssa ja esittelin tekemääni potilasohjetta. Ohjaavien opettajien mielestä potilasohjeessa oli tarvittavat tiedot sähköhoidosta, mutta potilasohjeen sisällön olisi oltava tiiviimpi. Tällöin pääsisin tavoitteeseen tehdä selkeä ja helppolukuinen potilasohje. Tapaamisen aikana sovittiin opinnäyte-

työprosessin loppuvaiheen aikatauluista, arvioinneista, opinnäytetyöseminaarista ja kypsyysnäytteestä. Aikataulutusta oli ajallisesti tiukka, koska tein samalla kokoaikaisesti töitä. Tapasimme ohjaavien opettajien kanssa uudestaan muutamien päivien kuluttua, jolloin olin toteuttanut pyydetyt muutosehdotukset. Tapauksen aikana kävimme läpi potilasohjeen ohjeistusta ja sain korjattavasti työn sisältöä aikajärjestykseen. Sain ohjaavilta opettajilta luvan siirtyä potilasohjeen arviointivaiheeseen heti kun saan tehtyä sovitut muutokset.

Tein lopullisen version potilasohjeesta ja lähetin sen arvioitavaksi maaliskuussa 2019 työelämän ohjaajalle ja toimeksiantajaorganisaation Savonlinnan keskussairaalan psykiatrian vuodeosasto 7A:n henkilökunnalle, koska potilasohje tulee heidän käyttöönsä. On tärkeää saada arviointia tuotteen sopivuudesta tuleville käyttäjiltä, joilla on asiantuntijatietoutta tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62). Viimeistelyvaiheessa viimeistelin opinnäytetyön raporttia ja korjasin sen kirjoitusasua odotellessani potilasohjeen arviointiin varatun ajan päättymistä. Kokonaisuudessaan potilasohjetta oli helpompi työstää tässä vaiheessa, kun sain konkreettista palautetta tuotteen tulevilta käyttäjiltä.

Tuotekehitysprosessina potilasohjeen tekeminen muutti ajattelutapaani hoitajalähtöisestä potilaan näkökulmaan, mikä on jo näkynyt positiivisesti työssäni asiakastilanteissa. Tämän tuotekehitysprosessin aikana opin ajattelemaan asioita monipuolisemmin ja esittämään ne selkeämmässä ja ymmärrettävämmässä muodossa sekä suullisesti että kirjallisesti. Hoitotyön ammattisanojen käyttö on ollut itsestäänselvyys työelämässä ja niiden muotoilu yleiskielelle ymmärrettävään muotoon on vaatinut opettelua. Ammatillisesti tuotekehitysprosessina potilasohjeen teko on ollut palkitsevaa ja kehittävää.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tuotekehitysprosessina tehtävän tuotteen eettisyyden ja erityisesti luotettavuuden varmistamiseksi on noudatettava **hyviä tieteellisiä käytäntöjä**. Keskeisin asia tieteellisistä käytännöistä on toimia rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti tiedonkeruun, työn ja sen arvioinnin aikana. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018.) Tämä on toiminnut ohjenuorana koko tuotekehitysprosessin ajan.

Opinnäytetyösopimus on toimeksiantajan, ammattikorkeakoulun ja opiskelijan välinen yhteistyösopimus, jossa sovitaan opinnäytetyön aiheesta, aikataulusta, tuotteen käyttöoikeuksista ja vastuista (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018). Opinnäytetyösopimukset (liite 2) allekirjoitettiin syyskuussa 2018. Aineistonkeruun toteuttamiseksi tarvitaan **tutkimusluvut** osana tutkimuseettisiä ohjeita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2018b). Tutkimusluvut haetaan Sosterin hallintoylihoitajalta ryhmähaastatteluiden kohdistuessa hoitohenkilökuntaan (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2018b.) Tutkimusluvut sain tammikuussa 2019.

Eettiset periaatteet ohjasivat työskentelyä erityisesti aineistonkeruun aikana. ECT-hoitajien valitseminen haastatteluun oli tarkoituksenmukaista perustuen heidän työkokemukseen ja tietotaitoon sähköhoidosta. Potilasohjeesta pyysin arviointia Savonlinnan keskussairaalan psykiatrian vuodeosasto 7A:n henkilökunnalta, koska he ovat tuotteen välillisiä käyttäjiä. **Eettinen vastuu** tutkimuksen onnistumisesta on tärkeää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Kunnioitin ryhmähaastatteluun ja arviointiin pyytämiäni henkilöitä ja huolehdin heidän nimettömydestään sekä itsemääräämisoikeudestaan osallistua tai olla osallistumatta saatekirjeellä. Tutkimuksen luotettavuuden lisäksi saatekirjeen avulla haastateltavat ja arvioijat saivat tietää, mihin heitä on pyydetty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219).

Tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja aineiston säilyttämisestä oli oltava huolellinen. Opinnäytetyö ja siihen liittyvät aineistot on säilytettävä suojatulla verkolevyllä ja varmuuskopiona salanasuojatulla ulkoisella kovalevyllä (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018). Näin olen toiminut koko opinnäytetyöprosessin ajan ja opinnäytetyöhön liittyvät materiaalit ovat olleet vain minun käytössäni. Haastateltaville ja arvioijille kerrotaan aineiston turvallisesta säilytyksestä ja siitä, milloin ja miten saadut tulokset julkaistaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tämän olen varmistanut saatekirjeellä. Tuhoan materiaalit asianmukaisesti tietosuojajätteeseen opinnäytetyöprosessin päättyttyä.

