

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2013

Tolonen Teija ja Tuomola Jenny

SÄHKÖHOIDON OPAS POTILAILLE JA OMAISILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyö | Hoitotyö

Kesäkuu 2013 | 26 + 6

Nikunen Sirpa ja Pelander Tiina

Tolonen Teija ja Tuomola Jenny

SÄHKÖHOIDON OPAS POTILAILLE JA OMAISILLE

Työn toimeksiantaja on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Salon aikuispsykiatrian vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille, sekä tavoitteena on kehittää potilasohjausta sähköhoidosta. Opas tulee käyttöön Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin.

Työn teoreettisen osuuden tiedot kerättiin erilaisista kirjallisista lähteistä. Tiedonhakuja tehtiin myös erilaisiin sähköisiin tietokantoihin. Tiedonhaun teki haastavaksi se että, sähköhoidosta on vähän tietoa saatavilla ja tutkimuksia on tehty vähän. Asiantuntijatietoa saatiin haastattelemalla sähköhoidon parissa työskenteleviä henkilöitä sekä tutustumalla sähköhoitoa antaviin toimipisteisiin.

Opinnäytetyössä tuotettiin aineistoa sähköhoitoa käsittelevään oppaaseen. Opas on suunnattu pääasiallisesti masennusta sairastaville, jotka ovat menossa sähköhoitoon sekä heidän omaisilleen. Siinä käsitellään sähköhoidon keskeisimpiä asioita, mitä sähköhoito on, milloin ja mihin sitä käytetään, sähköhoidon vaikuttavuus ja välittömät haittavaikutukset, sähköhoidon kulku, ylläpitohoito, sähköhoito ja samanaikainen lääkehoito. Lisäksi oppaassa on linkkejä tietolähteisiin. Oppaasta pyrittiin tekemään selkeä ja helposti ymmärrettävä.

Sähköhoidon käyttöaste on kasvanut selvästi viime vuosina ja sen on todettu olevan hyvä ja nopeatehoinen hoitomuoto erilaisissa psykiatrisissa sairauksissa. Tästä syystä toimeksiantajalla on tarve saada uudistettu, ajantasaista tietoa sisältävä ja uudistuneeseen ulkomuotoon tehty potilasopas. Potilasoppaan tarkoitus on varmistaa, että potilaat osaavat valmistautua tulevaan toimenpiteeseen, samalla se antaa potilaalle luottamusta toimenpidettä kohtaan ja poistaa turhia pelkoja. Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimustyö siitä, miten opas on otettu käyttöön ja onko se poistanut turhia pelkoja potilaissa.

ASIASANAT:

Sähköhoito, masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia, potilasohjaus.

Tolonen Teija and Tuomola Jenny

ELECTROCONVULSIVE THERAPY GUIDE FOR PATIENTS AND FAMILIES

The study was done on the assignment of the Hospital District of Southwest Finland, Salo adult psychiatric outpatient department for the elderly and neuropsychiatry team. The customer has a need for a patient guide containing new, up to date information. The purpose of this study was to make a guide of electroconvulsive therapy for patients and relatives and to develop patient education for electroconvulsive therapy. The guide will be used in the Hospital District of Southwest Finland.

The method was theme interview among the interviewees working in a hospital which gives electroconvulsive therapy. The theoretical data were collected by written and electronic sources. There is very little information available of electroconvulsive therapy and only few studies have been conducted.

The finished guide is for depressed people who are going to electroconvulsive therapy as well as for their families. The guide contains the most important issues of electroconvulsive therapy, what electrical treatment is, when and what it is used for. The guide deals with electroconvulsive therapy's effectiveness and side effects, the actually measure and maintenance therapy. The guide was planned to be clear and easy to understand.

The use of electroconvulsive therapy has increased significantly in recent years and it has been shown to be good and fast treatment for some psychiatric disorders. Because of this the customer has a need for a new and up to date information containing the patient guide. Patient's guide is designed to ensure that patients are able to prepare for the future treatment, at the same time it gives the patient the confidence and eliminates unnecessary fears to electroconvulsive therapy.

KEYWORDS:

Electroconvulsive therapy, depression, bipolar disorder, schizophrenia, patient guidance.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 SÄHKÖHOIDON KÄYTÖSSÄ KESKEISET MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	4
3 SÄHKÖHOITO	10
4 POTILASOHJAUS	15
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	18
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	19
7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8 POHDINTA	27
9 LÄHTEET	29

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Teemahaastattelurunko
- Liite 3. Tiedote haastattelusta
- Liite 4. Tutkimuslupa
- Liite 5. Suostumuslupa
- Liite 6. Sähköhoidon opas potilaille ja omaisille

KUVIOT

Kuvio 1. Oppaantekoprosessi	22
-----------------------------	-----------

1 JOHDANTO

Masennus on keskeinen kansanterveysongelma Suomessa. Vuosittain viisi ihmistä sadasta kärsii siitä ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa noin puolella on masennusdiagnoosi. Masennus aiheuttaa huomattavia työ- ja toimintakyvyn ongelmia, lisäksi sillä on elämänlaatuun alentava vaikutus. Hoidon keskeisenä osana ovat masennuslääkkeet ja psykoterapia. Psykiatrista sähköhoitoa harkitaan erityisesti silloin, kun lääkehoito ei tehoa, tai kun tarvitaan nopeatehoista hoitoa. Sähköhoidon käyttöaste on kasvanut viimevuosina selvästi aiemmasta. (Käypä hoito 2010.)

Sähköhoito on todettu psykoottisen masennuksen tehokkaimmaksi hoitomuodoksi. Masennuksen lisäksi sähköhoitoa käytetään joskus katatonisen skitsofrenian hoidossa ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisen vaiheen hoidossa. Sähköhoidon antaminen polikliinisesti yhden viiva neljän viikon välein saattaa olla tehokkaampi hoitomuoto kuin lääkehoito. (Potach 2008.) Sähköhoito herättää paljon negatiivisia mielikuvia väestössä. Huono maine on peräisin aikakaudelta, jolloin sähköhoitoa annettiin ilman anestesiaa. (Martti ym. 2011.)

Hyvällä potilasohjauksella on vaikutusta hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Riittävä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Hyvässä vuorovaikutuksessa tapahtuva ohjaus vähentää sairauksien mukana tuomaa epävarmuutta, ahdistusta ja pelkoa. (Ohtonen 2012.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta sähköhoidosta yhteistyössä Salon aikuispsykiatrian vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmän sekä Halikon sairaalan vanhuspsykiatrian osaston kanssa.

2 SÄHKÖHOIDON KÄYTÖSSÄ KESKEISET

MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Masennus eli depressio on yleinen mielenterveyden häiriö, joka aiheuttaa mittaamatonta henkistä kärsimystä. Se voi kätkeytyä hyvin monenlaisten oireiden ja vaivojen taakse, jonka johdosta se saattaa jäädä huomaamatta. Masennus on kaikkien ikäryhmien ongelma, joskin se nuorilla ja vanhuksilla saattaa olla vaikeammin havaittavissa kuin työikäisillä. (Käypähoito 2010.) Masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin. On kyse vakavasta masennuksesta, kun masennusoireita on masentuneen mielialan lisäksi useita ja ne ovat laadultaan jatkuvia ja vaikeita. (Turtonen 2013.)

Masennuksen oireet vaihtelevat eri ihmisillä paljon. Joskus oireet voi olla erilaisia epämääräisiä fyysisiä kipuja tai huonovointisuutta. Oireisiin kuuluu masentunut mieliala, mielihyvän menetys, uupumus, itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne. Sekä toistuvat kuolemaan liittyvät ajatukset, itsetuhoinen käytös, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen, kiihtyneisyys, unihäiriöt, ruokahalun ja painon muutos. Alakulon, surun, turtuneisuuden ja ärtyneisyyden tunne liittyy masentuneeseen mielialaan. Tulevaisuus näyttää toivottomana tai merkityksettömänä. Itkeminen voi lisääntyä hyvin paljon. (Mielenterveysseura 2013.)

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen: Akuuttivaihe, jonka tavoitteena on oireettomuus, vaihe kestää tavoitteen saavuttamiseen asti. Jatkohoidon tavoitteena on estää oireiden palaaminen. Ylläpitohoito, jonka tavoitteena on uuden sairausjakson puhkeamisen ehkäisy. Masennuksen akuuttihoidossa käytetään psykoterapiaa, lääkehoitoa tai molempia samanaikaisesti tai joissakin tapauksissa sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa, jolla stimuloidaan aivoalueita magneettisilmukan avustuksella. (Käypähoito 2010.)

Lievässä ja keskivaikeassa masennuksessa psykoterapiat ja lääkehoito ovat tehokkaita oireiden lievittäjiä ja niiden yhtäaikainen käyttö on tehokkaampaa kuin kumpikin yksinään. Masennuspotilaiden on todettu hyötyvän säännöllisestä liikunnasta, joten sitä suositellaan aina osana kokonaisuhoitoa, mutta se ei kuitenkaan korvaa masennuksen muuta hoitoa. Hoitoon kuuluu myös aina masennusta koskeva potilasohjaus. Riippumatta hoitomuodosta masennuspotilasta tulee seurata säännöllisesti sekä akuuttivaiheen aikana, että ainakin puolen vuoden ajan sen jälkeen. Seurantakäynneillä kartoitetaan, miten hoitosuunnitelma on toteutunut, oireiden toipumista ja hoitojen tuloksellisuutta. (Käypähoito 2010.)

Psykoottisessa tilassa potilaan todellisuudentaju on heikentynyt. Psykoottiselle potilaalle on tyypillistä, että hän tulkitsee ja arvioi todellisuutta toisista poikkeavalla tavalla. Psykoottisen henkilön ajattelu-, havainto ja päättelytoiminta ei toimi kaikilta osin normaalisti. Erilaiset kuulo ja näköharhat, toisten ihmisten eleiden vääränlaiset tulkinnat ja oudot sekä pelottavat tunnetilat ovat tyypillisiä psykoottisia kokemuksia. Psykoottiset tilat voivat olla lyhytaikaisia tai pitkäaikaisia sekä toistuvan psykiatrisen sairauteen kuuluvia vaiheita. (Huttunen 2008.)

Todellisuuden, aistiharhojen ja outojen kokemusten sekoittuessa menneisyyden muistoihin, syntyy tuloksena monenlaisia todellisuutta vääristäviä harhauskomuksia ja luuloja. Näiden harhaluulojen ja uskomusten luonne ja voimakkuus ovat yksilöllisiä ja vaihtelevat eri tilanteissa ja sairauden eri vaiheissa. Psykoottisten tilojen oireita ovat myös ajatuksen ja puheen häiriöt, hajanaisuus, sekavuus, pelot, ahdistus, masennus ja unettomuus. Psykoottisen ihmisen käytös voi olla aggressiivista ja impulsiivista, joka voi pelottaa läheisiä. Oudot ja pelottavat kokemukset psykoottiselle itselleen taas voivat aiheuttaa sen että, hän vetäytyy ihmissuhteistaan ja eristäytyy omaan maailmaansa, henkilön kyky ilmaista tunteitaan voi myös heiketä. (Huttunen 2008.)

Pitkäaikaisista psykoottisista sairauksista skitsofrenia on tavallisin. Erilaisia psykoottisia vaiheita ja oireita voi esiintyä myös vakavissa masennustiloissa, manioissa, vanhusten dementioissa, huumeiden tai muiden päihteidenkäytön

yhteydessä ja joskus vaikeiden somaattisten sairauksien kanssa. (Huttunen 2008.) Oireita saattaa esiintyä esimerkiksi endokriinisten häiriöiden, systeemisten sairauksien, infektioiden ja nestetasapainon häiriöiden sekä aivosairauksien yhteydessä (Lönqvist ym. 2009).

Lyhytaikaiset psykoosit puolestaan ilmenevät usein jonkin trauman tai stressireaktion seurauksena. Traumaperäiset häiriöt hoidetaan erilailla kuin varsinaisia psykoottisia tiloja ja siksi niiden erottaminen toisistaan on tärkeää. (Huttunen 2008.) Erotusdiagnostiikka perustuu poissuljentaan (Käypähoito 2009). Psykoottiset tilat jaotellaan eri tyyppeihin. Erilaisia psykoosityyppejä ovat epäluuloiset psykoosit, hajanaiset ja kiihtyneet psykoosit ja masennusoireiset psykoosit. (Huttunen 2008.)

Psykoottisten tilojen ja häiriöiden hoito koostuu erilaisista psykoterapeuttisista hoidoista, sosiaalisesta kuntoutuksesta ja lääkehoidosta. Suomessa on käytössä psykoottisten tilojen hoitoon lähemmäs kaksikymmentä antipsykoottista lääkettä. Jos on todettu, että lääkityksestä on hyötyä psykoottisen potilaan hoidossa, siinä ei saisi tapahtua nopeita tai suunnittelemattomia muutoksia. (Lönqvist ym. 2009.) Sähköhoitoa voidaan käyttää psykoottisten tilojen hoitoon erityisesti skitsofreniapotilailla ja psykoottista masennusta kärsiville (Heikman 2004).

Skitsofreniaa kutsutaan myös jakomielitaudiksi. Skitsofrenia ilmenee yleensä nuorella aikuisiällä ja se on vakava psykiatrinen sairaus. Miehillä sairaus yleensä puhkeaa 20 - 28 vuoden iässä ja naisilla keskimäärin muutamaa vuotta vanhempina. Tauti voi alkaa myös lapsena, murrosiässä tai joskus myös keski-iässä. Skitsofrenialle tyypillistä on erilainen ajattelu, havaitsemisen vääristymät eli harhaluulot, aistiharhat. Skitsofreniaan liittyy usein myös poikkeava tapa ilmaista tunteita tai tunteiden latistuminen. Skitsofrenian diagnoosiin tarvitaan, että henkilöllä on ollut vähintään kuukauden ajan ainakin kaksi skitsofrenialle tyypillistä viidestä oiretyypistä. Skitsofrenia on monimuotoinen sairaus ja sen oireet ja kulku vaihtelevat suuresti eri henkilöillä. (Huttunen 2011.)

Skitsofrenian hoidon onnistuminen perustuu moneen eri asiaan. On tärkeää, että sairaus tunnistetaan varhain ja hoito päästään aloittamaan aikaisessa vaiheessa. Hoitosuhteen tulee olla luottamuksellinen ja siinä on otettava huomioon myös potilaan lisäksi hänen lähiomaiset. Hoitosuunnitelma on tarkistettava riittävän usein ja pidettävä ajan tasalla. Psykoosilääkitykselle pyritään löytämään sopiva hoitotaso, pienin mahdollinen tehokas annos, jotta haittavaikutukset pysyvät mahdollisimmin pieninä. Potilaan toimintakykyä ja elämän laatua lisätään erilaisilla psykososiaalisilla kuntoutusmuodoilla. Työkuntoutusta ja tuettua työllistämistä edistetään ja koko perheelle annetaan mahdollisuus koulutukselliseen terapiaan. (Käypä hoito 2013.)

Sähköhoitoa käytetään skitsofrenian hoidossa ja siitä on todettu olevan hyötyä lyhyellä aikavälillä varsinkin jos lääkehoidon vaste on riittämätön. Katatonian hoidossa sähköhoito loratsepaamin kanssa on todettu olevan tehokas yhdistelmä. (Käypähoito 2013.)

Pitkäaikaispotilaiden hoidossa on aktiivinen hoitoon sitoutumisen tukeminen, päiväohjelma ja sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen tukeminen tärkeää. Potilaan pitäminen osana yhteiskuntaa, uusien sairausjaksojen ehkäisy ja mahdollisimman joustavat palvelut kriisitilanteissa sekä muun terveydentilan seuranta ja arviointi. Skitsofreniapotilaita tulisi ensisijaisesti hoitaa avohoidossa. (Käypä hoito 2013.)

Skitsofrenia on pitkäaikainen sairaus, se kestää vuosia, usein vuosikymmeniä. Sairastuneista paranee kokonaan tutkimusten mukaan ehkä 5-20 %. Kuitenkin suuri osa pystyy elämään elämänsä oireidensa kanssa suhteellisen tyytyväisenä ja osa kykenee säilyttämään työkykynsä oireista huolimatta. (Huttunen 2011.)

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriön taudinkuvassa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai sekamuotoisia sairausjaksoja. Jaksojen välillä voi olla vähäoireisia tai täysin oireettomia vaiheita. (Käypähoito 2008.) Masennusjakso ei eroa oireiltaan normaalista masennustilasta. Kestoltaan se voi kuitenkin olla lyhyempi ja muita masennustiloja yleisemmin niissä voi

esiintyä psykoottisia oireita, liikaunisuutta, ruokahalun kasvua ja lihomista sekä ajatusten ja liikkeiden hidastumista. Masennusvaihe kestää yleensä pidempään kuin mania- ja hypomaniajaksot. (Huttunen 2012.) Keskimäärin masennusjakso kestää noin kuusi kuukautta, mutta harvemmin yli vuoden, lukuun ottamatta vanhuksia. Sairastumisikä vaihtelee lapsuudesta vanhuuteen, mutta yleensä siihen sairastutaan nuorena aikuisena. (Riikola ym. 2009.)

Maniavaiheessa ja hypomaniassa, joka on manian lievempi muoto, mieliala kohoaa liiallisesti tai muuttuu ärtyneeksi ja kiihtyneeksi. Samalla lisääntyy puheliaisuus, toimeliaisuus ja fyysinen rauhattomuus, ajatustoiminta kiihtyy ja unen tarve vähenee. Maniajaksojen aikana uhkarohkea käyttäytyminen on yleistä, esimerkiksi hakeudutaan harkitsemattomiin ihmissuhteisiin, voidaan käyttää päihteitä holtittomasti tai olla ajattelemattomia talousasioissa. Vaikka toimintakyky laskee, henkilöllä pyörii ajatuksissa eriasteisia suuruuskuvitelmia. Kun sairaus on puhjennut, on se krooninen ja siihen liittyy yleensä uusiutuvia sairausjaksoja. Masennusoireet lisääntyvät iän myötä. Masennusvaiheessa on sairastuneella suuri riski itsetuhoiseen käyttäytymiseen. (Riikola ym. 2009.) Uusiutuviin sairausjaksoihin liittyy usein suuri riski avioeroihin, työkyvyttömyyteen ja työuran katkeamiseen (Huttunen 2012).

Tyyppin I kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennustiloja ja manioita tai sekamuotoisia jaksoja. Sairauden harvinaisempi muoto, missä toistuu ainoastaan maaniset jaksot ilman masennusjaksoa, kuuluu myös tyyppin I kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Tyyppin II kaksisuuntainen mielialahäiriö on hyvin samanlainen kuin tyyppi I, erona siinä on, että maaniset jaksot eivät koskaan etene manian tasolle. Lievää yliaktiivisuutta voi ilmetä eli hypomaniaa. (Lundbeck 2012.) Jo yksi maniajakso muuttaa diagnoosin tyyppiksi I (Riikola ym. 2009). Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy myös sekamuotoisia jaksoja. Tyypillistä sekamuotoiselle jaksolle on, että maaniset, hypomaaniset ja masennusoireet ilmenevät yhtäaikaaisesti tai ne vaihtuvat tiheästi. (Lundbeck 2012.)

Sairastunut hakee harvoin hoitoa itselleen sairauden alkuvaiheessa, hypomanian vuoksi ei juuri kukaan. Kun pitkäkestoinen ja vakava masennustila

aiheuttaa huomattavaa kärsimystä ja tuskaa, yleensä hakeudutaan hoitoon. Manian aikana hoitoon ei yleensä hakeuduta, vaan tullaan toisten aloitteesta. (Riikola ym. 2009.)

Sairauden akuuttivaiheessa keskitytään oireenmukaiseen hoitoon. Maniavaiheessa, jossa potilas aiheuttaa itselleen vakavaa taloudellista vahinkoa, on sairaalahoito tarpeen. Tarvittaessa potilas voidaan toimittaa tahdonvastaiseen hoitoon. Psykososiaaliset hoitomuodot ovat: Tietojen välittäminen omaisille ja potilaalle, sairauden aiheuttamien ihmissuhdeongelmien käsitteleminen, mielialapäiväkirjan avulla mielialamuutosten seuraaminen, säännöllistä vuorokausirytmä ja opettaa tunnistamaan varhaisoireet. (Pulkkinen & Vesanen 2012.)

Mielialaa tasaava lääkehoito on kaksisuuntaisen mielialahäiriön keskeisin hoitomuoto. Lääkityksellä pystytään estämään tehokkaasti masennus- ja maniajaksoja. Oikean lääkityksen löytyminen saattaa viedä aikaa, annoskokoja ja lääkkeitä voidaan joutua vaihtamaan useaan kertaan ja paras lääkitys joskus on usean lääkkeen yhdistelmä. Lääkkeiden ohjeenmukainen käyttö on välttämätön hoidon onnistumisen kannalta. Suuri osa sairastuneista ei käytä lääkkeitä ohjeen mukaan. Siihen syynä voi olla esimerkiksi sairaudentunnon puuttuminen. (Suomen mielenterveysseura 2013.)

Jos kaksisuuntainen mielialahäiriö on hyvin vaikea ja potilas on hyvin ahdistunut ja kiihtynyt, voidaan harkita sähköhoitoa. Sähköhoito sopii niin manian ja masennusjaksojen hoitoon. Riittävä vaikutus saadaan liittämällä lääkehoitoon kerran kuukaudessa annettavaan sähköhoitokerta. (Lundbeck 2012.)

3 SÄHKÖHOITO

Vaikeaa masennusta hoidetaan Suomessa yhä useammin sähköhoidolla. Suomessa käytetään kuitenkin kansainvälisesti katsoen vielä hyvin vähän sähköhoitoa, esimerkiksi hoitomuoto on Ruotsissa paljon yleisempää ja potilas osaa jo pyytää sähköhoitoa. Suurin ongelma Suomessa on, että hoitomuodosta tiedetään liian vähän ja toisaalta asenteet ovat lisäksi virheellisiä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Helsingin yksikössä vuonna 2009 annettiin yli 1700 sähköhoitoa noin 150 potilaalle. (Pukka 2010.)

Aivojen sähköhoito, ECT (electroconvulsive therapy) on tutkittu ja tehokkaaksi osoittautunut masennuksen hoitomuoto. Toimenpide vaikuttaa aivojen aineenvaihdunnan ja välittäjäaineiden toimintaan palauttaen häiriintyneen tasapainotilan. Sähköhoidon vaikutukset tulevat esiin mielialan helpottumisena. Sähköhoidon hyöty on siitä saatavat nopeat tulokset vakavissa mielenterveyshäiriöissä, joihin muut hoidot eivät ole vaikuttaneet. (Mielenterveystalo 2013.)