Eettisesti kestävät menetelmät olivat tärkeää tiedonhaussa. Tieteellisiin käytäntöihin kuuluu muiden tekijöiden töiden arvostus ja käyttö asianmukaisesti

(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Olen käyttänyt lähdeviitteiden merkitsemiseen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeviiteohjeistuksia. Suositeltavaa on valita lähteiksi ajankohtaisinta tutkimustietoa, jotta tutkimuksen luotettavuus säilyy (Jämsä & Manninen 2000, 54; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Vanhempia lähdemateriaaleja valitessa tutkimusaineistoksi, on niiden luotettavuutta ja eettistä kestävyyttä arvioitava vertaamalla niitä uudempaan lähdemateriaaliin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tiedonhaussa käytin vuosirajauksena 2010–2018, mutta useissa tiedonhauissa tällä rajauksella hakutuloksiksi tuli AMK-tasoisia opinnäytetöitä, ei-sähköhoitoon liittyvää materiaalia ja tutkimuksia, joihin ei pääsyoikeutta ollut tai tutkimusta ei ollut saatavilla kokotekstinä. Vaihdoin vuosirajaukseksi kokeillen 2000–2009, jolloin löysin monipuolista tietoa sähköhoidosta ja sen kehityksestä hoitomuotona. Tästä esimerkkinä Pakasen tutkimusartikkeli vuodelta 2000, josta saatava tieto on edelleen ajankohtaista ja oikeellista. Tutkimustiedon vähyiden vuoksi on hyvin todennäköistä, että saatavat rajalliset tutkimustiedot sähköhoidosta ovat oikeellisia. Toisaalta tämä myös osoittaa sen, että sähköhoidosta tarvitaan lisää tutkimustietoa. Tästä sain jatkokehittämisehdotuksen lukuun 7.4.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksesta saadun aineiston määrä; aineiston on oltava edustava ja määrältään tarpeeksi suuria korkeine vastausprosentteineen. Käytettyjen kysymyksien on käsiteltävä koko tutkimusongelma. (Heikkilä 2014.) Tämän tuotekehitysprosessina tehdyn opinnäytetyön luotettavuutta voi heikentää ryhmähaastattelusta saadun aineiston ja arviointien vähäisyys, mutta siitä huolimatta saatu aineisto on edustava ja tarpeeksi hyödyllinen. Lisäksi ryhmähaastattelussa ja arvioinnissa käytetyt kysymykset ja teemat ovat mitanneet oikeita asioita. Huomioidaan käytetty **laadulliseen tutkimustapa**, jossa tarkoituksena on tutkia ilmiöitä ja pyrkiä ymmärtämään niitä paremmin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50). Tässä laadullisen tutkimustavan mukaisesti toteutetusta tutkimuksesta saatu aineisto on säilynyt siten luotettavana. Mikäli ryhmähaastattelu toteutettaisiin uudestaan, saadut vastaukset olisivat samanlaisia niiden paikkaansa pitävyyden vuoksi.

Luotettavuuden lisäämiseksi **vältetään plagiointia** eli valheellisesti toisen kirjoittaman tekstin käyttämistä omanaan (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018). Plagiointia välttämiseksi kirjoitetaan tarkasti ja huolellisesti omaa tekstiä, jossa hyödynnetään asianmukaisin viittauksin lähdemateriaaleja (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018). Lähdemateriaalien oikeaoppiseen käyttöön olen saanut ohjausta opinnäytetyöpajoissa suomen kielen ja viestinnän opettajalta. Tuotekehitysprosessin lopuksi lähetin opinnäytetyön raportin Urkundin kautta ohjaaville opettajilleni. Plagiointijärjestelmä Urkund tukee Tekijänoikeuslain nojalla työssä esitettyjen lähteiden kirjoittajien tekijänoikeuksia (Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404; Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2018).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös **uskottavuuden ja siirrettävyyden** kannalta. Uskottavuuden arviointi tarkoittaa tulosten selkeydellä, jotta lukija ymmärtää tuotteen kehittelyvaiheet ja tutkimuksen vahvuudet ja kehittämiskohdat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Opinnäytetyöprosessin aikana olen välttänyt omien tulkintojen tekemistä saaduista tuloksista ja olen pyrkinyt perustelemaan joko ryhmähaastatteluun tai teoreettisen viitekehyksen kautta tekemäni johtopäätökset ja valinnat potilasohjeen sisältöön. Siirrettävyydellä arvioidaan tulosten sopivuutta muihin yhteyksiin ja sitä vahvistetaan tutkimuskohteen ja aineistonkeruun kuvauksella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160, 164). Olen kerännyt tietoa sähköhoidosta ja kuvannut aineistonkeruuta analyysiin asti, jotta opinnäytetyöprosessiani ja sen eri vaiheita on helppo seurata. Opinnäytetyöprosessin aikana tekemäni potilasohje olisi sopiva myös muiden sairaanhoitopiirien alueelle, koska siinä on kuvattu sähköhoidon toteutusta potilaiden tiedontarpeen mukaisesti.

8.4 Jatkokehittämisehdotukset

Jatkokehittämisehdotukseksi esitän monipuolisen tutkimuksen tekemisen sähköhoidon vaikutusmekanismeista, toteutuksesta ja hyödyllisyydestä potilaalle pitkällä aikavälillä. Sähköhoidon vaikutuksista esimerkiksi aivojen toimintaan olisi tarpeellinen tutkimusaihe. Oli mielenkiintoista havaita sähköhoidon vaikutusmekanismien olevan moniselitteisiä ja ettei yksiselitteistä syytä sähköhoidon toimivuuteen ole löydetty vuosien aikana. Tarkempaa tutkimusta olisi hyvä saada sähköhoidon vaikutuksista muistiin. Vaikka sähköhoidon aiheuttamat

muistivaikeudet ovatkin harvinaisia, olisi hyvä tarkastella niitä tarkemmin lääketieteellisesti.

Sähköhoito on ollut vuosien aikana sosiaalisessa mediassa kiistelty ja osin väärinymmärretty hoitomuoto, joista jälkimmäisen ymmärsin lukiessani tutkimustietoa sähköhoidon toimivuudesta ja tehokkuudesta. Pohdin sosiaalisen median vaikutuksia ihmisten ajatuksiin ja ennakko-odotuksiin. Etenkin nykyaikana sosiaalisen median käytön lisääntyessä olisi mielenkiintoista tutkia sosiaalisen median vaikutusta hoitotyön käytännön toteutukseen. Tämä olisi mielenkiintoista nähdä toteutettavan eri ammattialojen yhteistyönä esimerkiksi hoitotyön ja media-alan opiskelijoiden toimesta. Olisi mielenkiintoista tutkia tekemäni sähköhoidon potilasohjeen vaikuttavuutta eli potilaiden kokemuksia potilasohjeen toimivuudesta.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222 [viitattu 11.9.2018].

Arifulla, D. 2012. Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaaristavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-työ. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/86825/gradu2012Arifulla.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.12.2018]

Gálvez, V., Hadzi-Pavlovic, D., Wark, H., Harper, S., Leyden, J. & Loo, C K. 2016. The anesthetic-ECT time interval in electroconvulsive therapy practice. Is it time to time? *Brain Stimulation*, Vsk: 9 (1), 72-77. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26452698> [viitattu 26.9.2018].

Guruvaiah, L., Veerasamy, K., Naveed, M., Kudlur, S., Chaudary, F. & Paraiso, A. 2017. Patients' experiences of and attitudes towards ECT. *Progress in Neurology and Psychiatry*. Vsk: 21 (12), 16-21.

Hallikainen, T. 2009. ECT Skitsofreniassa. Kuopio: Niuvanniemen sairaala. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.niuv.fi/toiminta/ajankohtaista/Skitsofreniaverkoston_symposium/Tero_Hallikainen_ECT_Skitsofreniassa.pdf [viitattu 24.9.2018].

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> [viitattu 25.9.2018].

Heikkiniemi, K. 2016. Asiakaslähtöinen motivoiva ohjaaminen keskiössä. Muutosjohtaminen osana hoitajavastuuden vastaanotto toiminnan kehittämistä muunaispoliklinikalla. Centria ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/113680/heikkiniemi_katja.pdf?sequence=1 [viitattu 10.11.2018].

Heikman, P., Niemi-Murola, L. & H. Rosenberg, P. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. *Finnanest* Vsk: 39 (1), 28-32. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf [viitattu 10.9.2018].

Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vsk:120(10), 1219-1225. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/10/duo94286> [viitattu 10.9.2018].

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4 uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

- Huttunen, M. 2018a. Tietoa potilaalle: Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 5.12.2018].
- Huttunen, M. 2018b. Tietoa potilaalle: Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 5.12.2018].
- Huuhka, M. 2005. Electroconvulsive therapy in major depression. A clinical and genetic approach. Tampereen yliopisto, lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://acta.uta.fi> [viitattu 15.10.2018].
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vsk: 121(16), 1769-1973. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf> [viitattu 8.9.2018].
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2016. Kuntayhtymän strategia 2016-2019. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.sosteri.fi/wp-content/uploads/sites/3/2017/06/strategia_161216.pdf [viitattu 16.12.2018]
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2018a. Organisaatio. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.12.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/organisaatio/> [viitattu 23.12.2018]
- Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2018b. Tutkimustyö ja hankkeet. WWW-dokumentti. Päivitetty 25.9.2018. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/tutkimustyo-ja-hankkeet/> [viitattu 20.9.2018].
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.
- Järventausta, K. 2014. Psykiatrinen sähköhoito. Tampereen yliopistollinen sairaala. Neuro- ja vanhuspsykiatria. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vshp.fi/suopa/pdf/ECT%20operatiiviset%20pv%C3%A4t.ppt1.pdf> [viitattu 8.9.2018].
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109> [viitattu 20.11.2018].
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanerva, A. & Kuhanen, C. 2014. Mielenterveyshoitotyön menetelmät. Teoksessa Hämäläinen, K., Kanerva A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 182-184.

Kellner, CH., Farber, KG., Chen, XR., Mehrotra, A. & Zipursky, GDN. 2017. A systematic review of left unilateral electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vsk. 1 (136:2), 166-176. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28422271> [viitattu 30.11.2018].

Kemppainen, M-L. & Palokangas, I. 2014. Psykiatrinen sähköhoito masennuksen hoidossa. Depressiohoitajien 9. valtakunnalliset koulutuspäivät Oulussa 9.10.2014. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=8e36a6b6-bbcb-4686-8481-3ba44f5b0231&groupId=64384 [viitattu 17.9.18].

Koopowitz, LF., Chur-Hansen, A., Reid, S. & Blashki. The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy. 2003. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vsk. 37(1), 49-53. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534656> [viitattu 30.11.2018].

Koponen, H. 2014. Aivojen sähköhoito masennuslääkehoitoon yhdistettynä yläpitohoitona. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08216> [viitattu 11.10.2018].

Kotilainen, M. 2018. Sairaanhoidaja. Henkilökohtainen tiedonanto. 2.10.2018. Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri.

Kuhanen, C. & Kanerva, A. 2017. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. 5 uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 141-142, 148, 157, 185.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leppämäki, S. 2012. Neurostimulaatiohoidot –tulevaisuuden psykiatria.