Sähköhoidon tärkeimmät käytön syyt ovat vaikea-asteinen tai psykoottinen masennustila, mania ja psykoosit, joihin liittyy mielialahäiriö tai katatoninen oireisto. Sähköhoidosta voi olla hyötyä myös Parkinsonin taudissa, deliriumtiloissa ja hoitoresistentissä status epilepticuksessa. (Heikman ym. 2006, 28.) Iäkkäämmillä potilailla saattaa olla ongelmia lääkkeen oton kanssa. Muistiongelmien tai lääkkeen haittavaikutuksen takia he voivat toistuvasti unohtaa ottaa lääkkeensä. Masennuksen lisäksi iäkkäämmillä voi ilmetä muita liitännäissairauksia tai psykoottisuutta. Näiden kaikkien syiden takia sähköhoito on erittäin hyvä ja turvallinen vaihtoehto. (Leppämäki 2012.) Sähköhoitoon ohjataan vanhuksia suhteellisesti useammin kuin nuorempia potilaita. Sähköhoidon teho voi olla vanhuksilla parempi kuin nuoremmilla, koska yleensä heillä on vähemmän samanaikaisia ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöitä. (Huuhka & Leinonen 2011.)

Stimulaatio sähköhoidossa annetaan pään iholle kahden elektrodin kautta, sen tarkoituksena on aikaansaada sähköinen purkaus aivokuorella, jonka seurauksena syntyy epileptistyyppinen lihaskouristus, joka kestää 15–60 sekuntia. Metoheksitaalia tai propofolia käytetään yleensä anesteettina ja suksinyylikoliinia relaksanttina. (Leppämäki 2012.) Jos potilaalla on osteoporoosi, on hyvin tärkeää, että hänelle annetaan lihasrelaksantti. Sillä pystytään estämään luunmurtumat hoidon aikana. (Medscape 2012.) Toimenpide tapahtuu nopeasti ja maskiventilaatio riittää hapetuksen ylläpitämiseen (Leppämäki 2012).

Antotapoja on kaksi. Molemmille ohimoille annettu ärsyke eli bitemporaalinen antotapa tai kalotin keskipisteen oikealle puolelle ja oikealle ohimolle eli unilateraalinen oikeanpuoleinen antotapa. Koska unilateraalilla antotavalla on vähäisempiä haittoja, aloitetaan hoito yleensä sillä. Vaste tulee sillä kuitenkin hieman hitaammin, jonka takia kun tarvitaan nopeaa vastetta, aloitetaan bitemporaalisella hoitotavalla. Kouristuskynnys määritetään hoitosarjan aluksi antamalla ärsykejä suurenevin annoksin, kunnes saadaan aikaan yleistynyt lihasten laaja lyhytkestoinen kouristus. Hoitosarja kestää yksilökohtaisesti yleensä 8-12 kertaa. (Leppämäki 2012.) Hoidettaessa erittäin vaikeaa henkeä uhkaavaa maanista taudinkuvaa, voidaan hoitoa antaa päivittäin kolmen päivän ajan, näin saadaan katkaistua vaikein sairauden kärki. Hoitomuoto ei ole millään tavoin dramaattinen, vaan päinvastoin potilasystävällinen. Fyysisesti heikkokuntoisille on sähköhoito usein suositeltavampi hoitomuoto kuin lääkehoito. (Henriksson 2011.)

Ennen sähköhoitoa potilas käy lääkärintarkastuksessa. Potilaalta tutkitaan myös laboratoriokokein perusverenkuva, elektrolyytit, virtsanäyte, hampaiden kunto ja EKG eli sydänfilmi. Jos potilas kärsii merkittävästä sydän- ja verisuonisairaudesta, ruuan takaisinvirtauksesta mahalaukusta ruokatorveen, ahtauttavasta keuhkosairaudesta tai jostain muusta anestesiakelpoisuuteen vaikuttavasta tekijästä, on anestesia- tai sisätautilääkärin konsultaatio tarpeen. (Medscape 2012.)

Toimenpidehuoneessa potilaalle laitetaan verenpainemittari, pulssioksimetri sormeen, sydänvalvontaelektrodit rintakehään, EEG-elektrodit otsaan sekä EMG-elektrodit käsivarteen. Anestesia lääkäri laittaa potilaalle laskimokanyylin lääkkeitä varten. Yleensä suonensisäistä nesteytystä ei tarvita. Sähköhoidon jälkeen potilas siirretään heräämöhön tunnin ajaksi, jossa hoitaja valvoo potilaan elintoimintoja. Heräämössä potilaasta mitataan vielä EKG:tä ja veren happipitoisuutta. Lisäksi tarkkaillaan verenpainetta ja tajunnan tasoa. Potilas siirretään takaisin osastolle, kun hän on täysin hereillä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Vakava-asteisten tai psykoottisten masennuksen hoidossa voidaan raskauden aikana käyttää sähköhoitoa, se on turvallisempaa kuin masennuslääkkeiden käyttö. Ennen sähköhoitoa potilaalle tehdään gynekologinen tutkimus. Sähköhoidon aikana tulisi olla tiimissä mukana myös synnytyslääkäri. Potilaalla tulee olla hyvä nesteytys sähköhoidon aikana. Sikiöltä seurataan sydämen lyöntitiheyttä koko sähköhoidon ajan. Koska raskaus lisää riskiä mahalaukun regurgitaatioon eli takaisinvirtaukseen ja aspiraatioon, potilas intuboidaan sähköhoidon ajaksi, jotta saadaan turvattu hengitys. (Pasciullo 2008.) Yleensä imetystä ei tarvitse keskeyttää sähköhoitojen takia. Anestesia lääkkeet aiheuttavat vain vähäisen riskin lapselle, joka on rintaruokinnassa. Imetys kannattaa kuitenkin toteuttaa usean tunnin kuluttua hoidosta riskin pienentämiseksi. Rintamaitoa voidaan myös kerätä ja varastoida ennen sähköhoitoa. (Medscape 2012.)

Sähköhoidon käytön este on alle kolme kuukautta sitten tapahtunut aivotapahtuma ja sydäninfarkti, kohonnut kallonsisäinen paine, jonka takia tarvittaessa on tehtävä pään TT-kuvaus ennen hoidon aloitusta. Hoidon aloittaminen ja jatkamisen arvio tehdään aina jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. (Leppämäki 2012.) Muita sähköhoidon käytön esteitä ovat kontrolloimaton verenpainetauti, syvä laskimotrombi, akuutit yleisinfektiot, elimistön kuivuminen, silmänpainetaudin akuutti tila, vaikeat muutokset kaularangassa ja myös löysien hampaiden aiheuttama aspiraatoriski tulee huomioida. (Medscape 2012.)

Korkea komplikaatoriski on potilailla, joilla on kohonnut kallon sisäinen paine, merkittävä sydänsairaus, kuten sydämen vajaatoiminta. Korkean komplikaatoriskin potilaille turvallisoin hoitopaikka on sydänvalvontayksikkö. Sähköhoitoa on annettu turvallisesti myös sydämentahdistinpotilaille. (Heikman 2006.)

Epilepsialääkeannosta tulee laskea ennen hoitoa, koska ne voivat nostaa kouristuskyynnystä. Sähköhoitoa ei saa antaa klotsapiinilääkityksen aikana. Bentsodiatsepiiniannosta tulee vähentää tai lopettaa kokonaan ennen sähköhoitoa. Litiumin turvallisuudesta ei ole tarkkaa tietoa, koska joillakin potilailla ei ole ongelmia, mutta joillekin se voi aiheuttaa suuremman riskin deliriumille tai pitkittyneeseen kouristuskohotukseen. Useimmat masennuslääkkeet ovat yleensä turvallisia, mutta varovaisuutta suositellaan bupropionin kanssa. (Medscape 2012.)

Sähköhoidon lyhytaikaisina haittavaikutuksina voi ilmetä päänsärkyä ja lihasten kipeytymistä. Jotkut voivat kokea ahdistusta hoidon jälkeen ja voi olla myös itkuinen ja pelästynyt palautumisen aikana. Useimmilla nämä kestävät muutaman tunnin hoidon jälkeen. Potilaalla saattaa ilmetä myös tilapäisiä muistinmenetyksiä. Iäkkäämmillä potilailla saattaa olla sekavuutta muutama tunti hoidon jälkeen. (Barnes 2012.) Potilas voi myös kokea pahoinvointia, oksentelua, leuan kipua ja lihaskouristuksia. Nämä voidaan yleensä hoitaa lääkkeillä (MayoClinic 2012).

Pitkän aikavälin haittavaikutuksena voi olla myös muistiongelmia. Muistin pitäisi palautua viimeistään muutaman kuukauden kuluttua hoidosta. (Barnes 2012.) Ylläpitosähköhoito yhdessä masennuslääkityksen kanssa on todettu ehkäisevän taudin uusiutumista psykoottisesta masennuksesta toipuvilla vanhuksilla. Elämänlaatu paranee huomattavasti ylläpitosähköhoidolla, kun toistuvat sairaalahoidot loppuvat. (Huuhka & Leinonen 2011.) Tällä hetkellä ei ole selvää, mitkä tekijät voivat edistävät muistihäiriöihin liittyviä laajempia ongelmia. Suuri määrä hoitoja samassa hoitosarjassa voi olla tärkeässä roolissa muistihäiriöiden synnyssä, samoin kuinka itse hoito annetaan. Jotta riskit tehdään mahdollisimman vähäisiksi, tehdään hoito miedoimmalla

mahdollisella tavalla. On käytettävä matalaa sähkövirtaa eli unilateraalista stimulointia, joka tarkoittaa, että vain toista puolta aivoista ärsytetään. (Henriksson 2011.)

Sähköhoidon hyvin harvinaisena sivuvaikutuksena voi muodostua kouristukseton status epilepticus eli epileptinen kohtaus. Purkaus lakkaa normaalisti itsestään aivojen estomekanismien vaikutuksesta. Status epilepticus muodostuu silloin, kun kyseiset mekanismit eivät jostain syystä kykene lopettamaan purkausta. Jos sähköhoidon jälkeen potilaalla esiintyy pitkittyntä sekavuutta ja muistamattomuutta, status epilepticuksen mahdollisuus tulee ottaa huomioon. Tilan pystyy diagnosoimaan luotettavasti ainoastaan aivosähkökäyrän avulla. Sähköhoitosarja on keskeytettävä välittömästi, jos todetaan status epilepticus ja se on hoidettava riittävällä epileptisiä kouristuksia estävällä lääkityksellä. (Hallikainen & Mervaala 2013.)

4 POTILASOHJAUS

Potilaan neuvonta ja ohjaaminen on oleellinen osa hoitotyötä. Potilaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta tämän terveyden ja siihen liittyvien ongelmien sekä hoidon hallinnassa. Ohjausta tarvitaan koko ihmisen elämänkaaren eri aikoina erilaisissa hoitotilanteissa. (Turun yliopisto 2007.)