WWW-dokumentti. *Suomen lääkärilehti*. Vsk. 67 (36), 2454-2459. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.xamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/neurostimulaatiohoidot-tulevaisuuden-psykiatria/> [viitattu 12.10.2018].

Leppämäki, S. & Ritschkoff, J. 2008. Sairaalälääkärin sähkökirja, perehdytys aivosähköhoitoon. HUS/HYKS/Helsingin sairaalat. ECT-yksikkö.

Leppämäki, S. 2014. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta.

Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02125> [viitattu 11.11.2018].

Leskelä, L. 2017. Puoli miljoonaa suomalaista tarvitsee selkokieltä. Selkokieli auttaa, kun yleiskieli on potilaalle liian vaikeaa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vsk 133, 527-528. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13623> [viitattu 11.9.2018].

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1236.

PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf> [viitattu 13.11.2018].

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., Salomäki, T. & Hoikka, A. 2013. Postoperatiivisen hoidon yleisperiaatteet. Teoksessa anestesiahoitotyön käsikirja. Terveystieteen Sairaanhoidajien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 11.11.2018].

Luutonen, S. & Koponen, H. 2014. ECT:n teho ja turvallisuus iäkkäiden vanhusten masennuksen hoidossa. Terveystieteen Lääkärien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 11.11.2018].

Lönnqvist, J. 2014. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41–48.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23.

Marttunen, M. & Koponen, H. 2014. Aivojen sähköhoito nuorten vakavan masennuksen hoidossa. Terveystieteen Lääkärien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 11.11.2018].

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteen aikakauskirja Duodecim*. Vsk. 124, 1507-1513. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2008/13/duo97349> [viitattu 10.11.2018].

Pakanen, V. 2000. Sähköhoito ja anestesia. *Finnanest* Vsk.4. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/a_pakanen.pdf [viitattu 24.9.2018].

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2014. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 853–854, 856.

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2017. Skitsofrenian hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveystieteen Sairaanhoidajien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 5.12.2018].

Rajagopal, R., Chakrabarti, S., Grover, S. & Khehra, N. 2010. Knowledge, experience & attitudes concerning electroconvulsive therapy among patients & their relatives. *Indian Journal of Medical Research*. Vsk. 135, 201–210. Saatavissa: <https://www.ebsco.com/> [viitattu 30.11.2018].

Rauta, S. 2013. Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivinen tarkkailu ja kotiuttaminen. Anestesiahoitotyön käsikirja. Terveystieteen Sairaanhoidajien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 11.11.2018].

Rayner, L., Kershaw, K., Hanna, D. & Chaplin, R. 2009. The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health*. Vsk. 18 (5), 379-388. Saatavissa: <https://www.ebsco.com/> [viitattu 30.11.2018].

Ritschkoff, J. & Vataja, R. 2009. Sähköhoitoa ei saa unohtaa. Terveysportin Lääkäriin tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 30.8.2018].

Rose, D., Fleischmann, P. & Bindman, J. 2003. Patients's perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*. Vsk. 326 (7403), 1363. Saatavissa: <https://www.ebsco.com/> [viitattu 15.2.2019].

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tieto-arkisto: Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html [viitattu 11.11.2018].

Sadowsky, J. 2017. Electroconvulsive therapy: A history of controversy, but also of help. The conversation. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://theconversation.com/electroconvulsive-therapy-a-history-of-controversy-but-also-of-help-70938> [viitattu 10.9.2018].

Shorter, E. 2006. Psykiatrian historia. 2. painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404.

Toivonen, M-T. & Virtanen, H. 2012. Päiväkirurgisten potilaiden kokemukset preoperatiivisesta ohjauksesta. Teoksessa Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun yliopisto, 61–62.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 19.9.2018].

Vataja, R. 1996. Sähköshokkihoidon historiaa. Teoksessa Elomaa, E & Taipale, I. (toim.) Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa; Printway Oy.

Ylitalo, V. 2013. Sähköhoito, anestesiahoitotyön käsikirja. Terveysportin Sairaanhoidajan tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> [viitattu 7.2.2019].

Wells, K., Newton Scanlan, J., Gomez, L., Rutter, S., Hancock, N., Tuite, A., Ho, J., Jacek, S., Jones, A., Mehdi, H. & Halliday, G. 2018. Decision making and support available to individuals considering and undertaking electroconvulsive therapy (ECT): a qualitative, consumer-led study. *BMC Psychiatry*. Vsk. 18, 236. Saatavissa: <https://www.ebsco.com/> [viitattu 30.11.2018].