Potilasohjauksen perusta nousee sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä, erilaisista toimintaa ohjaavista hoito- ja laatusuosituksista, ammatti etiikasta ja terveys- ja hyvinvointiohjelmista. Toinen ohjauksen tärkeä kulmakivi on etiikka. Eri alojen ammattilaisia ohjaavat omat eettiset periaatteet. Näiden periaatteiden mukaan katsotaan ohjauksen sisältyvän hoitotyöhön, eli oikeus hyvään hoitoon sisältää tarkoituksen mukaisen ohjauksen. (Eloranta & Virkki 2011, 11.)

Hyvällä potilasohjauksella voidaan vaikuttaa positiivisesti ohjattavan kokemukseen hoitotilanteessa. Ohjauksella mahdollistetaan riittävä tiedonsaanti, jonka perusteella potilaan päätöksenteko helpottuu. Potilaan saadessa riittävästi ymmärrettävää tietoa, hän kykenee osallistumaan omassa hoidossa liittyviin päätöksen tekoihin ja samalla ottaa hoidostaan vastuuta ja sitoutuu siihen. (Eloranta & Virkki 2011,15.) Potilaiden omaiset tarvitsevat ja myös odottavat että heidänkin ohjaustarpeensa huomioidaan ja heitä tuetaan (Kyngäs ym. 2006, 7). Hyvällä potilasohjauksella voidaan myös vähentää sairauteen ja muuttuneisiin elämäntilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa (Eloranta & Virkki 2011,15).

Potilasohjaus kuuluu sairaanhoitajan työhön oleellisena osana ja potilasohjaus kulkee johtavana lankana koko hoitoprosessin ajan. Vankka teoriatieto, hyvät hoitokäytännöt, vuorovaikutustaidot ja ennen kaikkea hoitajien hyvä koulutus takaavat onnistuneen tuloksen ohjauksessa. Tilanteet eivät ole koskaan samanlaisia, potilaalle ne ovat ainutkertaisia ja joskus jopa pelottaviakin. Potilasohjauksessa korostuu sairaanhoitajan persoonallisuus ja luovuus. (Ohtonen 2012.)

Sairaanhoitajan on kyettävä kiireenkin keskellä välttämään, ettei potilasohjaustilanteista tule rutiininomaisia. Sairaanhoitajan vastuulla on, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen. Sairaanhoitajan on kyettävä huomaamaan yksilölliset erot potilaissa, kaikki eivät välttämättä ymmärrä asioita kerralla vaan tarvitsevat enemmän ja perusteellisempaa ohjausta. Ohjauksen ymmärtämistä voi vaikeuttaa myös muuttunut terveyden tila. (Ohtonen 2012.)

Hyvällä potilasohjauksella on vaikutusta niin potilastyytyväisyyteenkin kuin laatuun. Työssään onnistunut sairaanhoitaja tuo onnistumisen kokemuksen hoitajalle itselleenkin. Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla potilasohjauksella on kansanterveydellistä ja kansantaloudellista merkitystä. Potilasohjauksesta ja siitä tulevasta asiakaspalautteesta saadaan työkaluja hoitotyön kehittämiseen. (Ohtonen 2012.)

Mielenterveyspotilaan ohjauksessa selkeän tavoitteen asettaminen on tärkeää. Ei voi vain odottaa jotain tapahtuvaksi, vaan selkeä tavoite varmistaa, että kuntoutuja tuntee itse tulevansa parempaan kuntoon. Tavoitteet voivat olla yleisiä, esimerkiksi uimahallissa käymistä kerran viikossa tai itsestään huolehtimista. On helppo tunnistaa käytännöllisten tavoitteiden saavuttaminen, koska se tuo mielihyvää ja merkitystä elämälle. (Kukkonen-Lahtinen 2006.)

Sairaalassa oloajat ovat lyhentyneet. Tämä on vähentänyt aikaa ja mahdollisuuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen. Kirjallisten ohjeiden käyttö onkin noussut tärkeään osaan potilaan tiedottamisessa, tämä edellyttää entistä parempaa paneutumista kirjalliseen ohjaukseen. Kirjalliset ohjeet eivät saa olla käskevän sävyisiä, vaan niiden tulee tukea potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista terveydenhuollossa. (Kyngäs ym. 2006, 76.)

Potilasohjaus tilannetta voidaan täydentää kirjallisella ohjauksella. Kirjalliset ohjeet ovat hoitohenkilökunnan potilaalle antamia ohjeita. Niiden tarkoituksena on täydentää jo annettua tietoa sairaudesta, riskitekijöistä, hoidosta tutkimuksista, hoitotoimenpiteisiin valmistautumisesta, jälkihoidosta ja toipumisesta. Potilas muistaa ohjauksen sisällön todennäköisesti paremmin jos suullista ohjausta tuetaan kirjallisella oppaalla. Potilaan on mahdollista palata

kirjalliseen oppaaseen myöhemmin sitten kun siihen on voimavaroja ja aikaa. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74.)

Opas joka on suunnattu potilaille, tulee olla kirjoitettu potilaalle, ei hoitohenkilökunnalle. Oppaaseen kirjoitettujen ohjeiden tulee olla sisällöllisesti oikeita ja perustua tietoon. Asenteeltaan oppaan kuuluu olla asiallinen sekä arvostava. Oppaan tulee olla itsemääräämisoikeutta tukeva. Oppaan sisältö pohjautuu ajantasaiseen tietoon ja vastaa potilaan tiedontarpeeseen. Ohjeen esitystavan tulee olla selkeä ja looginen. Oppaan tulee olla helppolukuinen ja ymmärrettävä. Oppaassa oleva ohjeistus on perusteltua ja siinä kerrotaan, miksi tietty asia tehdään näin. Perustelu motivoi potilasta toimimaan ohjeen mukaisesti. Oppaan tulee olla sopivan pituinen, usein lyhyempi opas on kiinnostavampi ja se luetaan loppuun saakka. (Eloranta & Virkki 2011, 74–77.)

Oppaassa tärkeässä roolissa ovat otsikot ja väliotsikot. Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian ja väliotsikot jatkavat asian kerrontaa. Kuvien käyttö oppaassa herättää mielenkiintoa ja selventää oppaan tekstiä. Kuvatestit selventävät kuvien tapahtumia. Kuvien käytössä täytyy huomioida tekijänoikeudet ja pitää huolta, että luvat ovat kunnossa. Kuvien käytössä on huomioitava myös, että kuvat ovat asiallisia eivätkä ne loukkaa ketään. (Kyngäs ym. 2006, 77.)

Oppaan ulkoasun on oltava hyvä, jotta se houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. Oppaaseen ei pidä laittaa liian paljon kuvia ja tekstiä. Väljästi aseteltu opas on selkeä ja korostaa rauhallista ilmettä. Värillisen oppaan huomioarvo ja kiinnostavuus on korkeampi kuin mustavalkoisen. Värien käyttöä on kuitenkin tehtävä harkiten, koska useilla väreillä on tunneperäisiä vaikutuksia ja niihin reagoidaan eri tavoin. (Kyngäs ym. 2006, 78.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille.

Tavoitteena on kehittää potilasohjausta sähköhoidosta yhteistyössä Salon aikuispsykiatrian vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmän sekä Halikon sairaalan vanhuspsykiatrian osaston kanssa.

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Sähköhoito on hyväksi todettu, toimiva hoitomuoto ja sen käyttäminen varsinkin masennuspotilaille on lisääntynyt (Käypä hoito 2010). Tutkimus valittiin tekijöiden yhteisestä kiinnostuksesta psykiatriaan ja sähköhoitoon sekä potilasohjauksen kehittämiseen. Toimeksiantajalla oli tarve saada uutta, ajantasaista tietoa sisältävä ja uudistuneeseen ulkomuotoon tehty potilasopas.

Ohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja, voimaantumista ja itseohjautuvuutta sekä luodaan positiivisia vaikutuksia potilaan elämänlaatuun, hoidosta selviytymiseen ja kuntoutumiseen (Raappana 2012). Hyvällä potilasohjauksella on laajasti ajateltuna kansantaloudellista ja kansanterveydellistä merkitystä (Ohtonen 2012). Ohjaustilanteiden viestintää voidaan täydentää kirjallisella ohjauksella, esimerkiksi potilasoppaalla. Kirjalliset potilasohjeet ovat hoitohenkilökunnan potilaille ja asiakkaille antamia kirjallisia ohjeita, joiden tarkoitus on antaa tietoa hoidosta, riskitekijöistä, tutkimuksesta ja niihin valmistautumisesta, jälkihoidosta sekä toipumisesta. Kirjallinen ohje mahdollistaa potilaalle asiaan palaamisen myöhemminkin, kun siihen on aikaa ja voimavaroja. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74.)

Työn toimeksiantaja (liite 1) on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalue, Salon aikuispsykiatrian vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmä. Salon aikuispsykiatrian poliklinikka tarjoaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitopalvelut Salon ja Someron seudun asukkaille. (Varsinais-suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Potilaat, jotka tulevat psykiatrisen erikoissairaanhoidon, kärsivät useimmiten vaikeista mielenterveydenhäiriöistä, kuten vakavasta masennuksesta. Usein heillä on samanaikainen päihdehäiriö, joka vaatii erikoishuomiota hoitoa suunniteltaessa. Poliklinikalle hoitoon tulevien tulee pääsääntöisesti olla täysi-ikäisiä. Alaikäisten hoito Salossa järjestyy pääsääntöisesti Salon lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoiden kautta. Aikuispsykiatrian poliklinikka jaetaan neljään työryhmään, joita ovat mielialahäiriö-, psykoosi-, konsultaatio- ja vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmät. Salon aikuispsykiatrian poliklinikan

työryhmät toimivat myös koulutuspaikkoina eri terveydenhuollon alojen ammattihenkilöille. (Varsinais-suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Aikuispsykiatrian poliklinikalle tullaan hoitoon lääkärin (terveyskeskuslääkäri, työterveyslääkäri tai yksityislääkäri) lähetteen perusteella. Tämän jälkeen poliklinikalla käynnistyy tutkimusjakso, jonka tarkoituksena on selvittää, mistä mielenterveydenhäiriöistä hoitoon lähetetty kärsii ja millainen hoito olisi hänelle parhaaksi. Tutkimusjakson jälkeen potilaat joko jatkavat Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla hoitoaan tai heidät ohjataan asianmukaiseen hoitopaikkaan. (Varsinais-suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Salon aikuispsykiatrian poliklinikka pyrkii toiminnassaan huomioimaan potilaan perheen ja sosiaalisen verkoston. Tavoitteena on liikkuva työ niin, että tarvittaessa potilasta ja hänen läheisiään autetaan heidän omassa ympäristössään esimerkiksi kotona. Poliklinikalla on lisäksi tarjolla useita ryhmämuotoisia kuntoutus- ja hoitomuotoja. Lääkehoidosta huolehditaan myös yksilöllisen tarpeen mukaan. Sähköhoitoa annetaan Halikon sairaalassa, jossa toteutetaan kaikkien osastojen sähköhoidot. (Varsinais-suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Toimeksiantajan toiveesta toteutettiin tutustumiskäynti Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla. Tapaamisen tarkoitus oli tutustua ja saada tietoa siitä, minkälaisen oppaan he haluavat ja mitä tietoa oppaan tulisi sisältää. Tapaamisessa saatiin kirjallinen esite, jossa esitellään Salon aikuispsykiatrisen poliklinikan toimintaa. Lisäksi toimeksiantaja oli kirjannut ylös toiveita, joita haluavat oppaan sisältävän (kuvio 1).

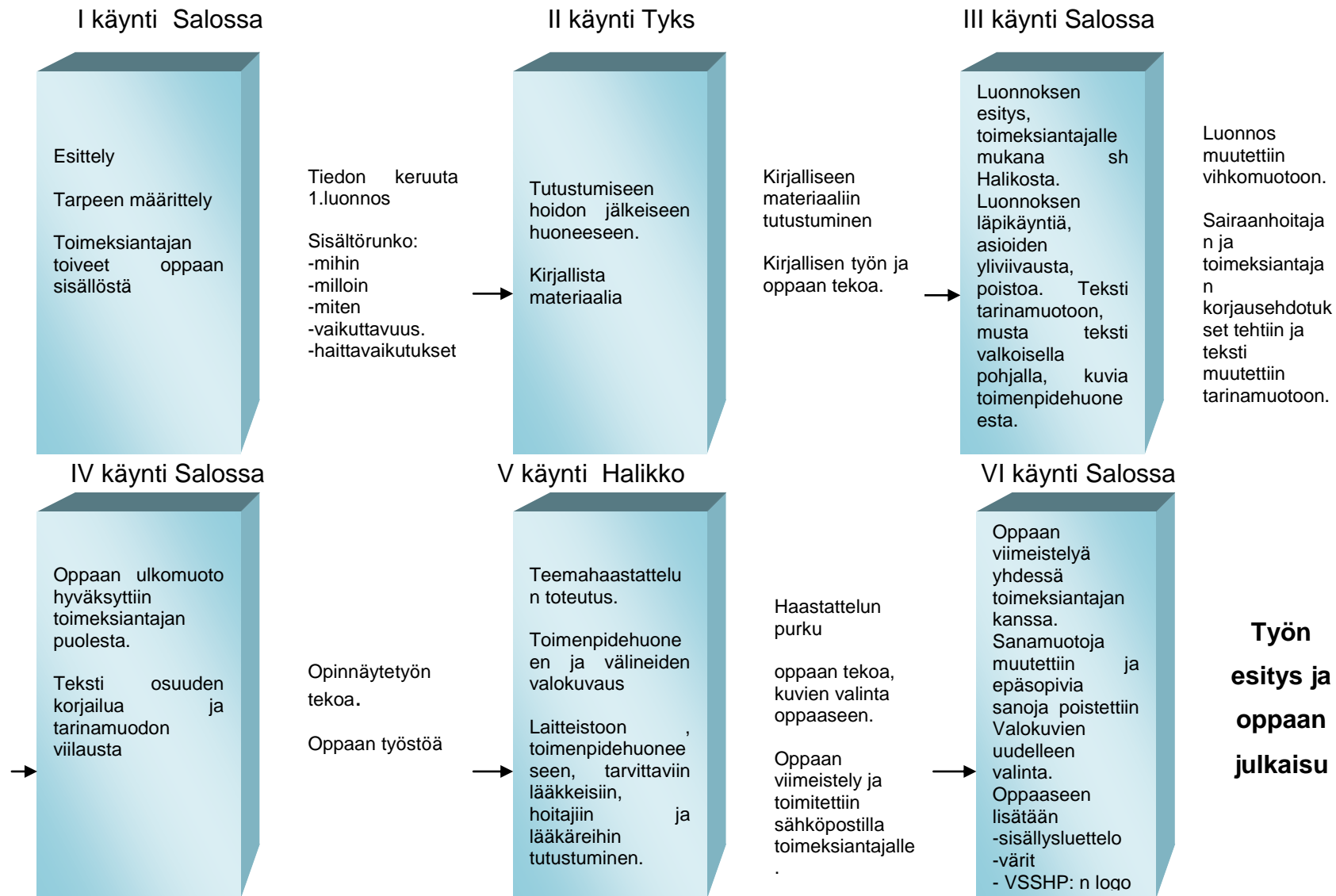
Tapaamisen jälkeen aloitettiin tiedon kerääminen erilaisista kirjallisista lähteistä. Tiedonhakuja on tehty Chinal, Medic ja Theseus tietokannoista. Käytettyjä hakusanoja ovat sähköhoito, potilaan ohjaus, masennus, electroconvulsive therapy, electroconvulsive therapy and patient guidance ja ECT. Hakuja rajattiin vuosilukujen mukaan 2005–2013. Chinal tietokannasta ECT haulla tuli tulokseksi 14 artikkelia. Medic tietokannasta hakusanoilla sähköhoito, potilaan ohjaus ja ne yhdistettynä tulokseksi tuli 15 artikkelia. Theseus tietokannasta

hyödynnettiin useita lähteitä liittyen sähköhoitoon. Suurin osa lähteistä on manuaalisen haun kautta, koska sähköhoidosta on vähän tietoa saatavilla ja tutkimuksia on tehty vähän. Käytetyistä lähteistä valmistui ensimmäinen luonnos oppaasta, joka käsittelee mihin, milloin ja miten sähköhoitoa käytetään sekä hoidon vaikuttavuus ja haittavaikutukset. Luonnoksessa oli ranskalaisilla viivoilla yksittäisiä lauseita.

Toinen tutustumiskäynti toteutettiin Tyksiin osastolle 715, jossa kerrottiin, miten sähköhoito ja sähköhoidon jälkeinen seuranta toteutetaan Turussa. Tekijöille esiteltiin sähköhoidon jälkeinen seurantahuone ja annettiin kirjallista materiaalia opasta ja opinnäytetyötä varten. Kirjallista materiaalia hyödynnettiin oppaan luonnostelussa ennen kolmatta tapaamiskertaa.

Kolmannessa tapaamisessa oppaan luonnos esitettiin Salon aikuispsykiatrian poliklinikan ohjaajille. Tällä kertaa mukana oli ohjaajien lisäksi sairaanhoitaja Halikon sairaalan yksiköstä, jossa toteutetaan sähköhoitoa. Oppaasta yliviivattiin ja poistettiin lauseita, joita toimeksiantaja ei halunnut oppaaseen tulevan. He antoivat ehdotuksia, minkälaiseen muotoon oppaan halutaan valmistuvan. Toiveena oli, että teksti tulee valkoiseen pohjaan ja se muutetaan tarinamuotoon. Ulkoasun toivottiin olevan vihon mallinen. Oppaaseen toivottiin valokuvia sähköhoidon toimenpidehuoneesta.

Hyvän potilasoppaan ymmärrettävyyteen tärkein vaikuttava tekijä on asioiden esittämisjärjestys. Tällä tarkoitetaan sitä, että jokaisessa tekstissä olisi oltava juoni, jonka kirjoittaja on tietoisesti rakentanut ja jota lukija pystyy seuraamaan. Yleensä tärkeysjärjestys on toimivin, aloitetaan merkityksellisimmistä seikoista ja lopuksi kerrotaan vähäpätöisimmät. Mitä enemmän ponnisteluja potilaalta vaaditaan, sitä tärkeämpää on perustella ohjeet. Pelkkä neuvominen ei innosta muuttamaan tapoja, houkuttelevin perustelu on oma hyöty. Otsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta. Koska potilasohjeen tyypillinen lukija on maallikko, kannattaa käyttää yleiskielen sanoja. Ymmärrettävän potilasohjeen on oltava tekstiltään huoliteltua. Tämän lisäksi tekstin luettavuutta lisää miellyttävä ulkoasu, tekstin asianmukainen asettelu ja sivujen taitto, jotka tukevat tiedon jäsentelyä. (Hyvärinen 2005, 69–73.)



Kuvio 1. Oppaantekoprosessi

Teemahaastattelu on keskustelua, jolla on etukäteen päätetty tarkoitus. Se ei ole tavallista arkikeskustelua. Tässä haastattelumuodossa korostuvat haastateltavan asioille antamat omat tulkinnat ja merkitykset. (Kankkunen ym. 2009, 97.) Teemahaastattelussa on erittäin tärkeätä, että haastattelun rakenne pysyy haastattelijan hallinnassa ja sen etu on siinä, että kerättävä aineisto rakentuu aidosti haastateltavan henkilön kokemuksista käsin. Tutkijan etukäteen suunnittelemaat vastausvaihtoehdot eivät rajaa kertyvää aineistoa, silti tutkijan etukäteen valitsevat teemat sitovat aineiston käsillä olevaan tutkimusongelmaan. (Kurkela 2012.) Tässä työssä tutkimusmenetelmänä on asiantuntijoiden teemahaastattelu (liite 2), jonka tuloksia hyödynnettiin oppaan laadinnassa. Haastattelusta annettiin virallinen tiedote (liite 3) haastateltaville. Teemakysymykset käsittelivät sähköhoitoa yleisesti, sähköhoitoa hoitomuotona ja hoidon kulkua. Teemakysymysten tarkoituksena on täydentää uudella tiedolla jo sähköhoidosta olemassa olevia tietoja.

Teemahaastattelu toteutettiin Halikon sairaalassa asiantuntijahaastatteluina. Haastateltavat työskentelevät Halikon sairaalan osastolla, jossa annetaan sähköhoitoa. Asiantuntijoina ovat yhdyshenkilön valitsevat sairaanhoitaja ja lääkäri, yhteensä kaksi asiantuntijaa. Tutustumiseen ja haastattelujen toteuttamiseen varattiin aikaa noin kolme tuntia. Aineisto kerättiin nauhoittamalla ja tekemällä muistiinpanoja sekä kuvaamalla toimenpidehuonetta ja laitteistoa. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysi menetelmä, jonka avulla voidaan analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä (Kankkunen ym. 2009, 97–133). Haastattelun tulokset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelujen tulokset kerättiin, ne muutettiin oppaaseen sopivaan muotoon ja hyödynnettiin oppaan teossa.

Teemahaastattelu on luotettava, kun on tehty hyvä haastattelurunko ja haastattelutilanteessa käydään vielä uudestaan haastattelua läpi, tekninen välineistö on kunnossa ja tutkijat käyttää haastattelupäiväkirjaa. Haastattelu on uskottava, kun tutkija voi osoittaa haastateltavan ja tutkittavan tiedon yhteensopivuuden. (Hurme 2006, 24–26.) Tässä tutkimuksessa haastattelu

nauhoitettiin. Menetelmä mahdollisti tiedonkeruutilanteeseen palaamisen jälkeenpäin, mikä helpottaa tekijöiden työskentelyä. Haastattelu toteutettiin Halikon sairaalan vierashuoneessa ja haastateltavana oli sähköhoitoa antavassa yksikössä pitkään toiminut sairaanhoitaja. Lääkärillä ei ollut mahdollisuutta nauhoitettuun haastatteluun, mutta hän vastasi yksittäisiin kysymyksiin sähköhoidon toteutuksesta, jotka kirjattiin paperille. Haastattelun jälkeen aineisto purettiin paperille ja sieltä kerättiin keskeinen sisältö, jota vertailtiin olemassa olevaan aineistoon ja käytettiin työssä.

Haastattelun tulokset kerättiin ja niillä täydennettiin oppaasta puuttuvaa tietoa. Sisällönanalyyssissä kerätty aineisto tiivistettiin, jotta saatiin helposti ja lyhyesti kerrottua asia. Valokuvista jotka kuvattiin Halikon sairaalassa tutustumiskäynnin yhteydessä, valittiin sopivat kuvat oppaaseen. Valmis opas esitettiin Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla. Opas tarkastetaan vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmällä, joka hyväksyy oppaan ennen painatusta ja käyttöön ottoa.