KIRJALLISUUSKATSAUSTAULUKKO

Tutkimuksen tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Omat kommentit
Gálvez, V., Hadzi-Pavlovic, D., Wark, H., Harper, S., Leyden, J. & Loo, C K. 2016. The anesthetic-ECT time interval in electroconvulsive therapy practice. Is it time to time? <i>Brain Stimulation</i> , Vsk: 9 (1), 72-77. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/26452698 [viitattu 26.9.2018].	Tutkimuksessa tutkittiin anestesian merkitystä sähköhoidossa	Tutkimuskohteenä 84 potilasta, joille annettiin sähköhoitoa anestesiassa. Strukturoidulla arviointiasteikolla arviointiin kouristuskohtauksia ja sähköhoidon hoitojaksoa.	Anestesiolla on iso merkitys sähköhoidon onnistumisessa. Anestesiologian ja psykiatrian erikoisalojen välinen yhteistyö on tärkeää.	Yhteistyön merkitys erikoisalojen välillä on iso. Monet pelkäävät nukutusta, mutta tämän tutkimuksen pohjalta sen tärkeys luottavaisemman suhtautumisen tähän.
Guruvaiah, L., Veerasamy, K., Naveed, M., Kudlur, S., Chaudary, F. & Paraiso, A. 2017. Patients' experiences of and attitudes towards ECT. <i>Progress in Neurology and Psychiatry</i> . Vsk: 21 (12), 16–21.	Tutkimuksessa tutkittiin potilaiden kokemuksia ja asenteita sähköhoidosta.	Tutkimuskohteenä 20-81v potilaita, jotka saivat sähköhoitoa vuosina 2013 ja 2014. Potilaiden lukumäärää ei julkaistu. Potilailta kysyttiin tiedonsaannista sähköhoidosta, kokemuksista, sivuvaikutuksista ja asenteista sähköhoidosta.	Puolet potilaista sai ohjausta ja tietoa sähköhoidosta. Potilaat kokivat sähköhoidon hyvänä. Yhdellä potilaista ei ollut sivuvaikutuksia. Potilaat haluavat enemmän tietoa sähköhoidosta. Potilaat kokivat sähköhoidon olevan lääkehoitoa tehokkaampaa.	Tutkimustuloksista tärkeimpänä ja merkityksellisimpänä pidin sitä, ettei potilaille ollut kerrottu ja perusteltu sähköhoidon valintaa hoitotavaksi.
Huuhka, M. 2005. Electroconvulsive therapy in major depression. A clinical and genetic approach. Tampereen yliopisto, lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://acta.uta.fi [viitattu 15.10.2018].	Tutkimuksessa tutkittiin vaikean masennuksen hoitotapojen, lääkehoidon ja sähköhoidon, eroavaisuuksia pitkällä aikavälillä.	Tutkimuskohteenä olivat sairaalahoidossa olevat masennusta sairastavat potilaat. 30 potilaalle annettiin sähköhoitoa ja 21 hoidettiin masennuslääkkeillä. Potilaita seurattiin vuoden ajan. Hoitovastetta arviointiasteikolla ja vuoden seuranta-ajalla arviointiin masennuksen uusiutumisen määrää ja aikaväliä.	Hoitotavoissa ei havaittu merkittävää eroa masennuksen uusiutumiseen seuranta-ajalla. Tutkimuksen aikana huomattiin sähköhoidon olevan tehokas hoito, mutta se ei poista masennuksen uusiutumiseriskiä. Sen vuoksi ylläpitohoito on erinomainen jatkohoidon keino.	Mielenkiintoinen havainto siitä, että kummallakaan hoitotavalla ei voida täysin ehkäistä masennuksen uusiutumista.

<p>Kellner, CH., Farber, KG., Chen, XR., Mehrotra, A. & Zipursky, GDN. 2017. A systematic review of left unilateral electroconvulsive therapy. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>. Vsk. 1 (136:2), 166-176. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28422271 [viitattu 30.11.2018].</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin bilateraalisen ja unilateraalisen hoitotavan eroavaisuuksia sähköhoidon toteutuksessa.</p>	<p>Systemaattinen katsaus 52 kliinisestä tutkimuksesta sähköhoidosta.</p>	<p>Unilateraalilla hoitotavalla on sivuvaikutuksena vähemmän muistivaikkeitä kuin bilateraalinen. Tutkimuksessa todettiin potilaiden muistin palautuvan normaaliin hoitjakson loputtua molemmilla hoitotavoilla.</p>	<p>Tutkimuksessa oli tärkeä havainto muistin palautumisesta huolimatta siitä, että kummalla hoitotavalla sähköhoitoa toteutetaan.</p>
<p>Koopowitz, LF., Chur-Hansen, A., Reid, S. & Blashki. The subjective experience of patients who received electroconvulsive therapy. 2003. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>. Vsk. 37(1), 49-53. Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534656 [viitattu 30.11.2018].</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia sähköhoidosta.</p>	<p>Puolistrukturoidut haastattelut pidettiin potilaalle, jotka saivat sähköhoitoa 1990-luvulla. Potilaat olivat yli 18-vuotiaita.</p>	<p>Suurin osa vastaajista oli pelännyt sähköhoitoa aivoaurioiden vuoksi. Yksi potilaista ei ollut kokenut sivuvaikutuksia sähköhoidosta ja muilla potilailla oli muistivaikkeitä. Muistivaikkeitä potilaat kokivat, ettei sähköhoito ole ollut siihen ainoa tekijä. Yksi potilaista koki muistivaikkeitä olevan hyvä asia, koska ei muista huonoja masennuskauksia. Potilaat kokivat sähköhoidon jälkeen mielialan kohentumista ja masennusoireiden huomattavaa vähentymistä. Yksi potilas koki sähköhoidon pehmentäneen hänet.</p>	<p>Tutkimustuloksista pidän tärkeimpänä sitä, että potilas voi kokea muistivaikkeudet hyvänä asiana.</p>

<p>Koponen, H. 2014. Aivojen sähköhoito masennuslääkehoidon yhdistettynä ylläpitohoitona. Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak08216 [viitattu 11.10.2018].</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin sähköhoidon ylläpito-hoidon merkitystä lääkehoidon rinnalla masennusjakson uusiutumiseen.</p>	<p>Systemaattinen katsaus 10 tutkimuksesta, joissa oli 464 potilasta, jotka olivat saaneet sähköhoitoa. Hoitojakson jälkeen jatkohoittoa varten tutkitavat jaettiin lääkehoitoon sekä lääkehoidon ja ylläpito-hoidon yhdistelmään. Tulosuuttujiksi määriteltiin masennuksen uusiutuminen ja sairaalahoitojakso ennen ja jälkeen ylläpito-hoidon.</p>	<p>Ylläpitohoitoa saaneiden potilaiden uusien sairaalajaksojen määrä oli huomattavasti vähäisempi kuin pelkällä lääkehoidolla hoidettavilla potilailla. Masennusjakson uusiutuminen lääkehoidolla 16kk -2,7v kuluessa, ylläpito-hoidolla 23kk-6,9v.</p>	<p>Sähköhoidon hoitojakson jälkeinen jatkohoidon valinta on mietityttänyt. Tämän katsauksen luke-misen jälkeen ylläpito-hoidon merkitys on mielestäni tärkeää tietää ja sen hyödyistä ja mahdollisuuksista on tärkeää kertoa potilaalle.</p>
<p>Luutonen, S. & Koponen, H. 2014. ECT:n teho ja turvallisuus iäkkäiden vanhusten masennuksen hoidossa. Terveystieteen Lääkärien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi [viitattu 11.11.2018].</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin sähköhoidon ja masennuslääkityksen tehoa yli 75-vuotiaiden vanhusten mielialahäiriön hoidossa.</p>	<p>Tutkimuskohteenä oli 78 yli 75-vuotiaasta mielialahäiriötä sairastavaa potilasta. Tutkimus oli retrospektiivinen Case-control-tutkimus, jossa verrattiin sähköhoidon ja masennuslääkkeiden tehoa.</p>	<p>Yli 75-vuotiaille sähköhoitoon on lääkehoitoa huomattavasti tehokkaampi vaikutus. Sähköhoidolla on myös vähäisemmät haittavaikutukset.</p>	<p>Sähköhoito on hyödyllinen hoitokeino myös iäkkäille ihmisille.</p>
<p>Marttunen, M. & Koponen, H. 2014. Aivojen sähköhoito nuorten vakavan masennuksen hoidossa. Terveystieteen Lääkärien tietokanta. Verkkoartikkeli. Helsinki: Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi [viitattu 11.11.2018].</p>	<p>Tutkittiin sähköhoidon tehoa ja turvallisuutta nuorten potilaiden hoidossa.</p>	<p>Retrospektiivinen tutkimus, jossa tutkimuskohteenä oli sähköhoitoa saaneet 23 alaikäiset potilaat.</p>	<p>Hyvä hoitovaste 87 % tutkitavista. Tutkimuksen aikana huomattiin, että nuorille tulee sähköhoidosta samanlaiset sivuvaikutukset kuin aikuisille.</p>	<p>Sähköhoito sopii myös nuorille potilaille.</p>
<p>Rajagopal, R., Chakrabarti, S., Grover, S. & Khehra, N. 2010. Knowledge, experience & attitudes concerning electroconvulsive therapy among patients & their relatives. <i>Indian Journal of Medical Research</i>. Vsk. 135, 201-210. Saatavissa:</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin potilaiden tietoa, kokemuksia ja asenteita sähköhoitoa kohtaan.</p>	<p>Tutkimuksessa 77 potilasta ja heidän omaistensa täyttivät kyselylomakkeen sähköhoidosta. Kyselylomakkeella arvioitiin potilaiden ja omaisten näkemyksiä ja tietoutta sähköhoidosta.</p>	<p>Suurin osa vastaajista ei tiennyt teoriassa sähköhoidosta mitään, mutta suhtautui myönteisesti sähköhoitoon. Muistin menettämisen pelko oli yleistä vastauksissa, tosin vastauksissa ilmeni</p>	<p>Muistin menettämisen pelosta huolimatta potilaat ovat kokeneet sähköhoidon hyödyllisenä.</p>

<p>https://www.ebsco.com/ [viitattu 30.11.2018].</p>			<p>sähköhoidosta saatavien hyötyjen menevän pelon edelle ja vastaajat kertoivat suostuvansa uuteen hoitojaksoon mielellään. Omaisilla pääsääntöisesti enemmän tietoa sähköhoidosta ja olivat hoidon tuloksista tyytyväisempiä kuin potilaat.</p>	
<p>Rayner, L., Kershaw, K., Hanna, D. & Chaplin, R. 2009. The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy. <i>Journal of Mental Health</i>. Vsk. 18 (5), 379-388. Saatavissa: https://www.ebsco.com/ [viitattu 30.11.2018].</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin potilaiden kokemuksia sähköhoidosta keskittyen hoitoon suostumiseen ja sivuvaikeuksiin.</p>	<p>Tutkimuksessa haastateltiin kyselylomakkeilla 389 potilasta. Vastaukset analysoitiin kuvailevin tilastoin ja teema-analyysin.</p>	<p>Puolet oli saanut riittävästi tietoa sähköhoidosta. Sähköhoitoon suostumusprosessin koettiin yleisesti olevan sopiva, mutta osa potilaista koki painostusta sähköhoitoon. He kokivat, että heitä kiirehditään suostumaan sähköhoidon aloitukseen. Potilaat eivät olleet varmoja mihin suostuvat. Osalle potilaista ei tarjottu eikä keskusteltu muista hoitovaihtoehdoista. Muistivaikeudet olivat yleisiä, muistia olisi hyvä tutkia ennen ja jälkeen sähköhoidon. 72 % vastaajista koki hyötynsä sähköhoidosta.</p>	<p>Potilaiden kanssa on tärkeää keskustella tarpeeksi ajoissa eri hoitovaihtoehdoista ja varhaisessa vaiheessa jo keskustella sähköhoidosta mahdollisena hoitovaihtoehtona. Muistin tutkiminen olisi mielenkiintoinen osa sähköhoidon toteutusta.</p>
<p>Wells, K., Newton Scanlan, J., Gomez, L., Rutter, S., Hancock, N., Tuite, A., Ho, J., Jacek, S., Jones, A., Mehdi, H. & Halliday, G. 2018.</p>	<p>Tutkimus oli kulluttajapohjainen projekti, jossa tutkittiin sähköhoitoa saaneiden potilaiden</p>	<p>Puolistrukturoitu haastattelu sähköhoitoa saaneille 17 aikuiselle potilaalle.</p>	<p>Potilaat kokivat saaneensa tietoa sähköhoidosta liian vähän ja kokivat, etteivät olleet saaneet</p>	<p>Sähköhoidosta on keskusteltava hoitovaihtoehtona ja ylipäätään esitellä sitä jo ennen</p>