Oppaassa käsitellään seuraavia asioita: Mitä sähköhoito on, milloin/mihin sitä käytetään, sähköhoidon vaikuttavuus ja välittömät haittavaikutukset, sähköhoidon kulku, ylläpitohoito, sähköhoito ja samanaikainen lääkehoito. Lisäksi oppaaseen tulee linkkejä tietolähteisiin. Oppaan sisältö muutettiin kertovaan muotoon, jotta sitä on helppo ja mukava lukea. Tärkeimmät asiat otsikoitiin ja lihavoitiin, jotta saadaan lukijan mielenkiinto heräämään. Oppaassa ei ainoastaan neuvota potilasta, vaan kaikki asiat on perusteltu lyhyesti ja ytimekkäästi, koska suurin lukijamäärä on masentuneet potilaat. Oppaassa aloitettiin tärkeimmästä asiasta eli sähköhoidon vaikuttavuudesta ja hoidon kulusta. Viimeiseksi asiaksi jätettiin ylläpitohoito. Neljännellä käyntikerralla Salossa vihon ulkomuoto hyväksyttiin. Samalla käynnillä tekstiosuutta korjailtiin ja muutettiin. Oppaasta poistettiin käskävät lauseet, jotka muutettiin potilasystävällisemmiksi.

Opinnäytetyö valmistui ja se raportoitettiin Turun ammattikorkeakoulussa Salon toimipisteessä toukokuussa. Oppaan paperinen raakavedos ja sähköinen versio toimitetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin.

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulokset uskottavia, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä niiden arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullista viestintää tulosten julkaisussa. Tutkijan on otettava huomioon myös muut tutkijat jotka ovat aihetta ennen tutkineet, eli työssä tulee viitata asianmukaisesti lähteillä muiden tutkimustulokset. Tutkimuslupa tulee olla hankittuna ennen tutkimuksen aloittamista. (Tutkimustieteellinen lautakunta 2012, 7.) Tutkimuslupa (liite 4) ja suostumuslupa (liite 5) anottiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä, jonka he hyväksyivät. Lupaa haettiin tekemällä tutkimussuunnitelma. Siinä ilmeni mikä on työn tarkoitus, kuinka se etenee ja kuinka työ toteutetaan. Tutkimussuunnitelmassa kerrottiin, että työn kirjallinen osuus ja oppaan sisältö perustuu tutkittuun, oikeaksi todettuun tietoon ja sen luotettavuus tarkistetaan ja aineistona käytetään tieteellisiä julkaisuja ja artikkeleita, joiden luotettavuusarvo on korkea.

Työ tehtiin ottaen huomioon eettisten arvojen ja lainsäädännön yhteensovittamisen, joka tarkoittaa, että salassapitovelvollisuus säilyy tehtävän päättymisen jälkeenkin (Etene 2002, 73). Tämän työn tekijät eivät ole potilaiden kanssa tekemisissä. Aineisto kerättiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti sekä hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Tutkimuksen tavoite ja sisältö on tarkoitettu sähköhoitoon tuleville potilaille, jotta heiltä saadaan ennakkoluulot ja pelot poistettua. Opas tehtiin tilaustyönä, joten sillä on tarvetta Salon ja Turun seudulla.

Laadukas lähde on luotettava, ajantasainen, puolueeton ja kattava. Nämä koskevat verkkolähteitä, asiakirjalähteitä kuin myös painettuja lähteitä. Asianmukainen ja luotettava sisältö on tärkeintä. Jos lähteen tekijä ei ole tiedossa, informaatioon tulee suhtautua varauksella. Julkaisun motiivit ja asiasisällön virheettömyys ovat tärkeitä asiasisältöä punnittaessa. Onko

kyseessä kaupallisiin tarkoituksiin tehty palvelu tai kenelle sivulla oleva informaatio on tarkoitettu. Sivuston ulkoasuun, toimivuuteen ja päivitysajankohtaan kannattaa myös kiinnittää huomiota. Käyttökelpoisuudesta ja luotettavuudesta saattaa kertoa paljon myös että, minkä palveluntuottajan/organisaation palvelimella käytettävä materiaali sijaitsee. (Mediakasvatus 2013.) Lähteet valittiin harkiten ja kiinnitettiin huomiota niiden luotettavuuteen. Tiedonhaut tehtiin tietokannoista joiden tiedetään olevan luotettavia.

Tutkimuksen luotettavuus liittyy tekijään, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Tieto, mikä on saatu aineiston keruussa, on riippuvainen siitä, kuinka hyvin tekijä on tavoittanut tutkittavan ja kuinka luottamuksellisen suhteen hän on saanut tiedonantajinsa kanssa. Tekijän taidot korostuvat aineiston analyysissä kuten myös oivalluskyky ja arvostus. Tekijän pitää saada esitettyä tulokset mahdollisimman selkeästi ja yksityiskohtaisesti, jotta muut voivat seurata hänen ajatuksenkulkuaan, jonka mukaan hän on tuloksiinsa päätenyt. (Oulun yliopisto 2013.) Haastattelu aineistoa kertyi vähän. Aineistosta löytyi keskeisimmät asiat, tehden tuloksista luotettavat.

Kirjallisesta oppaasta tulee selkeä ja helposti ymmärrettävä ja siinä ilmoitetaan, kenelle ohje on tarkoitettu, mikä on ohjeen tarkoitus ja kuka sen tekee. Oppaan sisältö vastaa asetettuihin kysymyksiin mitä, miksi, miten, milloin ja missä ja sen sisältö on tarkka ja ajantasainen. (Kygäs ym. 2007, 126.) Ennen painatusta valmis opas (liite 6) luetutettiin ja hyväksytettiin aikuispsykiatrian vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmällä, sekä Halikon sairaalan vastaavalla lääkäriillä. Potilasoppaan tarkoitus on varmistaa, että potilaat osaavat valmistautua tulevaan toimenpiteeseen, samalla se antaa potilaalle luottamusta toimenpidettä kohtaan ja poistaa turhia pelkoja. Opas tuli käyttöön Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin sähköhoitoa antavissa yksiköissä.

8 POHDINTA

Tutkimuksen aihe valittiin tekijöiden yhteisestä kiinnostuksesta psykiatriaan ja sähköhoitoon sekä potilasohjauksen kehittämiseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta sähköhoidosta yhteistyössä Salon aikuispsykiatrian vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmän sekä Halikon sairaalan vanhuspsykiatrian osaston kanssa. Sähköhoito on hoitomuotona hyvä ja turvallinen hoitomuoto. Ennakkoluuloista ja vanhanaikaisesta ajattelutavasta johtuen sitä käytetään kuitenkin Suomessa vielä vähän. Tekijöiden toiveena on aikaan saada opas, joka vähentää pelkoja ja lisää tietoa sähköhoidosta potilaille, jotka sähköhoidosta hyötyvät ja auttaa heidän läheisiään ymmärtämään mistä on kysymys. Opasta voi käyttää hyvänä potilasohjausmateriaalina, sekä opetusmateriaalina hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille. Kirjalliseen osioon on koottu keskeinen tieto sähköhoidosta ja siihen liittyvästä potilasohjauksesta, joten se toimii hyödyllisenä työvälineenä myös henkilökunnalle.

Aloitimme opinnäytetyön suunnitelman teon syksyllä 2012. Tapaamiskertoja toimeksiantajan kanssa oli useita. Toimeksiantajan toiveena oli, että tekijät käyvät tutustumassa Tyksin sekä Halikon sairaalan toimitiloihin ja haastattelevat opasta varten asiantuntijoita sähköhoidosta. Koska tutkimus- ja haastatteluluvan saaminen viivästyi, haastattelut piti jättää hyvin myöhäiseen ajankohtaan. Oppaan teko aloitettiin jo ennen haastatteluja. Oppaan tekeminen oli hyvin haastavaa, koska jokaisesta toimipisteestä olisi haluttu saada oma sanansa oppaaseen. Tekijänä oli vaikeaa valita oikeat kommentit ja jättää osa kommenteista pois tekstistä. Haastattelu materiaali jäikin kovin vähäiseksi. Oppaaseen tuli myös paljon rajoituksia toimeksiantajan puolelta, koska siinä ei esimerkiksi saanut käyttää tiettyjä sanoja. Rajoitteita antoi myös se että, opas kohdennettiin masentuneille potilaille, joten sen tuli olla selkeä ja mahdollisimman lyhyt, jotta potilas jaksaa siihen tutustua. Visuaaliseen ilmeeseen vaikutti paljon rajoitettu värien käyttö, sekä toimeksiantajan toive käyttää valokuvia osoittamastaan paikasta joka ei ollut kovin kuvauksellinen. Ajankäytöllisesti oli hankala sovittaa aikatauluja yhteen haastateltavien kanssa.

Oli kuitenkin hyvä, että haastattelut jäivät kaikki ihan työn loppumetreihin, koska oli helppo yhdistää kaikki saatu tieto yhteen ja kaikki kerrotut asiat oli hyvässä muistissa.

Varsinaisen opinnäytetyön tekeminen alkoi keväällä 2013. Työn tekeminen oli haasteellista koska aiheesta on saatavilla kovin vähän tutkittua tietoa ja tosiasiaassa sähköhoidon vaikutusmekanismi on joiltain osin epäselvä. Tiedetään ainoastaan että jostain syystä siitä on hyötyä useimmalle potilaalle. Siltikin sähköhoidosta löytyi pelkästään positiivista tietoa, josta herää kysymys, miksi se on viimeinen hoitovaihtoehto. Ennen sähköhoidon aloittamista voidaan kokeilla useita eri lääkkeitä.

Vasta-aiheiden lista oli mielenkiintoinen. Tutkimuksen mukaan sydämentahdistin ei estä sähköhoidon toteutumista, mutta oppaaseen jouduttiin laittamaan se vasta-aiheeksi. Ilmeisesti sydämentahdistinpotilaat eivät ole tarpeeksi tutkittu ryhmä, jotta heidän sähköhoitoaan pystyttäisiin toteuttamaan. Ristiriitaa esiintyi myös käytännön ja teorian kohdalla koskien epilepsiaa sairastavien sähköhoitoa.

Oppimiskokemuksena työn tekeminen on tekijöilleen ollut antoisaa. Työtä tehdessä on saanut paljon uutta tietoa niin sähköhoidosta kuin potilasohjauksesta. Tekijät ovat myös nähneet kääntöpuolen kun hyvä hoitomuoto on olemassa, mutta resurssipulasta johtuen sitä ei ole voitu toteuttaa. Näin kävi Halikon sairaalassa, kun anestesia lääkäri pulan takia ei hoitoja voitu antaa.

Sähköhoidosta ja sen hyödyistä tulisi tiedottaa potilaita ja hoitajia enemmän ja paremmin, jolloin siihen suhtauduttaisiin positiivisemmin ja sitä käytettäisiin enemmän. Lisääntyneestä sähköhoidon käytöstä voi olla tulevaisuudessa hyötyä myös muiden sairauksien hoidoissa, esimerkiksi Parkinsonin taudissa (Heikman ym.) 2006, 28). Sähköhoitoon tulee kohdistaa myös enemmän resursseja jotta siitä saatava hyöty olisi potilaiden saatavilla. Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimustyö siitä, miten opas on otettu käyttöön ja onko se poistanut turhia pelkoja potilaissa.