<p>Decision making and support available to individuals considering and undertaking electroconvulsive therapy (ECT): a qualitative, consumer-led study. <i>BMC Psychiatry</i>. Vsk. 18, 236. Saatavissa: https://www.ebsco.com/ [viitattu 30.11.2018].</p>	<p>tietoa ja kokemuksia sähköhoidosta.</p>		<p>vastauksia kysymyksiinsä hoitohenkilökunnalta. Potilaat kokivat hoitohenkilökunnan tuen tärkeäksi. Potilaat olisivat halunneet heille kerrottavan sähköhoidosta ennen kuin hoito on ajankohtainen, jotta olisivat voineet rauhassa valmistautua ja sopeutua sähköhoitoon ajatuksena ennen hoidon aloitusta.</p>	<p>kuin sähköhoitoa aletaan harmitella potilaalle.</p>
---	--	--	--	--

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖSTÄ

2/2

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Uusi ECT-pöytäsohje	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Sosterilla on 2015 tehty pöytäsohje aiheesta, johon toimeksiantaja on esittänyt ehdotuksen päivityksestä. Teen uuden pöytäsohjeen, koska haluan kehittää sitä. Teen visuaalisen ohjeen arnettavaksi pöytäalle ennen hoidon aloitusta. Tavoitteena on lisätä tietoa hoitomuodosta ja hoidon vaikutuksista	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Toiminnallinen opinnäytetyö, tuotekehitysprosessi.	
Opinnäytetyön aloitus Syyskuun 2018	Opinnäytetyön loppu toimeksiantajalle Elokuun 2018
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä.
<http://www.tilastokeskus.fi/ttk/kaas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakouluun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavalliseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitouuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajajärjestönsä näkökulmasta. Ongelmatapauksissa sopimuksen ehtoista voidaan neuvotella uudelleen ja tarvittaessa purkaa sopimus.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muihin opinnäytetyöhön liittyviin aineistoihin, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuutta tai muita julkisuudessa salassa pidettäviksi määriteltyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitouvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esim. tulleita luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämänsä hyväksyen toisen osapuolen linnoitettuja luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaukset jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
---	--

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS Savonlinna 3, 9 2018 Riikka Portin
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS SAVONLINNNA 2, 7 2018 Riikka Portin
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS Savonlinnassa 27, 18 2018 Taina Penttinen

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajajärjestölle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

Opintotoimiston lomake 2017

SAATEKIRJE RYHMÄHAASTATTELUUN

Hei

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta. Teen Sosterille opinnäytetyönä potilasohjetta sähköhoitoon. Haluan saada Teiltä sähköhoitajilta tietoa ryhmähaastattelussa, jonka aiheet ovat liitteenä teemoina.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tehdä sähköhoidon potilasohje ja keskittyä siihen, mitä potilas haluaisi hänelle kerrottavan hoidosta. Tarkoituksena on motiivoida potilas valmistautumaan sähköhoitoon potilasohjeen tuella. Tavoitteena on lisätä potilaiden tietämystä sähköhoidosta.

Ryhmähaastattelun tallennan ääninauhoituksella. Ääninauhoitteet ja niistä litteroidut tekstit ovat vain minun käytössäni aineiston analyysin aikana ja sen jälkeen hävitän ne tietosuojajätteeseen. Aineiston käsittelen siten, että anonymiteetti säilyy. Aineisto julkaistaan osana opinnäytetyötäni kevään 2019 aikana. Sovittaessa esittelen aineiston ja pyydän hyväksynnän Teiltä ennen julkaisua.

Ryhmähaastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on oikeus olla osallistumatta tai poistua haastattelusta halutessanne. Ryhmähaastattelu vie Teidän aikaanne 30-60 minuuttia. Olisin erittäin kiitollinen, että suostuisitte haastatteluun.

Ehdotan ryhmähaastattelun ajankohdaksi 28.1–10.2.19 ja pyydän Teitä ilmoittaman sopivan ajankohdan sen toteuttamiseksi 25.1.19 mennessä. Jos Teillä on kysyttävää aiheesta, kerron mielelläni lisätietoja opinnäytetyöstä.

Yhteistyöterveisin

Riikka Poikela

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Savonniemen kampus

riikka.poikela@edu.xamk.fi

TIETOINEN SUOSTUMUSLUPA

Minut on pyydetty osallistumaan ryhmähaastatteluun Riikka Poikelan opinnäytetyötä varten.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyön ja ryhmähaastattelun tarkoituksesta, aineiston käsittelystä ja säilyttämisestä. Olen tietoinen ryhmähaastattelun ääninauhoituksesta.

Ymmärrän, että osallistumiseni ryhmähaastatteluun on vapaaehtoista ja minulla on oikeus olla osallistumatta tai keskeyttää haastattelutilanne, milloin tahansa haastattelun aikana. Osallistumisen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita ryhmähaastatteluun osallistumista.

Allekirjoituksella vahvistan vapaaehtoisen osallistumiseni ko. haastatteluun, joka toteutetaan sovittuna ajankohtana.

pvm

allekirjoitus & nimenselvennys

Savonlinnassa

SAATEKIRJE KYSELYLOMAKKEESEEN

Hei

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta. Olen tekemässä Sosterille opinnäytetyönä potilasohjetta sähköhoitoon, jonka tarkoituksena on motivoida potilas valmistautumaan sähköhoitoon ja tavoitteena on lisätä potilaiden tietämystä sähköhoidosta.

Haluan saada Teiltä arviointia potilasohjeesta, jotta voin kehittää sitä paremmaksi. Ohessa arvioitava potilasohje, arviointi vie Teidän aikaa muutaman minuutin ajan. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastaukset ovat vain minun käytössäni ja hävitän ne tietosuojajätteeseen potilasohjeen viimeistelyn jälkeen. Analysoin vastaukset siten, että anonyymiteetti säilyy.

Olisin erittäin kiitollinen saadessani Teiltä palautetta ohjeesta, jotta saan toteutettua mielenkiintoisen ja kattavan potilasohjeen sähköhoidosta.

Linkki Webropol-kyselyyn x

Toivon arviointia 18.3.19. mennessä

Ystävällisin terveisin

Riikka Poikela

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Savonniemen kampus

riikka.poikela@edu.xamk.fi

KYSELYLOMAKE

Kerro mielipiteesi sähköpostin liitteenä olevasta sähköhoidon potilasohjeesta.

Valitse omaa mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei eri eikä samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Kappalejako selkeä	1	2	3	4	5
Hyvä otsikointi	1	2	3	4	5
Virheetön, selkeä kirjoitus	1	2	3	4	5
Hoidon ohjaus kuvattu hyvin	1	2	3	4	5
Selkeä kuvitus	1	2	3	4	5
Ohjaa lukijaa valmistautumaan hoitoon	1	2	3	4	5
Johdonmukainen sisältö	1	2	3	4	5
Sopivan pituinen	1	2	3	4	5

Onko potilasohjeessa mielestäsi kaikki oleellinen aiheesta? Jos vastaat ei, mitä lisäisit tai poistaisit ohjeesta?

- a. Kyllä
- b. Ei _____

Kehittämisehdotuksia?

KIITOS VASTAUKSISTA!

POTILASOHJE SÄHKÖHOIDOSTA



POTILASOHJE

SÄHKÖHOITO ELI ECT-HOITO

Mitä on sähköhoito?

- Sähköstimulaatiohoito, jossa annetaan lyhyt sähköimpulssi aivoihin nukutuksen aikana
- Sähköhoidon tavoitteena on helpottaa psyykkistä oireilua tasapainottamalla aivojen aineenvaihduntaa
- Sähköhoito on tarkoitettu masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian hoitoon
- Tehokasta, turvallista ja kivutonta
- Toteutetaan hoitosarjana, joka sisältää 6-15 hoitopäivää. Hoitopäiviä on viikossa kolme (ma, ke ja pe)

Miten valmistaudut sähköhoidon aloitukseen?

- Sinut ohjataan verikokeisiin ja mahdollisiin muihin tutkimuksiin
- Kerro lääkärille käyttämäsi lääkkeet ja luontaistuotevalmisteet. Lääkitykseesi voidaan tehdä muutoksia



Onko sähköhoidolla sivuvaikutuksia?

- Hoidon jälkeen voi esiintyä päänsärkyä, pahoinvointia ja lihasarkuutta
- Hoitosarjan aikana saattaa esiintyä muistivaikauksia, mutta ne ovat lyhytaikaisia ja ohimeneviä

Miten valmistaudut hoitopäivään ennen sairaalaan tuloa?

- Sovi, että sinulla on täysi-ikäinen saattaja hakemassa sinut sairaalasta
- Ole syömättä ja juomatta edellisillasta klo 24 alkaen
- Käy suihkussa, koska hiusten on oltava puhtaat ja kuivat
- Poista kynsistä kynsilakat
- Pukeudu löysiin ja mukaviin vaatteisiin
- Ota mukaan aamulla otettavat lääkkeesi.

Miten hoitopäiväsi etenee?

- Tule päiväkirurgian yksikköön (**Savonlinnan keskussairaala 0-kerros**)
- Sinut vastaanottava hoitaja tulee kanssasi toimenpidetilaan
- Hoitoosi osallistuvat ECT-hoitaja, anestesia lääkäri ja -sairaanhoitajat
- Peruselintoimintojasi, verenpainettasi ja hapetusta arvioidaan monitoreilla.
- Käteesi laitetaan kanyyli suoniyhteyden avaamiseksi nukutusta varten
- Sinut nukutetaan ja saat hammassuojat sähköhoidon ajaksi
- Sähköimpulssi annetaan päitsimien avulla päähäsi
- Sähköhoito kestää muutamia sekunteja, mutta nukutuksen vuoksi hoidon pituus on 10–15 minuuttia.

Mitä sähköhoidon jälkeen tapahtuu?

- Nukutuksesta herättyäsi voitisi voi olla vähän aikaa sekava
- Pääset kotiin saattajan kanssa iltopäivällä, kun voitisi on hyvä
- Saattajan on oltava kanssasi hoitopäivän illan ja yön yli
- Autolla ajaminen on kielletty 24 h ajan sähköhoidon jälkeen

Onko sinulla kysyttävää?

- Ota rohkeasti yhteyttä hoitavaan yksikköosi:
 - Savonlinnan keskussairaala, Psykiatrian osasto 7A

Puh: 044 417 3471