9 LÄHTEET

Barnes, R. 2012. Information on ECT. Royal college of psychiatrists. Viitattu 8.3.2013. <http://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/treatments/ect.aspx>.

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

ETENE. 2002. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ. Viitattu 12.12.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17180&name=DLFE-541.pdf.

Hallikainen, H & Mervaala E. 2013. Monimuotoinen partiaalinen status epilepticus sähköhoidon komplikaationa. Aikakauskirja Duodecim 2004;120(1):74-77. Viitattu 7.3.2013. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00842&p_haku=sähköhoito.

Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 120(10):1219-25.

Heikman, P. Niemi-Murola, L & Rosenberg, P. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. Finnanest, 39.

Henriksson, U. 2011. Vårdguiden Stocholms Läns Landsting. ECT. viitattu 30.3.2013 <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/ECT/>.

Hurme, H. 2006 Teemahaastattelu: Haastattelusta analyysiin. Åbo Akadem. Vaasa. Viitattu 29.3.2013. <https://www.jyu.fi/erillis/agoracenter/tutkimus/.../soca/.../Hurme.ppt>.

Huttunen M. 2011. Terveyskirjasto. Tahdonvastainen sairaalahoito. Viitattu 17.3.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512&p_haku=Tahdonvastainen%20psykiatrinen%20sairaalahoito.

Huttunen M. 2008. Terveyskirjasto. Lääkkeet mielen hoidossa viitattu 9.4.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00024&p_teos=lam&p_osio=103&p_selaus=4674.

Huttunen, M. 2012. Tietoa potilaalle: Kaksisuuntainen (maanis-depressiivinen) mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 11.4.2013. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00846&p_haku=kaksisuuntainen mielialahäiriö](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00846&p_haku=kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6).

Huuha, K & Leinonen, E. 2011. a. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim 4/2011, 127(4):390-6.

Huuha, K & Leinonen, E. 2011. b. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. University of Tampere. Viitattu 8.3.2013. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66371>.

Hyvärinen, R. 2012. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim 16/2005, 1769-73.


Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos.Porvoo. WSOY.

Kukkonen-Lahtinen, L. 2006. Yhdessä kehittyen – Kuntouttavan mielenterveystyön haasteet. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. Viitattu 26.5.2013. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kuntoutus.

Kurkela, R. 2012. Virsta. Tilastokeskus. Teemahaastattelu. Viitattu 23.11.2012. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>.

- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen Haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Oulun yliopistopaino. viitattu 8.3.2013 https://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.
- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo WSOY.
- Käypä hoito. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 11.4.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50076>.
- Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Viitattu 10.4.2013 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00096?hakusana=psykoos>.
- Käypä hoito. 2010. Suomalaisen lääkäri-seura Duodecimin. Depressio. Viitattu 13.11.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakusana>.
- Käypä hoito. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin. Skitsofrenia. Viitattu 11.4.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi35050>.
- Leppämäki, S. 2012. Neurostimulaatiohoidot - tulevaisuuden psykiatria. Lääkärilehti. Viitattu 9.3.2013. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000038075>.
- Lundbeck Ab PharmaCity. 2012. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 11.4.2013. <http://www.bipoinfo.fi/hoito/psykososiaaliset-hoitomuodot-auttavat-sopeutumiseen>.
- Lönnqvist J. & Suvisaari J. 2009 Terveyskirjasto. Sairauksien ehkäisy. Viitattu 10.4.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066
- Martti, J & Pylväs, J. 2011. Sähköhoito mielenterveyspotilaiden hoidossa. Projektityö. Kemi. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40208/Pylvas_Jenni%20Martti_Johanna.pdf?sequence=1.
- MayoClinic. 2012. Electroconvulsive therapy (ECT). Viitattu 8.3.2013. <http://www.mayoclinic.com/health/electroconvulsive-therapy/MY00129/DSECTION=risk>.
- Mediakasvatus. 2013. Lähdekritiikki. Kirjastot.fi. Viitattu 29.3.2013. <http://mediakasvatus.kirjastot.fi/tiedonhaku/lahdekritiikki>.
- Medscape reference. 2012. Electroconvulsive Therapy. Viitattu 15.3.2013. <http://emedicine.medscape.com/article/1525957-overview#showall>.
- Mielenterveysseura. 2013. Masennuksen oireet. E-mielenterveys. Viitattu 7.3.2013. <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/masennus/masennuksen-oireet/>.
- Mielenterveystalo. 2013. Biologiset hoidot. Viitattu 8.3.2013. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Biologisethoidot.aspx>.
- Ohtonen, H. 2012. Potilasohjaus-hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajalehti. Helsinki. Viitattu 12.12.2012. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/.
- Oulun yliopisto. 2013. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitossympäristössä. Luotettavuuden tarkastelu. Viitattu 29.3.2013. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514250680/html/x1013.html>.
- Pasciullo, E. 2008. ECT and Pregnancy. MGH Center for Womens mental health. Massachusetts general hospital. Viitattu 8.3.2013. <http://www.womensmentalhealth.org/posts/ect-and-pregnancy/>.

- Potach, J. 2008. ABC News. A Shockingly Effective Treatment for Depression. Viitattu 13.11.2012.
<http://abcnews.go.com/Health/Depression/story?id=4199997&page=1#.UKIR0oc2aLw>.
- Pukka, L. 2010. Sähköhoito yleistyy masennuksen hoidossa. MTV3 uutiset. Viitattu 14.4.2013.
<http://www.mtv3.fi/uutiset/kotimaa.shtml/sahkohoito-yleistyy-masennuksen-hoidossa/2010/02/1049433>.
- Pulkinen, S & Vesanen, P. 2012. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Sairaanhoidajan tietokannat. Terveysportti. Viitattu 14.4.2013.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kaksisuuntainen%20mielialahairio.
- Raappana, M. 2012. Hoitotyö. Hoitotyön strategiset tutkimus- ja kehittämishankkeet 2011-2013. Viitattu 18.12.2012. <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?uielements=2&nodeid=36309>.
- Riikola, T. Suominen, K & Valtonen, H. 2009. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käyvän hoidon potilasversiot. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.4.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00082.
- Suomen mielenterveysseura, 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viitattu 12.4.2013.
<http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/kaksisuuntainen-mielialahairio/>.
- Turtonen, J. 2013. Depressio. IntroSpekt. GlaxoSmithKline. Viitattu 7.3.2013.
<http://www.introspekt.fi/artikkelit/depressio/>.
- Turun yliopisto. 2007. Potilasohjauksen tuloksellisuus. Lääketieteellinen tiedekunta. viitattu 19.2.2013 <http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/potilasohjaus.html> .
- Tutkimuseettinen lautakunta. 2012. Hyvän tieteellisen käytännön ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.3.2013.
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/index/humtdklw20130213100450.pdf>.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2012. viitattu 13.3.2013 <http://psykiatria.vsshp.fi/fi/5199>.

		OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS	1
TURUN AMMATTIKORKEAKOULU TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES			
OPISKELIJAN TIEDOT			
Nimi	Satu Saari, Teija Tolonen ja Jenny Tuomola		
Osoite	Tattulantie 53, 25360 Pertteli		
Puhelin koti	050 5243236	Puhelin työ	
Sähköposti	Satu.Saarinen@students.turkuamk.fi		
Koulutusohjelma	Hoitotyö-Sairaanhoitaja		
OPINNÄYTETYÖ			
Aihe/ työnimi	Sähköhoidon opas potilaille ja omaisille		
Aikataulu	Syksy 2012 - Kevät 2013		
TOIMEKSIANTAJA			
Organisaatio	Vsshp, psykiatrian tulosalue, aikuispsykiatria. Salon aikuispsykiatrian poliklinikka, vanhus- ja nuorisopsykiatria		
Työn ohjaaja / yhteyshenkilö	Sirpa Vuorinen		
Osoite	Psykiatrian tulosalueen hallinto, PL 52, 20521 Turku		
Puhelin	050 3639543	Sähköposti	sirpa.vuorinen@tyks.fi
OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT			
Ohjaava opettaja	Pelander Tiina, Sirpa Nikunen		
Puhelin	044 9075486	Sähköposti	Tiina.Pelander@turkuamk.fi
Turun ammattikorkeakoulu Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791			

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki-osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

25 / 10 20 12

11 / 11 20 12

Opiskelija

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Kysymyksiä teemahaastatteluun

- ❖ Mitä on sähköhoito, kerro sähköhoidosta yleisesti?
- ❖ Minkälaiset potilaat hyötyvät sähköhoidosta, mitä potilaita hoidetaan sähköhoidolla?
- ❖ Mitkä ovat sähköhoidon hyödyt ja haitat, kenelle sähköhoidosta voi olla haittaa?
- ❖ Mitä sähköhoidon aikana tapahtuu?
- ❖ Missä sähköhoitoa annetaan ja kuka antaa?

Opinnäytetyö – Sähköhoidon opas potilaille ja omaisille

Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Turun ammattikorkeakoulusta, Salon toimipisteestä. Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Tutkimuksen tarkoituksena on tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta sähköhoidosta Teidät on valittu tutkimukseemme asiantuntijan rooliin ohjaajamme Anne Hukarin suosituksesta. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin asiantuntijaryhmä on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Haastattelu toteutetaan Halikon sairaalassa asiantuntijahaastatteluina. Tutustumiseen ja haastattelujen toteuttamiseen on varattu aikaa noin kolme tuntia. Aineisto kerätään nauhoittamalla ja tekemällä muistiinpanoja. Asiantuntijoilta pyydetään suostumus ja haastattelujen ajankohta sovitaan etukäteen. Haastattelun tulokset analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelujen tulokset kerätään, ne muutetaan oppaaseen sopivaan muotoon ja hyödynnetään oppaan teossa. Opas koostuu kerätystä aineistosta, kuvista ja se on vihkon mallinen. Toimeksiantaja painattaa valmiin oppaan jolloin se saa lopullisen muotonsa.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Haastattelut tehdään haastateltavan työaikana.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely, säilyttäminen ja vapaaehtoisuus

Haastattelujen ja tutkimuksen aineistoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti. sekä hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Tutkimustulos

Opinnäytetyön tuloksena syntyy paperinen ja sähköinen opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille. Ennen oppaan julkaisua se tarkastutetaan vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmällä, joka hyväksyy oppaan käyttöön. Opinnäytetyö valmistuu ja se raportoidaan Turun ammattikorkeakoulussa Salon toimipisteessä toukokuussa 2013. Valmis paperiopas ja sähköinen versio toimitetaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin, Halikon sairaalaan.

Ystävällisesti: Jenny Tuomola, Teija Tolonen

Turku Amk, Ylhäistentie 2, 24130 Salo

LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: <http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus>)

Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU

 Uusi tutkimus Jatko/Muutos lupaan

TUTKIMUSLU- VAN HAKIJA/ HAKIJAT	Nimi/nime _____ muut tekijät: Jenny Tuomola, Teija Tolonen
	Osoite: Tattulantie 53, 25360 Pertteli
Opiskelu- tai työpaikka	puhelin: 050-5704693 sähköposti: Satu.Saarinen@students.turkuamk.fi
	Turun ammattikorkeakoulu, Salon toimipiste
Opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Licensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK
TUTKIMUKSEN/ OPINNÄYTE- TYÖN TIIVIS- TETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätaavoitteet, menetelmät, aineis- to, tutkimuksen suo- rituspaikka, tutki- muksen merkitys)	Sähköhoidon opas potilaille ja omaisille, Tutkimuksen tarkoituksena on tehdä opas sähköhoidosta potilaille ja omaisille. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta sähköhoidosta. Oppaan pohjana käytetään asiantuntija haastatteluja ja tutkittua tietoa. Asiantuntija haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla ja Halikon sairaalassa. Haastateltavana on 3 asiantuntijaa. Työ tehdään Salon aikuispsykiatrian poliklinikalla ja Halikon sairaalassa. Oppaan avulla saadaan ajankohtaista tietoa sähköhoidosta ja sen toteuttamisesta potilaille ja omaisille.
Tutkimussuun- nitelmä erillisenä liitteenä (max. 5 s.)	
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)	10.1.2013 <i>Mina Kallunki</i> 10.1.2013 <i>Jyppä Mikkelä</i> allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys
YHTEYSTIEDOT	044 3075 456 Tiina Pelander turkuamk.fi 04009075494 <i>Sirpa Nikunen (at)</i> turkuamk.fi
SITOMUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaihtolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/1071/ , www.turkuamk.fi). 10.1.2013 <i>Jenny Tuomola</i> 10.1.2013 <i>Sirpa Tolonen</i> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys hakijan allekirjoitus/nimen selvennys 10.1.2013 _____ 1 _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys hakijan allekirjoitus/nimen selvennys
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKI- LÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: Yhdyshenkilö/virkan/toimen nimike: <i>Piippon Turunmäke osastonhoitaja</i> (yh nimeää) Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) <i>28.1.2013</i> <i>Sirpa Mikkelä</i> 1 _____ allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys
HOITOTYÖN ASiantuntija- RYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <i>26.2.2013</i> <i>Ulla Korpela</i> allekirjoitus/nimen selvennys <input checked="" type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <i>ko. pöytäkirja, siht. E P j. päätös</i>
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ 1 _____
TUTKIMUS- LUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty _____ <i>11.3.2013</i> <i>Jyppä Mikkelä</i> <i>Juha Kauri</i> allekirjoitus/nimen selvennys allekirjoitus/nimen selvennys VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	Päätös annettu tiedoksi hakijalle <i>14.3.2013</i> Päätöksen antoi <i>HLL</i>

Suostumuslomake

Täten annan suostumukseni osallistua Jenny Tuomolan ja Teija Tolosen opinnäytetyön haastatteluun.

Opinnäytetyönä tehdään sähköhoidon opas potilaille ja omaisille. Työn toimeksiantaja on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalue, aikuispsykiatria, Salon aikuispsykiatrian poliklinikan vanhus - ja neuropsykiatrian työryhmä.

Haastattelu taltioidaan nauhoittaen ja kirjoittaen muistiinpanoja. Haastatteluaineisto puretaan ja analysoidaan sisällönanalyysillä. Nauhoitteet tuhotaan ja kirjallinen materiaali hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyön tekijät saavat käyttää haastatteluaineistoa vapaasti tätä opinnäytetyötä varten.

Haastattelu tehdään täysin anonyymina yksityishenkilönä eikä haastateltavan henkilöllisyys tule esille haastattelun tai työn muun aineiston perusteella. Haastateltava henkilö saa halutessaan keskeyttää haastattelukysymyksiin vastaamisen.

paikka/päivämäärä

haastateltavan nimi

Tuomola & Tolonen ©

Turku Amk, Ylhäistentie 2, 24130 Salo

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPUHE
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÄRDSDISTRIKT

Sähköhoidon opas potilaalle ja omaisille



Tolonen Teija
Jenny Tuomola
2013

Tämä opas on tehty kertomaan sähköhoidosta ja poistamaan siihen liittyviä pelkoja yhteistyössä Halikon sairaalan, Salon aikuispsykiatrian poliklinikan ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa.



SISÄLLYS:

Milloin ja kenelle sähköhoitoa voidaan antaa?	5
Mitä sähköhoito on?	6
Mitä sähköhoidolla hoidetaan ja sen haittavaikutukset?	7
Milloin sähköhoito ei sovi?	8
Sähköhoidon suunnittelu	9
Esivalmistelut	10
Toimenpide	11
Toimenpiteen jälkeen	12
Ylläpitohoito	13
Hyödyllisiä linkkejä	14

Milloin ja kenelle sähköhoitoa voidaan antaa?

Sähköhoitoa käytetään pääsääntöisesti vakavan ja psykoottisen masennuksen hoitoon.

Sähköhoitoa käytetään, kun on kokeiltu useita eri lääkkeitä, jotka eivät ole auttaneet. Sähköhoitoa annetaan myös, kun hoitoa on saatava nopeasti vaikean itsetuhoisuuden tai potilaan syömättömyyden tai juomattomuuden takia.

Sähköhoito on hyvä vaihtoehto, kun muut hoitomuodot eivät auta riittävän tehokkaasti ja muut hoitomuodot aiheuttavat sivuvaikutuksia tai jos annetusta sähköhoidosta on todettu olleen hyötyä aikaisemminkin.

Sähköhoitoa voidaan antaa kaikille fyysisesti terveille 18 vuotta täyttäneille henkilölle. Sähköhoito on masennuksen lääkehoitoa turvallisempaa esimerkiksi iäkkäillä ja raskaana olevilla potilaille

Mitä sähköhoito on?

Sähköhoidossa aivoja ärsytetään muutaman sekunnin ajan, mikä johtaa lyhytkestoiseen kouristukseen. Tämä aiheuttaa aivojen välittäjäaineiden määrän lisääntymisen ja aktivoitumisen, joka edistää masennuksen paranemista.

Hoitoa on kahdenlaista. Molemmiin puoleisessa hoidossa sähkö annetaan oikealta ja vasemmalta ohimolta. Kun sähköä annetaan ainoastaan oikealle puolella, tämä hoito on niin sanotusti kevyempää hoitoa, siinä sähköimpulssit tulevat päälaelta ja oikealta puolelta ohimoa.

Mitä sähköhoidolla hoidetaan ja sen haittavaikutukset?

Sähköhoito vaikuttaa nopeasti masennuksen vakaviin oireisiin kuten ravinnottomuuteen, unettomuuteen, väsymykseen ja jäykkyytiloihin.

Hitaampi vaikutus tulee tunnevaltaisiin oireisiin, kuten masentuneeseen mielialaan ja kyvyttömyyteen tuntea mielihyvää sekä kognitiivisiin oireisiin kuten itsearvostukseen, toivottomuuteen, avuttomuuteen, itsetuhoisuuteen ja harhaluuloisuuteen.

Sähköhoito on turvallista ja valtaosa haittavaikutuksista on ohimeneviä ja vaarattomia.

Haittavaikutuksina voi esiintyä, päänsärkyä, lihasarkuutta, pahoinvointia, sekavuutta ja lyhytkestoisia muistihäiriöitä.

Milloin sähköhoito ei sovi?

Sähköhoito ei sovi silloin, kun on sairastanut viimeisen puolen vuoden aikana sydäninfarktin tai jos on sydämentahdistin. Kun on hiljattain ollut aivoverenvuoto tai jokin muu tila, johon liittyy kallonsisäinen paine.

Lääkäri arvioi anestesiakelpoisuuden, mikä määräytyy yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Jos potilaalla on jokin terveydellinen seikka, jonka lääkäri katsoo olevan este anestesialle, voi se estää sähköhoidon käytön.



Sähköhoidon suunnittelu:

Psykiatriseen hoitoon tullaan aina lääkärin läheteellä.

Sähköhoitoa suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa. Tällöin kerrotaan hoidon hyödyt ja haitat. Tämän jälkeen aloitetaan valmistautuminen hoitoon ohjaamalla potilasta ja tutkimalla hänen terveyden tilaa.

Kaikista käytössä olevista lääkkeistä, myös käsikauppalääkkeistä on kerrottava hoitavalle lääkärille, koska monet lääkkeet vaikuttavat sähköhoidon onnistumiseen. Erityisesti Marevan lääkitykseen tulee kiinnittää huomiota, koska hoidon aikana on INR- arvon oltava hoitotasolla.

Hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti, mutta yleensä annetaan 2-3 hoitoa viikossa ja koko hoitosarjaan sisältyy yleensä 2-12 hoitokertaa. Sähköhoitoa antava lääkäri päättää hoitosarjasta ja sen pituudesta.

Esivalmistelut:

Suihkussa käydään edellisenä iltana ja ennen hoitoa huolehditaan että hiukset on puhtaat ja kuivat.

Ennen toimenpidettä ei saa syödä kuuteen tuntiin eikä juoda neljään tuntiin. Lääkäri kertoo myös mitä lääkkeitä ei tule ottaa edellisenä iltana tai toimenpide aamuna.

Omat vaatteet vaihdetaan sairaalavaatteisiin. Pituus ja paino otetaan sekä mitataan verenpaine ennen toimenpidettä.

Korut, rannekello ja tekohampaat jätetään osastolle. Kynsilakkaa ja meikkiä ei pidetä hoidon aikana.

Esilääkkeen saa ½-1 tuntia ennen toimenpidettä. Lääke vähentää syljen eritystä toimenpiteen aikana.

Wc:ssä käydään juuri ennen toimenpidettä.



Toimenpide:

Mukana toimenpidehuoneessa on anestesia lääkäri, psykiatrian erikoislääkäri ja kaksi hoitajaa.

Otsalle, käsivarteen, olkapäähän ja rintakehälle kiinnitetään elektrodit, joiden avulla seurataan aivojen, lihasten ja sydämen sähköistä toimintaa. Sormeen kiinnitetään mittari, jolla seurataan veren happipitoisuutta.

Tämän jälkeen laitetaan laskimokanyyli käteen jonka kautta annetaan nukutuslääke ja lihaksia rentouttava lääke. Varsinainen sähköhoito annetaan nukutuksen aikana.

Toimenpiteen jälkeen:

Herättyään potilas siirretään seurantahuoneeseen jossa poistetaan laskimokanyyli ja hän voi syödä ja juoda normaalisti.

Hoitaja seuraa potilaan vointia ja verenpainetta sähköhoidon jälkeen seurantahuoneessa noin tunnin ajan. Tämän aikana ollaan vielä kytkettynä verenpainemittariin ja pulssioksimetriin.

Autolla ajo on ehdottomasti kielletty 24 tuntia nukutuksen jälkeen, koska anestesia lääkkeet voivat heikentää huomio- ja reaktiokykyä.

Suosittelavaa on, että seuraavana yönä ei olla yksin vaan potilaalla on joku aikuinen seurana. Tarvittaessa voi myös jäädä osastolle yöksi.

Ylläpitohoito

Sähköhoidon ollessa potilaalle hyödyllinen ja sopiva hoitomuoto, voidaan hoitajakso tarvittaessa uusaa. Ylläpitohoito suunnitellaan aina yksilöllisesti.



Hyödyllisiä linkkejä:

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3118/5438/>

[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset
/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakusana=sä
hköhoito](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023?hakusana=sä
hköhoito)

[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset
/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076?hakusana=k
aksisuuntainen mielialahäiriö](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076?hakusana=k
aksisuuntainen mielialahäiriö)

[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/nay
taartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=skitsofrenia](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050?hakusana=skitsofrenia)

[http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-
rad/Omraden/Behandlingar/ECT/](http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/ECT/)



VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÄRDSDISTRIKT

