



Jael Silvan, Hodo Jama Isse

Vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoito

Opas terveydenhuollon ammattilaisille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja (AMK), Kätilö (AMK)

Terveydenhoitotyö, Kätilöhoitotyö

Opinnäytetyö

19.3.2024

Tiivistelmä

Tekijä(t):	Jael Silvan, Hodo Jama Isse
Otsikko:	Vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoito: Opas terveydenhuollon ammattilaisille
Sivumäärä:	40 sivua + 2 liitettä
Aika:	19.3.2024
Tutkinto:	Terveydenhoitoja (AMK), Kätilö (AMK)
Tutkinto-ohjelma:	Terveydenhoitotyön tutkinto-ohjelma, Kätilöhoitotyön tutkinto-ohjelma
Ohjaaja(t):	Marika Lähdetniemi, Lehtori

Vaikeassa masennustilassa (vakava-asteiset masennustilat) henkilöllä on runsaasti oireita, mitkä vaikuttavat merkittävästi henkilön ihmissuhteisiin ja toimintakykyyn. Vakavassa masennustilassa henkilö on selvästi työkyvytön ja tarvitsee tiivistä tukea, usein myös sairaalahoitoa. Vakava masennus on yleinen mielenterveydenhäiriö, jolla on tapana uusiutua hyvin helposti.

Sähköhoitoa hoitomenetelmänä harkitaan silloin, jos masennuslääkkeet eivät ole tehonneet tai kun tarvitaan nopeaa hoitovastetta. Sähköhoito toteutetaan lyhyessä yleisanestesiassa, toimenpiteessä käytetään pientä määrää sähkövirtaa, joka kulkee aivojen läpi. Sähköhoito on osoittautunut tehokkaimmaksi ja nopeimmaksi hoitomuodoksi vaikeasti masentuneilla potilailla. Tutkimukset ja käytännön kokemukset viittaavat siihen, että sähköhoito on hyödyllinen vaikean masennuksen hoidossa, erityisesti silloin kuin muut hoitomuodot, kuten lääkitys ja terapia, eivät tuota riittävästi helpotusta oireisiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoitoa. Opinnäytetyössä syvennettiin myös sähköhoidon lisäksi vaikeaan masennukseen ja potilasohjaukseen sähköhoidosta. Opinnäytetyö ei käsittele lasten tai nuorten vaikean masennuksen sähköhoitoa vaan ainoastaan aikuisten.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla aiheeseen liittyviä artikkeleita ja tutkimustietoa. Aineiston valinnassa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerejä sekä rajauksia, jotka näkyvät tiedonhakutaulukossa. Opinnäytetyön kirjallisen osion tuotos kehitettiin terveydenhuollon ammattilaisille oppaan muodossa. Tavoitteena opinnäytetyössä oli lisätä tietoisuutta sähköhoidon hoitoprosessista.

Opinnäytetyötä varten aihe jouduttiin rajaamaan koskemaan aikuisen vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutusta, jotta työstä ei tulisi liian laaja. Opinnäytetyötä tehdessä jatkokehitysideana nousi esiin, että olisi hyödyllistä kehittää opas, joka on suunnattu alaikäisten sähköhoidon toteutukseen.

Avainsanat: sähköhoito, potilasohjaus, hoitaja, masennus

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Author(s): Jael Silvan, Hodo Jama Isse
Title: Electroconvulsive Therapy for severely depressed patients: A guide for public healthcare
Number of Pages: 40 pages + 2 appendices
Date: 19.3.2024

Degree: Public Health Nurse, Midwife
Degree Programme: Nursing and Health Care
Instructor(s): Marika Lähdetniemi, Senior Lecture

In severe depression (major depressive disorder), a person experiences a multitude of symptoms that significantly impact their relationships and functioning. In a severe depression, a person is clearly unable to work and needs intensive support, often including hospitalization. Severe depression is a common mental health disorder prone to frequent recurrence.

Electroconvulsive therapy (ECT) is considered as a treatment method when antidepressants have proven ineffective or when rapid treatment response is needed. ECT is administered under brief general anesthesia, using a small amount of electric current passed through the brain. ECT has been proven to be the most effective and fastest treatment for severely depressed patients. Studies and practical experiences indicate that ECT is beneficial in the treatment of severe depression, especially when other treatment modalities such as medication and therapy do not provide sufficient relief from symptoms.

The purpose of the thesis was to describe the electroconvulsive therapy of severely depressed patients. In addition to ECT, the thesis delved into severe depression and patient guidance regarding ECT. The thesis does not address ECT for severe depression in children or adolescents, focusing solely on adults.

Through a descriptive literature review, the thesis examined relevant articles and research data on the topic. The selection of the material involved the use of inclusion and exclusion criteria as well as limitations, which are visible in the search table. The written part of the thesis was developed into a guide for healthcare professionals. The aim of the thesis was to increase awareness of the electrotherapy treatment process.

The topic had to be narrowed down to focus on the implementation of ECT for severely depressed adult patients to prevent the thesis from becoming too broad. During the thesis work, the idea emerged that it would be beneficial to develop a guide aimed at the implementation of ECT for minors as a future development idea.

Keywords: electroconvulsive therapy, patient education, nurse, depression

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	2
2.1	Keskeiset käsitteet	3
3	Masennus	4
3.1	Masennustilan syntyyn vaikuttavat tekijät	6
3.2	Masennuksen oireet	7
3.3	Masentuneen potilaan hoito	9
4	Sähköhoito	11
4.1	Sähköhoidon historia	11
4.2	Sähköhoidon tehokkuus	12
4.3	Sähköhoidon käyttö- ja vasta-aiheet	12
4.4	Sähköhoidon haitat	14
4.5	Sähköhoidon vaikutusmekanismi	14
4.6	Sähköhoitoon valmistautuminen	15
4.7	Sähköhoidon toteutus	18
4.8	Sähköhoidon jälkeen	19
5	Potilasohjaus sähköhoidosta	20
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	22
6.1	Menetelmälliset lähtökohdat	22
6.2	Toimintaympäristö, kohderyhmä ja hyödynsaajat	24
6.3	Tiedonhaku	24
6.4	Toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus	25
7	Opinnäytetyön tuotos	26
7.1	Laadukas opas	26
7.2	Tuotoksen kuvaus	27
8	Pohdinta	27
8.1	Tulosten tarkastelu	28
8.1.1	Vaikea masennus	28
8.1.2	Vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutus	30

8.1.3	Vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon ohjaus ja tiedonanto	31
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	32
8.3	Tuotoksen ja tulosten hyödyntäminen sekä kehittämissuhteet	33
	Lähteet	35
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakuhaikio	
	Liite 2. Mukaan valitut artikkelit	

1 Johdanto

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö, sekä vakava kansanterveydellinen ongelma, joka aiheuttaa työkyvyttömyyttä (Mieli.fi). Masennuksesta kärsii tälläkin hetkellä 6 % väestöstä. Noin 5 % väestöstä kärsii selvästä masennustilasta ja psykoottisista masennustiloista noin vajaa 1 %. (Rovasalo 2022.) Suomessa vuosittain sairastaa vaikeaa masennusta 200 000 henkilöä (Tays.fi). Masennustilat eivät ala tunneissa tai päivissä, vaan ne alkavat yleensä lievemmistä esioireista, joita esiintyy muutamien viikkojen tai kuukausien ajan, jonka jälkeen oireet yleensä pahenevat (Masennusinfo.fi). Masennustilassa henkilön mieliala on laskenut kokonaisvaltaisesti sekä kiinnostus ja mielihyvä asioita kohtaan ovat kadonneet. Itsetuhoisia ajatuksia ja suunnitelmia voi esiintyä kaikissa masennustiloissa, mutta eniten vaikeissa masennustiloissa. Noin 5 % masennustilasta kärsivä päätyy lopulta itsemurhaan. (Rovasalo 2022.) Masennuksen hoidossa keskeisenä osana ovat masennuslääkkeet ja psykoterapia. Sähköhoitoa harkitaan silloin, jos lääkehoito ei ole tehonnut tai tarvitaan nopeatehoista hoitoa, kuten itsemurhavaaran vuoksi. (Depressio 2022.)

ECT- hoito eli aivojen sähköhoito on hoitomuoto, jota käytetään pääosin vaikean masennuksen hoidossa, mutta sillä voidaan helpottaa useiden mielenterveyden häiriöiden oireita. Sähköhoito on tehokas ja tutkittu hoitomuoto, mikä vaikuttaa muun muassa välittäjäaineiden pitoisuuksiin, sekä aivojen aineenvaihduntaa. (Mielenterveystalo.fi). Sähköhoidon on todettu toimivan hyvin 70–90 % potilaista, joilla on ollut masennusta (Fitzsimons 1995). Aivojen sähköhoito on nukutuksessa annettava hoitomuoto, jossa päähän johdatetaan sähkövirta (Lönnqvist & Henriksson & Marttunen & Partonen 2011: 742).

Tämän opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka laatiminen pohjautuu kirjallisuuskatsaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on laatia hyvä opas sähköhoidosta. Tämän opinnäytetyön tilaajana toimii Metropolia Ammattikorkeakoulu. Tässä opinnäytetyössä käsitellään aikuispotilaan masennusta. Opinnäytetyön aiheena on vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoito opas, joka on suunnattu terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska sähköhoito on tehokas hoitomuoto vaikeasti masentuneilla potilailla ja nykypäivänä hyvin käytetty hoitomenetelmä. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadukas hoito opas vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidosta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadukas hoito opas vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidosta.

Opinnäytetyön tavoitteena on laatia hyvä opas sähköhoidosta.

Kehittämistehtävä/tutkimuskysymys:

1. Mitä tarkoitetaan vaikealla masennuksella?
2. Miten vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoitoa toteutetaan?
3. Minkälaista ohjausta ja tietoa tulisi antaa vaikeasti masentuneelle potilaalle sähköhoidosta?
4. Minkälainen on hyvä opas?

2.1 Keskeiset käsitteet

Taulukko 1. Keskeiset käsitteet

Käsite	Selitys
Masennus	Masennus käsitteellä tarkoitetaan yleiskäsitettä, jossa voimakkuudesta tai asiayhteydestä riippuen tarkoitetaan ohimenevää masentunutta mielialaa, masennustilaa, erilaisten psykologisten tai erilaisten sairaustilojen oiretta. (Rovasalo 2022.) Tässä opinnäytetyössä masennuksella tarkoitamme masennustilaa.
Sähköhoito	Sähköhoito (ECT); tiettyjen psykiatristen sairauksien hoitomenetelmä, jossa pään alueelle johdatetaan pieni, kouristuskohtauksen aiheuttava sähkövirta. (Lääketieteen sanasto 2016.)
Potilasohjaus	Ohjaus käsitteenä voidaan täsmentää hoitajan toimintana, joka pitää sisällään tiedon antamista, neuvontaa ja opetusta. (Kuhanen & Kanerva 2013:164–165.)

3 Masennus

Tässä opinnäytetyössä masennuksella tarkoitetaan masennustilaa ja painotus kohdistuu vaikeaan masennukseen (vakava-asteiset masennustilat), jossa oireita on paljon ja ne haittaavat huomattavasti henkilön ihmissuhteisiin ja toimintakykyyn. Vakavassa masennustilassa ihminen on selvästi työkyvytön ja on tiiviin tuen tarpeessa ja tarvitsee usein myös sairaalahoitoa. (Puhti.fi.) Yksi yleisimmistä mielenterveydenhäiriöistä on masennus, joka voi ilmetä missä ikäryhmässä tahansa (Mielenterveystalo.fi). Masennuksesta käytetään myös sanaa depressio. Masennus on yleinen- sekä herkästi uusiutuva sairaus, jossa ihmisen toimintakyky on selkeästi heikentynyt. (Kampman & Heiskanen & Hali & Huttunen & Tuula 2017: 10–11.) Masennuksella on 50 % mahdollisuus toistua uudestaan jossain kohti elämää. Masennus aiheuttaa inhimillistä kärsimystä masennuksesta kärsivän läheisilleen, sekä masentuneelle itselleen. (Rovasalo 2022.) Väestötutkimuksen perusteella arvioidaan, että noin 5 % aikuisväestöstä esiintyy vuoden aikana kliinisesti merkittävä masennustila. Nykyisin yli puolella masennuksesta kärsivällä masennus uusiutuu. Masennustila esiintyy yleisemmin noin 1,5–2 kertaa naisilla, kuin miehillä. Noin 10 % perusterveydenhuollon potilaista arvioidaan olevan masennus, mutta vain osa heistä hakeutuu hoitoon masennuksen takia. Masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuvista suurin osa kärsii yhtäaikaisesti myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä. (Tays.fi.)

Masennuksen diagnostiikassa keskeisintä on tunnistaa yksittäiset masennusoireet, että itse oireyhtymän kokonaisuus. Masennuksen diagnoosi pohjautuu aina haastattelussa huomattuihin oireisiin, joiden vaikeusaste, lukumäärä, kesto ja esiintyvyys johtavat F32 ja F33-diagnoosiin. Tautiluokitus ICD-10:ssä masennuksen keskeisimmät muodot luokitellaan: masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Toistuvassa masennuksessa potilaalla on esiintynyt masennustila aikaisemmin vähintään kerran ja masennustilan suuri uusiutumisriski on otettava huomioon. Masennusoireyhtymän kriteerit ovat molemmissa tapauksissa samat. Olennaista on, että huomattuja masennuksen oireita on esiintynyt joka päivä yhtäjaksoisesti vähintään 2 viikon ajan ja oireet ovat vaikeusasteelta kliinisesti merkittäviä. Masennus diagnoosi vaatii, että 10 kriteerioireesta ilmenee vähintään 4. (Taulukko 2.) ICD-10:ssä masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaisesti: lievä 4–5, keskivaikea 6–7 ja vaikea 8–10 oiretta. Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida myös oiremittareiden avulla tai masennustilan toimintakyvyn heikkenemisen perusteella. Vaikeassa masennustilassa oireita on 8–10 ja kaikki kohdasta B. (Duodecim käypähoito 2023.)

Taulukko 2. ICD-10 mukainen masennustilan ja toistuvan masennuksen oirekriteerit (Duodecim käypähoito 2023.)

ICD-10 mukainen masennustilan ja toistuvan masennuksen oirekriteerit
<p>a) Masennusjakson tulee olla kestänyt vähintään kahden viikon ajan</p>
<p>b) Havaitaan seuraavista oireista vähintään kaksi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Suurimman osan ajasta masentunut mieliala2. Asiat, jotka ovat normaalisti tuottaneet mielihyvää ja kiinnostusta ovat lopahtaneet3. Epätavallinen väsymys tai heikentyneet voimavarat
<p>c) Jotkin tai jotkin seuraavista oireista todetaan niin, että oireita on yhteensä b) ja c) sekä yhteenlaskettuna vähintään neljä:</p> <ol style="list-style-type: none">4. Omatunnon tai itsetunnon heikkeneminen5. Liialliset tai perusteettomat itsesyytökset6. Itsetuhoinen käytös, itsemurhaan tai toistuvaan kuolemaan liittyvät ajatukset7. Huomattu tai itse kokema keskittymisvaikeus, joka voi tulla esiin myös epäröintinä tai päättämättömytenä8. Hidastuneisuus tai kiihtymys, joka voi olla huomattu tai itse kokema9. Univaikeudet

10. Painon muutos, johon liittyy ruokahalun vähentyminen tai lisääntyminen

3.1 Masennustilan syntyyn vaikuttavat tekijät

Masennuksen taustalla olevia syitä ei aina pystytä tarkentamaan ja yleensä niille ei usein olekaan mitään yksittäistä syytä, mutta jotkut asiat voivat pidemmällä tai lyhyemmällä aikavälillä lisätä riskiä sairastua masennukseen (Mielenterveystalo.fi).

Masennustilojen syntyyn vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Perinnöllisten ja hankittujen tekijöiden vaikutus vaihtelee yksilöittäin ja eri masennustiloissa. Masennukselle sairastumisen alttiutta voi lisätä persoonallisuuden rakenne, synnynnäinen temperamentti, jota aikaisemmat kokemukset ovat muovanneet. Esimerkkinä sosiaalisista tekijöistä on tärkeiden ihmissuhteiden menetys ja turvarakenteiden häilyminen. Psykologisella tasolla masennukselle altistavia tekijöitä ovat itsetunnon hauraus, negatiiviset ajatusmallit, sosiaalinen pelokkuus ja taipumus alistua vuorovaikutus tilanteissa. Edelliset tekijät voivat lisätä yleistä stressiherkkyyttä ja pessimismisiä. Riittävän pitkittynyt stressi johtaa yleensä aina uupumukseen ja siitä masennustilaan. (Rovasalo 2022.)

Perinnöllinen alttius voi olla tärkeämpi tekijä, kun masennusjaksot ovat toistuvia tai vaikeampia. Psykkinen traumatisoituminen lapsuudessa lisää masennukseen sairastumisen riskiä. Yleinen havainto on, että masennuksen taustalla on usein elämäntapahtumia, jotka ovat olleet traumaattisia. (Tays.fi.)

Masennustilan laukaisevista stressitekijöistä puhutaan silloin, kun kuormittava asia on tapahtunut lähellä sairastumisen ajankohtaa. Laukaisevia stressitekijöitä voivat olla: ero, läheisen kuolema, ongelmat ihmissuhteissa, vähäinen vapaa-aika, hektinen elämänrytmi ja muutto. Masennustilan laukaisevat stressitekijät eivät ole aina negatiivisia kokemuksia vaan myös positiiviset elämäntilannemuutokset kuten lapsen syntymä, muutto tai remontti voivat tuoda stressiä ja kuormitusta. (Mielenterveystalo.fi.)

3.2 Masennuksen oireet

Masennuksen tuomat oireet saavat usein alun erilaisista kriiseistä, elämässä tulleista pettymyksistä, tai uupumuksesta (Mielenterveystalo.fi). Lyhytaikainen ja tilapäinen masennuksen tunne ei ole sairaus, vaan se on normaalia ja kuuluu normaaliin mielialan vaihteluun. Masennustilasta puhutaan, kun oireet ovat kestäneet yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa. Masennustilat voivat kestää muutamista viikoista kuukausiin ja siitä jopa vuosiin. Tyypillisesti masennustilat alkavat lievistä esioireista ja ne kestävät 2–4 viikkoa ennen kuin oireet pahenevat hiljalleen, kunnes masennusoireyhtymä saavuttaa huippunsa. (Kampman ym. 2017.)

Ydinoireita masennuksessa on masentunut mieliala, väsymys ja vaikeus tuntea mielihyvää asioita kohtaan (Sadeniemi ym. 2022: 50). Myös itsetuntoon liittyvät oireet ovat tyypillisiä oireita masennuksessa, kuten itsetuottamuksen väheneminen, päätöksenteon vaikeus ja keskittymisvaikeus. Fyysisenä oireena voi esiintyä esimerkiksi ruokahalun muutoksia, unihäiriöitä tai selittämättömiä fyysisiä oireita, kuten pahoinvointia ja päänsärkyä. (Mielenterveystalo.fi.) Masennuksen oireisiin kuuluu myös kuolemaan koskevien ajatusten lisääntyminen. Masentuneella voi olla itsemurha-ajatuksia, itsemurhasuunnitelmia tai itsetuhoisuutta. (Sadeniemi ym. 2022: 54–55.)

Masentuneella henkilöllä tunnevire on suurimman osan ajasta voimakkaasti masentunut ja alakuloinen. Mitä voimakkaammin ihmisen mieliala on masentunut, sitä pysyvämpi masennuksen tila on ja ihminen on kykenemättömämpi kohdistamaan huomiotaan muihin asioihin. Masennuksesta kärsivä on menettänyt kykynsä tuntea mielihyvää asioita kohtaan, jotka ovat aikaisemmin tuottaneet sitä. Masentuneen on myös vaikeata saada tyydytystä asioista, jotka ovat aikaisemmin sitä tuottaneet. Vaikeassa tapauksessa ihminen on menettänyt kokonaan mielihyvän ja oire esiintyy päivästä toiseen suurimman osan ajasta. Masentunut ihminen tuntee olonsa jatkuvasti väsyneeksi ja pienikin fyysinen tai psyykinen aktiivisuus tuntuu raskaalta ja vaatii keskimääräistä enemmän voimia. (Isometsä 2017.)

Masentuneen ihmisen luottamus selviytyä elämästään on huomattavasti alentunut ja vaikeassa tapauksessa masentunut voi kokea itsensä kokonaan epäonnistuneeksi ja avuttomaksi sekä olevansa kokonaan arvoton. Masentuneen ihmisen ajatukset suuntautuvat yleensä oman persoonan ja omien tekojen arvosteluun ja vähättelyyn sekä syyllisyydentunteisiin. Äärimmäisissä masennuksissa syyllisyys on yleensä harhaluuloista ja psykoottista. Masentuneella ajatukset kohdistuvat yleensä vahvasti pessimistisiin aihealueisiin ja kuolemaan. Masentuneella on mielessään ajatuksia

itsensä vahingoittamisesta ja hän on saattanut yrittää itsemurhaa tai suunnitella sitä sen toteuttamiseksi. Masentunut ihminen on myös usein epäröivä ja epävarma tilanteissa, missä hänen pitäisi tehdä arkisia päätöksiä. Masennuksen vaikeammissa muodoissa alentunut keskittymiskyky tulee esiin vuorovaikutuksessa, jossa masentuneen on vaikea pysyä mukana keskustelussa. (Isometsä 2017.)

Psykomotorisena oireena masennuksesta kärsivällä voi olla psykomotorista hidastumista eli retardaatiota, joka näkyy ihmisen jäähmytenä, hitautena ja vaikeimmissa tapauksissa pysähtyneisyytenä, jolloin masentunut voi olemukseltaan olla ilmeetön. Masentuneella voi ilmetä myös psykomotorista kiihtyneisyyttä eli agitaatiota, jolla tarkoitetaan tuskaisuuden tunteeseen liittyvää levottomuutta, joka voi ilmetä esimerkiksi pakonomaisena kävelynä tai raajojen levottomina pakonomaisina liikkeinä. (Isometsä 2017.)

Masentunut kärsii yleensä myös unen muutoksista, jotka voivat ilmetä nukahtamisvaikeuksina, unen pinnallisuutena ja katkonaisuutena. Joillakin unihäiriö voi ilmetä liiallisena nukkumisena. Masentunut on myös yleensä menettänyt ruokahalunsa ja ruoka saattaa tuntua vastenmieliseltä, josta seuraa painon lasku. Joillakin saattaa ruokahalun muutokset ilmetä lisääntyneenä ruokahaluna ja paino noussut sen yhteydessä. (Isometsä 2017.)

Masennustilat jaetaan kolmeen osaan lievä, keskivaikea sekä vaikea. Lievässä masennustilassa oireet haittaavat hieman sosiaalista elämää ja työkykyä. Keskivaikeassa masennustilassa voi ilmetä työkyvyttömyyttä sekä arjesta suoriutuminen voi olla haastavaa. Vaikeassa masennustilassa oireet ovat huomattavasti vakavampia ja ne haittaavat kaikkia elämän osa-alueita sekä arkielämässä selviytyminen on uhattuna. Itsemurha ajatuksia ilmenee eniten vaikeassa masennuksessa mutta jossain tapauksissa lievässä. (Rovasalo 2022.) Psykoottisesta tai vaikeasta masennuksesta kärsivä on yleensä työkyvytön ja jatkuvan seurannan ja huolenpidon tarpeessa usein sairaalaympäristössä (Isometsä 2017).

Masennustilan ja masennuksen hoitomuodot valitaan ensisijaisesti oireiden ja niiden vaikeusasteen perusteella. Omilla toimilla voi olla riittävä vaikutus lievässä masennustilassa. Keskivaikeassa ja vaikeassa masennustilassa on usein tarvetta lääkitykselle, psykoterapialle tai näiden yhdistelmälle. Nettiterapiasta on myös todettu olevan hyötyä. (Kampman ym. 2017:15.)

3.3 Masentuneen potilaan hoito

Masennustilojen hoidossa käytetään menetelmiä, joista on saatu vahvaa näyttöä, kuten masennuslääkkeitä, psykoterapiaa, aivojen sähköhoitoa ja transkraniaalista magneettistimulaatiota (TMS). Hoidon periaatteisiin kuuluu potilaan elämäntilanteen kartoittaminen, psykososiaalinen tuki, sekä hyvä vuorovaikutussuhde potilaan kanssa. Potilasta tulee tukea hoitoon, sekä hoidon tehokkuutta seurattava. (Kampman ym. 2017: 66.)

Hoitomuodon valinnassa ohjaavat masennustilan vaikeusaste, hoitomuotojen saatavuus ja potilaan omat toiveet. Tulee ottaa huomioon myös potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys, aiempien hoitoyritysten tehot, sekä haitoista saadut kokemukset, itsemurhavaara, somaattinen terveydentila, sekä toimintakyky. Lievässä masennustilassa usein psykoterapia riittää ainoana hoitona. Vaikeassa ja keskivaikeassa masennustilassa käytetään lääkehoitoa erityisesti. Keskivaikeassa masennustilassa on suositeltavaa käyttää lääkehoitoa terapian kanssa yhdessä. Vaikeassa- tai kroonisessa masennustilassa käytetään yhdistelemällä hoitomuotoja, jolla on todettu saavan usein paras tulos. (Kampman ym. 2017: 66.)

Keskeisiä hoitotyön menetelmiä ovat masentuneen hoidossa omahoitaja suhde, toivon ylläpitäminen ja toivottomuuden helpottaminen (Kuhanen & Oittinen & Kanerva & Seuri & Schubert 2013: 210). Keskivaikeaa ja lievää masennustilaa hoidetaan pääosin perusterveydenhuollossa (terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa). Erikoissairaanhoidossa hoito on tarpeen, kun potilaalla ilmenee psykoottinen tai lääkeresistentti masennus, vaikea masennus yhdistettynä monihäiriöisyyteen tai itsetuhoisuuteen, tai kun masennustila voi vaarantaa potilaan toiminta- ja työkyvyn. (Isometsä 2017.)

Masentuneen potilaan ollessa osastohoidossa saattaa hän tarvita apua itsestään huolehtimisessa, kuten peseytymisessä, sängystä ylös nousemisessa ja ruokailussa. Hoitajalla tulee olla herkkyyttä kannustaa ja tukea potilasta, mutta kuitenkin niin, että potilas saa kokemuksen omasta pärjäämisestään, eikä passivoidu liiallisesta auttamisesta. Potilasta tulee motivoida ja kannustaa ottamaan vastuuta elämästään, jotta toipuminen alkaisi. Potilasta kohtaan ei tule kuitenkaan olla liian vaativa, sillä se voi vahvistaa potilaan masentunutta mielialaa ja hän saattaa kokea, ettei pysty täyttämään hoitajan vaatimuksia. Hoitajan tulee pystyä pitämään omat henkilökohtaiset tunteet

erillään masentuneen potilaan tilanteesta, eikä hän saa tehdä potilaan puolesta asioita, sillä se ei edistä masennuksesta toipumisessa. Hoitajalla tulee olla rohkeutta kuulla vaikeat asiat ja selkeyttää ne potilaalle. Masentuneen potilaan hoitotyönsisältöä on myös vuorokausirytmien palauttaminen normaaliksi. Erilaiset toiminnalliset-, liikunta- ja rentoutus ryhmät ovat osa hoidon sisältöä sairaalassa ollessa. Omahoitaja voi yhdessä potilaan kanssa suunnitella viikko-ohjelman, mikä kannustaa ja järjestää potilaan arkea. (Kuhanen ym. 2013: 210–211.)

Omahoitajuudessa painottuu toivon ylläpitäminen ja sen herättäminen, mikä mahdollistaa masentuneelle kriisin kohtaamisen ja selviytymiskeinojen havaitsemisen. Toivon on todettu kasvattavan masentuneen itsesääätelyä, selviytymisen ja pystyvyyden tunnetta sekä aktiivista omistautumista elämänsä tavoitteisiin. Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteesta on tärkeää luoda turvallinen, luottamuksellinen ja tasa-arvoinen. Omahoitajalla tulee olla kyky kuunnella potilasta ja innostaa häntä kertomaan tunteistaan, tarpeistaan ja toiveistaan. Masentuneen potilaan hoidossa on tärkeää myös, että masentunut tunnistaa omat kielteiset ajatukset, jotka ovat yleensä vääristyneitä. Potilaan itsensä ymmärtämisen lisääntyminen antaa hänelle itselleen toivoa ja uskoa parempaan tulevaisuuteen sekä uusiin mahdollisuuksiin. Itsensä ymmärtäminen kasvattaa myös itsetuntoa, lisää voimaantumista ja vapauttaa syyllisyyden tunteesta. (Kuhanen ym. 2013: 211–2012.)

Vakavan masennuksen hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti ja tavoitteena on masennuksesta toipuminen, eikä ainoastaan masennuksen lievittyminen (Lönnqvist 2010). Masentuneen potilaan hoidossa korostuu hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen yhteistyösuhte (Kuhanen ym. 2013: 210). Vakavassa masennuksessa hyvä hoito edellyttää hyvää hoitosuhdetta, oireenmukaista lääkitystä ja akuuteimman vaiheen jälkeen sosiaalista tukea, sekä useimmiten myös psykoterapiaa. Psykoterapiasta on koettu olevan hyötyä sopeutumisessa, silloin jos vakavan masennuksen syytekijät eivät ole psykologisia. (Lönnqvist 2010.) Keskeisenä hoitomuotona pidetään kuitenkin lääkehoitoa, kun kyseessä on vakava masennustila. Lääkehoidon tärkeys korostuu mitä vaikeammasta ja pitkään kestäneestä masennustilasta on kyse. Vaikean ja keskivaikean masennustilan, sekä kroonisen masennustilan lääkehoidon vaikuttavuudesta on vahvaa tieteellistä näyttöä. Mikäli yksi masennuslääke ei sovi tai tehoa vaikean masennustilan hoitoon, kokeillaan yleensä toista lääkettä. (Isometsä & Leinonen 2017.) Aivojen sähköhoitoa käytetään, kun kyseessä on vaikea masennus ja lääkkeitä ei ole ollut vastetta tai jos potilaalla on psykoottisia oireita tai itsemurha-ajatuksia (mieli.fi).

4 Sähköhoito

ECT eli aivojen sähköhoito on tehokas ja turvallinen hoitomuoto, jota käytetään yleisimmin vaikean masennuksen hoitoon eli vakavaan masennukseen. Sähköhoidon on todettu olevan paras ja nopein hoitomuoto vaikeaan masennukseen. Sähköhoitoa voidaan käyttää myös muiden psykiatristen häiriöiden hoitoon. Sähköhoito toteutetaan yleisanestesiassa, jolloin aivojen lävitse kulkee pieni määrä sähkövirtaa. Sähkövirta aiheuttaa potilaalle yleistyneen kouristus kohtauksen, joka vaikuttaa potilaan koko aivoihin, huomioiden myös aivojen alueet, jotka säätelevät mielialaa, unta ja ruokahalua. (Kellner 2023.)

4.1 Sähköhoidon historia

Aivojen sähköhoito keksittiin vuonna 1938 ja sen käyttö aloitettiin Suomessa vuonna 1941 (Järventausta 2014). 1938 vuodesta lähtien sähköhoitoa on käytetty monien mielialahäiriöiden hoitoon sekä Parkinsonin taudin oireiden vähentämiseen. Masennuslääkkeet otettiin käyttöön vuonna 1950, johon asti sähköhoito oli yleinen hoitomuoto. 1960–1990 vuoden alkuun saakka sähköhoitoa käytettiin harvemmin, sillä masennusta hoidettiin lääkkeillä, kunnes muutaman vuoden kuluttua sähköhoito otettiin tiiviimmin käyttöön lääkehoidon huolestuttavien sivuvaikutusten, tehon ja turvallisuuden vuoksi. (Susan & Irvin 1997.)

Aivojen sähköhoito on ollut käytössä yli 70 vuotta ja se on todettu olevan yksi tehokkaimmista masennuksen hoidoista. Aivojen sähköhoitoon voi liittyä joillakin pelottavia ja kielteisiä mielikuvia, joiden takana usein voivat olla erilaiset kirjat ja elokuvat, joissa aivojen sähköhoitoa on usein kuvattu raakalaismaiseksi hoitokeinoksi, jonka tarkoituksena on ollut rangaistus. (Sadeniemi ym. 2022: 217.) Aikaisemmin kouristus aiheutettiin kemiallisesti, jonka jälkeen vuonna 1938 kemialliset aineet korvattiin sähköllä. Aluksi hoitoa kutsuttiin sähkösokkihoidoksi. Sähköhoitoon liitettiin nopeasti mukaan lihasrelaksantin anto hoidon ajaksi. (Partonen & Raaska & Kampman & Lönnqvist 2023.) Aiemmin sähköhoitoa annettiin ilman anestesiaa. Nykyään toimenpide tehdään potilaan kanssa yhteistyössä anestesiassa. (Järventausta 2014.)

4.2 Sähköhoidon tehokkuus

Sähköhoidon paremman vasteen ennustajina pidetään korkeaa ikää, psykoottisia oireita ja lyhyempiä sairausjaksojen kestoja. Todennäköisesti myös masennuksesta kärsivän masennus oireet ja suurempi masennusoireiden vakavuus lähtötilanteessa voivat liittyä parempaan vasteeseen sähköhoidossa. (Kellner & Obbels & Sienaert 2020.)

Sähköhoitoa annetaan 2–3 kertaa viikossa ja vakavan masennustilan hoidossa hoitokertoja tarvitaan yleensä 6–12 kertaa (Partonen ym. 2023). Jo ensimmäisen hoitokerran jälkeen potilas voi havaita selkeitä muutoksia voinnissaan, sillä sähköhoito tehoaa nopeammin kuin lääkehoito (Sadeniemi ym. 2022). Osa potilaista kuitenkin alkavaa tuntoa olonsa jonkin verran paremmaksi 2–4 hoitokerran jälkeen, mutta monet kuitenkin saavat täyden hyödyn vasta myöhemmin (Kellner 2023). Yli 70 % masentuneista, jotka ovat kokeilleet sähköhoitoa ovat saavuttaneet positiivisia tuloksia sähköhoidosta (Susan & Irvin 1997).

Masennustila voi kuitenkin uusiutua nopeasti sähköhoidon lopettamisen jälkeen, sillä useat sähköhoitoa saaneet potilaat ovat lääkeresistenssejä ja sähköhoito yleensä lopetetaan juuri silloin, kun se on alkanut tehot. Oireiden uusiutumisia voidaan vähentää sähköhoidon jatkamisena harvempana, kuten esimerkiksi yksi hoitokerta viikossa joidenkin viikkojen ajan jatkohoitona. Tämän jälkeen sähköhoitoa voidaan jatkaa puolenvuoden ajan potilaan kliinisen tilan mukaan. Toimiva tapa voi myös olla sähköhoitosarjan lopettaminen asteittain useamman viikon aikana, depressiolääkityksen aloittaminen sähköhoidon lopettamisvaiheessa ja sen tehostaminen Litiumilla sen jälkeen. Joillekin potilaille sähköhoitoa voidaan jatkaa ylläpitohoitona puolenvuoden jälkeenkin, jos potilaan oireet uusiutuvat pian sähköhoidon päätyttyä, oireet uusiutuvat lääkehoidosta huolimatta, lääkehoito ei sovi jatkohoidoksi tai jos potilaalla on ollut aikaisemmin parempi vaste sähköhoidolle kuin lääkehoidolle. (Partonen ym. 2023.)

4.3 Sähköhoidon käyttö- ja vasta-aiheet

Sähköhoidolla voidaan helpottaa monien mielenterveyden häiriöiden oireita, mutta pääosin sitä kuitenkin käytetään vaikean masennustilan hoidossa, jos lääkehoidosta ei ole ollut riittävästi apua (Keski-Suomen hyvinvointialue 2023). Sähköhoitoa voidaan

pitää ensisijaisena hoitona kiireellisesti sairaille potilaille, joiden tilanne vaatii nopeaa vastetta mukaan lukien ne, jotka ovat erittäin itsetuhoisia, psykoottisia tai fyysisesti heikentyneet masennuksen vuoksi. (Kellner & Obbels & Sienaert 2020.)

Ensisijaisesti sähköhoitoa tulee miettiä, kun nopea hoitovaste on välttämätöntä potilaan hoitamiseksi. Sähköhoitoa voidaan miettiä myös, jos muut hoitokeinot todennäköisemmin aiheuttavat enemmän haittavaikutuksia kuin sähköhoito tai jos hoitovaste on ollut parempi sähköhoidolle kuin muille hoitokeinoille. Sähköhoitoa mietitään myös, jos vaste muulle hoidolle ei ole riittävän hyvä ja jos potilas ei siedä muun hoidon aiheuttamia haittavaikutuksia tai potilaan vointi heikkenee huonoksi, jonka vuoksi nopea hoitovaste on tarpeen. (Partonen ym. 2023.)

Sähköhoitoa käytetään hoitokeinona sulkuutilassa, jossa potilaan normaalit reaktiot ulkopuolisiin ärsykkeisiin ovat poikkeavamman vähäiset tai ne puuttuvat. Potilaan tahdonalaiset liikkeet voivat myös olla vähäiset tai puutteelliset. Sähköhoito on hoitokeinona tehokkain, jos kyseessä on masennustilan hoito, mihin liittyy somaattinen oireyhtymä, vakavia pakonomaisia itsemurha-ajatuksia tai psykoottista oirehdintaa. (Partonen ym. 2023.)

Sähköhoito on todettu tehokkaaksi myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa. Sähköhoitoa voidaan myös käyttää manisen vaiheen hoitoon ja joissain tapauksissa skitsofrenian hoitoon. Sähköhoitoa voidaan antaa raskaana oleville, vanhuksille sekä somaattisesti huonovointisille potilaille yllä mainituilla perusteilla. (Partonen ym. 2023.)

Sähköhoidon vasta-aiheita ovat sydäninfarkti, kohonnut kallonsisäinen paine tai tuore alle 3 kuukautta vanha aivotapahtuma, kuten aivoverenvuoto tai aivohalvaus. Raskautta ei pidetä ehdottomana vasta-aiheena. Sähköhoitoa voidaan antaa turvallisesti myös vanhuksille. Potilaan tietoinen kieltäytyminen sähköhoidosta on myös vasta-aihe, ellei kyseessä ole psykoottinen potilas. (Leppämäki 2020; Sadeniemi ym. 2022: 217.) Sähköhoito annetaan yleisanestesiassa, joten anestesian vasta-aiheet, kuten akuutti infektio on myös sähköhoidon antamiselle vasta-aihe (Leppämäki 2020).

4.4 Sähköhoidon haitat

Sähköhoitoa pidetään osittain kyseenalaisena hoitomuotona ensisijaisesti sen haittavaikutuksien vuoksi (Susan & Irvin 1997). Sähköhoidon haittavaikutukset ovat yleensä ohimeneviä ja lieviä sekä liittyvät osin myös anestesia-aineisiin. Yleisiä haittoja ovat päänsärky ja lihaskivut, joita voidaan hoitaa särkylääkkeillä. Lihaskivut tuntuvat urheilusuorituksen jälkeisiltä lihaskivuilta ja niitä esiintyy useimmilla potilailla vain ensimmäisen hoidon jälkeen. (Leppämäki 2020.)

Ohimenevä muistinmenetys on myös yleinen haittavaikutus, jota pidetään pelätyimpänä haittavaikutuksena. Muistinmenetys on lyhytaikaista ja korjaantuu hoitojakson jälkeen. (Leppämäki 2020.) Ohimenevää muistinmenetystä ilmenee noin 75 % potilaista. Muistinmenetys ilmenee niin, että potilaan on vaikea säilöä muistiin uutta tietoa. Muistinmenetykset ovat lieviä tai kohtalaisia ja liittyvät yleensä oman elämänhistoriaan sekä verbaaliseen muistiin. (Partonen ym. 2023.) Joillakin potilailla saattaa tapahtumat hävitä muistista, jotka ovat tapahtuneen juuri ennen hoitoa tai sen jälkeen. Bitemporaaliseen antotapaan liittyy enemmän muistiongelmia, jonka vuoksi unilateraalinen antotapa on yleensä ensisijainen. On tärkeää huomioida, että vaikeaan masennukseen liittyy muistiongelmia. Mikäli sähköhoito tehoaa, muistiongelmät korjaantuvat. Useat potilaat ovat kokeneet muistinsa paremmaksi sähköhoidon jälkeen. (Leppämäki 2020.)

Sähköärsykkeen anto ja nukutus aiheuttavat sydämen sykkeen vaihtelua, verenpaineen nousua, tiheä- ja harvallyöntisyyttä hoidon aikana. Muita haittavaikutuksia nukutuksesta heräämisen jälkeen on sekavuus, jota saattaa ilmetä 5–10 % potilaista ja myöhemmin ilmeneviä kouristuksia saattaa esiintyä 0,1–0,5 % potilaista. (Partonen ym. 2023.)

4.5 Sähköhoidon vaikutusmekanismi

Jo vuosikymmenien ajan sähköhoidon vaikutusmekanismin selvittäminen on kiehtonut tutkijoita. Yksiselitteistä mekanismia ei ole pystytty osoittamaan, sillä sähköhoidon tekniikat ovat olleet erilaisia. (Heikman 2004.) Sähköhoidosta tehdään edelleen jatkuvasti tutkimuksia sähköhoidon vaikutusmekanismin tutkimiseksi (Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2023).

Sähköhoidon mekanismeista tiedetään kuitenkin, että sähköhoito aiheuttaa aivoissa kemiallisia muutoksia sekä solumuutoksia, joiden on todettu lievittävä vakavaa masennusta. Sähköhoidon on todettu toimivan erittäin hyvin yli 70 % potilailla, joilla on ollut masennusta, mikä tekee sähköhoidosta tehokkaimman hoidon vaikeaan masennukseen. (Kellner 2023.) Sähköhoidon neurobiologisia vaikutuksia tutkivista tutkimuksissa todettiin, että sähköhoito vaikuttaa erityisesti juuri välittäjäainejärjestelmään (Baghai & Möller 2008: 106).

4.6 Sähköhoitoon valmistautuminen

Ennen sähköhoitoon pääsyä potilaasta laaditaan ensiksi lähete. Läheteessä mainitaan syy sähköhoidon aloittamiselle, potilaan somaattiset sairaudet ja niiden nykytila, käytössä oleva lääkitys, tieto siitä onko potilas saanut aikaisemmin sähköhoitoa ja millainen vaste hoidosta on saatu, tieto onko potilaan kanssa puhuttu hoidosta ja onko siihen suostuvainen, laboratorio- ja muiden tutkimuksien tulokset, mikäli tarpeen sekä tieto onko potilasta aikaisemmin nukutettu. (Leppämäki 2020.)

Taulukko 3. Tarvittavia laboratorio- ja muita tutkimuksia (Leppämäki 2020).

Tarvittavia laboratorio- ja muita tutkimuksia
<p>Alle 65-vuotiaat perusterveet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perusverenkuva (PVK+T), Kalium (K), Natrium (Na) • EKG (Sydänfilmi) <p>Yli 65-vuotiaat:</p> <p>Jos potilaalla astma, korkea verenpaine tai jokin muu hyvässä hoitotasapainossa oleva lievä perussairaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perusverenkuva (PVK+T), Kalium (K), Natrium (Na), Kreatiini (Krea) <p>Potilaalla sepelvaltimotauti:</p>

- Jos hoitotasapainossa, yllämainitut kokeet riittävät. Mikäli potilaalla lievä sydämenvajaatoiminta otetaan lisäksi thorax-röntgen
- Jos hoitoepätasapainossa tai vaikea vajaatoiminta tarvitaan sisätautilääkärin konsultaatio ennen ensimmäistä hoitokertaa.

Potilaalla vaikea astma tai COPD:

- Yllämainitut kokeet, lisäksi spirometria ja thorax-röntgen
- Keuhkolääkärin konsultaatio tarvittaessa

Potilaalla maksasairaus:

- Perusverenkuva (PVK+T), kalium (K), natrium (Na), kreatiini (Krea), INR, bilirubiini (Bil)
- EKG

Potilaalla Marevan-hoito:

- Perusverenkuva (PVK+T), kalium (K), natrium (Na), kreatiini (Krea), INR
- EKG
- Sisätautilääkärin konsultaatio tarvittaessa

Potilaalla on munuaissairaus:

- Perusverenkuva (PVK+T), Kalium (K), natrium (Na), kreatiini (Krea)

Potilaalla Litiumhoito:

- Perusverenkuva (PVK+T), kalium (K), natrium (Na), kreatiini (Krea), S-Li
- EKG

- Anestesia­lääkärin konsultointi tarvittaessa

Potilaalla on diabetes:

- Perusverenkuva (PVK+T), kalium (K), Natrium (Na), kreatiini (Krea), verensokerin mitta­us ennen sähköhoitoa.

Sähköhoitoa voidaan antaa polikliinisesti, mutta yleensä sitä annetaan psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä. Ennen sähköhoidon aloittamista on potilaalle annettava tietoa hoidettavasta häiriöstä, hoidon eduista, hoidon tarkoituksesta, mahdollisista haittavaikutuksista sekä vaihtoehtoista ja hoidosta kieltäytymisen seuraamuksista. Sähköhoidon antamiseen tarvitaan aina potilaan tietoon perustuva suostumus. (Partonen ym. 2023.)

Potilaalla käytössä olevat lääkkeet arvioidaan mahdollisten yhteisvaikutusten vuoksi (Partonen ym. 2023). Esimerkiksi ennen sähköhoitoa tulee lopettaa Bentsodiatsepiini­lääkitys, sillä nämä lääkkeet voivat estää hoidon onnistumisen. Mielialaa tasaavien lääkkeiden sekä masennuslääkkeiden annoksia saatetaan laskea hoidon ajaksi. Epilepsialääkeryhmän lääkkeet laitetaan joko kokonaan tauolle tai niiden annoksia pienennetään sähköhoidon ajaksi. (Sadeniemi ym. 2022.) Potilas voi ottaa hänelle ohjeistetut lääkkeet 2 tuntia ennen sähköhoidon antamista pienen vesimäärän kanssa (Etelä-karjalan hyvinvointialue 2023).

Ennen sähköhoidon antamista on tärkeää, että potilas noudattaa paasto-ohjeita. Potilaan tulee olla syömättä ja juomatta 10 tunnin ajan ennen sähköhoidon antamista. Potilaan tulee pestä hiukset hoitoa edeltävänä iltana. (Eteläkarjalan hyvinvointialue 2023.) Mikäli potilas tupakoi, tulee potilaan olla tupakoimatta hoitoa edeltävän yön ja hoito aamun ajan (Keski Suomen hyvinvointialue 2023). Korut, kellot, silmälasit, piilolinssit ja kuulolaitteet tulisi ottaa pois ja vaatteiden tulisi olla riittävän löysät (Etelä Karjalan-hyvinvointialue 2023; Fitzsimons 1995). Ennen toimenpidettä myös kynsilakka tulisi poistaa ja potilaan tulisi käydä vessassa. Hoitajan tulee mitata ennen sähköhoitoa verenpaine, lämpö ja jos potilaalla on diabetes, niin myös verensokeri. (Eteläkarjalan hyvinvointialue 2023.) Hoitajan tulee myös varmistaa, onko potilaalla hammasproteesit, jotka tulee sähköhoidon ajaksi poistaa (Fitzsimons 1995).

4.7 Sähköhoidon toteutus

Sähköhoito toteutetaan lyhytkestoisessa nukutuksessa. Ennen toimenpidettä potilaalle avataan suoniyhteys anestesiaa varten. Potilas saa happea toimenpiteen aikana maskiventilaatiolla. Sähköhoito toimenpiteenä on lyhyt ja nopea sekä kestää kokonaisuudessaan yhden minuutin. Anestesiologian erikoislääkäri tai alalle erikoistuva lääkäri vastaa potilaan nukutuksesta. Potilaan nukkuessa hänelle annetaan lihasrelaksanttia, jolloin kouristus jää yleensä vähäisemmäksi, eikä potilas vahingoita itseään. (Leppämäki 2020; Sadeniemi ym. 2022: 218.)

Toimenpiteen aikana potilaan sydämen ja aivojen sähköistä toimintaa seurataan sekä myös potilaan verenpainetta ja hengitystä (Keski -Suomen hyvinvointialue 2023). Potilas ei tunne hoidon aikana kipua tai sähköhoidon virtaa tai sen tuottamaa kouristuskohtausta (Fitzsimons 1995). Potilaan herääminen nukutuksesta tapahtuu muutaman minuutin kuluttua toimenpiteestä (Sadeniemi ym. 2022: 218.) Mikäli potilaan kouristukset jatkuvat yli kaksi minuuttia sähköhoidon antamisen jälkeen, voidaan potilaalle antaa tarvittaessa rauhoittavaa lääkettä suonensisäisesti (Leppämäki 2020).

Sähköhoidon antamisesta vastaa psykiatrian erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri (Sadeniemi ym. 2022: 218). Sähköhoidosta vastaava lääkäri määrittää sähkövirran voimakkuuden. Mitä korkeampi ärsykkeen voimakkuus on, sitä pidempi kouristuskohtaus on. (Susan & Irvin 1997.)

Sähköärsykkeen suuruus on aina yksilöllinen ja se riippuu potilaan kouristuskynnystä. Ennen varsinaisen hoitosarjan aloittamista tulee kouristuskynnys määrittää antamalla asteittaisesti kasvavilla annoksilla ärsykeitä, kunnes yleistynyt kouristuskohtaus saadaan. (Sadeniemi ym. 2022.) Kouristuksen kestoa pystytään arvioimaan tarkkailemalla potilaan lihasten ja liikkeiden supistuksia sekä hoidon aikana rekisteröitävää aivosähkökäyrää (EGG) ja lihassähkökäyrä (EMG).

Yleistyneen kouristuksen aiheuttamaa vastetta voidaan arvioida tarkkailemalla aivosähkökäyrää kouristuksen jälkeen, sydämen tiheälyöntisyyden kestosta kouristuksen jälkeen tai aivosähkökäyrän hidastumisesta hoitokertojen välillä. Elektrodiin ja ihon välinen kosketus tulee tarkastuttaa, jos sähköärsyke ei aiheuta 40

sekunnin kuluessa kouristusta. Uuden sähköärsyksen antamista varten tulee energian määrä nostaa 25–100 prosentilla. Sähköärsyksen antoa voi antaa saman hoitokerran aikana enintään 3 kertaa. (Partonen ym. 2023.) Sähköpurkauksen kestoksi tavoitellaan keskiaivoissa 15–45 sekuntia, jota pystytään rekisteröidä aivosähkökäyrällä hoidon aikana (Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2023).

Sähköinen ärsyke annetaan sähköhoitolaitteella, joka tuottaa kapeapulssisähköä (Sadeniemi ym. 2022: 218). Sähköhoitoa voidaan antaa kahdella eri tavalla bitemporaalisesti (BT) eli molemminpuolisesti tai unilateraalisesti (RUL) eli toispuoleisesti. Sähköhoitoa annettaessa bitemporaalisesti elektrodit asetetaan molemmille ohimoille, kun taas sähköhoitoa annettaessa unilateraalisesti elektrodi asennetaan oikealle ohimolle ja toinen kalotin keskipisteestä oikealle puolelle. Ensisijaisena antotapana pidetään yleensä unilateraalista sen vähäisempien kognitiivisten haittojen vuoksi. Bitemporaalista hoitoa käytetään ensimmäisenä, jos sille löytyy hyvät perusteet kuten esimerkiksi psykoottinen tai itsetuhoinen potilas, jolloin tarvitaan nopea vaste. (Leppämäki 2020.)

4.8 Sähköhoidon jälkeen

Potilaalle annetaan happea maskiventilaatiolla siihen saakka, kunnes hänellä on riittävä spontaani hengitys. Sähköhoidon jälkeen potilaan elintoimintoja seurataan (hengitys, verenkierto) kunnes potilaan tila on palautunut, vakaa ja potilas pystyy kävelemään avustuksella tai ilman. (Fitzsimons 1995.) Potilaan herättyä toimenpiteen jälkeen saattaa hän kokea olonsa hämmentyneeksi, joka johtuu osittain hoidosta ja anestesiasta (Kellner 2023).

Sähköhoidon jälkeen potilas palaa hoitajan saattamana osastolle tai jos potilas on tullut polikliinisesti eli kotoa käsin sähköhoitoon, tulee potilaan jäädä 2 tunnin ajaksi seurantaan, jonka jälkeen potilas voi poistua täysi-ikäisen saattajan kanssa. Myös seuraavana yönä hoidosta potilaan kotona tulisi olla täysi-ikäinen seurana annetun nukutuksen takia. Alkoholin käyttö ja moottoriajoneuvolla ajaminen kiellettyä 24 tuntia hoidon jälkeen. (Etelä-Karjalan hyvinvointialue 2023.)

Hoitopäivänä potilaalla voi esiintyä päänsärkyä, johon voi tarvittaessa ottaa kipulääkettä. Potilaalle voi myös ilmaantua muita sivuvaikutuksia muun muassa pahoinvointia, mikä

kestää tyypillisesti muutaman tunnin ajan. Potilaalla saattaa myös esiintyä muistinmenetystä hoidon päätyttyä, mikä palautuu asteittain takaisin. (Kellner 2023.)

Sähköhoidon jälkeen masennuslääkehoitoa on aiheellista jatkaa normaaliin tapaan masennustilan jatkohoitovaiheen hoidossa ja ylläpitohoitona tarvittaessa. Sähköhoito lievittää tehokkaasti vakavaa masennustilaa, mutta oireet voivat silti uusiutua suurella osalla potilaista 2–4 kuukauden kuluessa sähköhoidosta. Sähköhoitoa voidaan harkita jatkettavan säännöllisesti 1–4 viikon välein. Aiheita jatkettulle sähköhoidolle ovat aiemmin parempi vaste sähköhoidolle kuin lääkehoidolle, jatkohoidoksi ei sovi lääkehoito, lääkehoidosta huolimatta oireet uusiutuvat tai oireet uusiutuvat nopeasti sähköhoidon jälkeen. (Partonen ym. 2023.)

5 Potilasohjaus sähköhoidosta

Ohjauksikäsitettä voidaan tarkentaa sisältämään hoitajan toiminnan tiedon, opetuksen ja neuvonnan osa-alueet. Tiedon jakamisessa korostuu ohjattavan asian sisältö, jossa vuorovaikutteinen vaihe jää vähäisemmälle. Hoitajan oppimiskokemuksien perusteella voi hoitaja tarjota potilaalle ohjausta, opetusta tai perehdytystä. Yhteistyösuhteessa ohjaus on tavoitteellinen toimintatapa, jota pystytään luoda vuorovaikutuksen avulla. Potilaan ohjaaminen lähtee potilaan omista tarpeista ja tavoitteista. Hoitajan tehtävänä on kannustaa ja rohkaista potilasta olemaan vastuussa omasta hoidosta ja kuntoutumisesta. (Kuhanen ym. 2013: 164.)

Potilasohjaus on aktiivista, tavoitteellista ja dynaamista. Hoitotapahtuma on jatkuva prosessi, joka vaatii tietoa ja taitoa ohjaajalta. Potilasohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaus suhteessa, mihin vaikuttavat ohjattavan kuin ohjaajan konteksti, ohjaajan ihmiskäsitys ja ohjaajan sisäistämä ajattelutapa opetuksesta, muutoksesta ja oppimisesta. Potilasohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jossa vuorovaikutuksen avulla hoitaja tukee potilaan itsenäisyyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta. Potilasohjaus on sidottuna aikaan sekä paikkaan ja se vaatii verkostoitumista ja moniammatillista yhteistyötä. Potilasohjaus tapahtuu yhdessä ohjattavan kanssa yhteistyössä ongelmien ratkaisemiseksi ja siinä harjoitellaan käytännön taitoja niin, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ottaessa vastuuta omasta hoidostaan. (Jaakonsaari 2009: 8–9.)

Tavoitteena potilasohjauksessa on auttaa potilaan terveyttä ja toimintakykyä sekä parantaa potilaan elämänlaatua, joka edistää hoitoon motivoitumista ja sitoutumista sekä itsehoitoa ja päätöksentekokykyä. Tavoitteena on myös tukea potilasta selviytymään elämässä eteenpäin. Ohjauksen aikana potilas ja hoitaja yhdessä arvioivat potilaan tilannetta. Hoitajan ei tulisi tarjota valmiita vastauksia eikä tehdä päätöksiä potilaan puolesta, sillä potilaan odotetaan olevan aktiivinen toimija omassa elämäntilanteessaan. Potilas kantaa vastuun omasta oppimisestaan ja omista tekemistään valinnoista. Hoitaja voi tukea potilasta päätöksenteossa korostaen yhteistä asiantuntemusta. (Kuhanen ym. 2013:164.)

Laadukas potilasohjaus vaatii hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta kehittää ja ylläpitää ohjausvalmiuksia, sekä edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti potilaalle. Laadukas potilasohjaus lähtee potilaan tarpeista ja on sidoksissa hoitohenkilöstön ja potilaan taustatekijöihin kuten ikään, motivaatioon sekä arvoihin. Taustatekijöitä voidaan jakaa psyykkisiin ja fyysisiin ominaisuuksiin, sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin, jotka luovat perustan vaikuttavan potilasohjauksen onnistumiselle. Potilaan ja hoitohenkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa on keskeisenä tukea potilasta aktiivisuuteen sekä tavoitteellisuuteen, jotta potilas ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. (Kääriäinen 2007: 122.)

Potilasohjausta koskeva lainsäädäntö velvoittaa ja oikeuttaa terveydenhoitohenkilöstöä Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992). Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, eri vaihtoehtoista, hoidon merkityksestä ja näiden vaikutuksista sekä muista potilaan hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on selkeää, että selvityksen antamisesta aiheutuisi potilaalle vakavaa vaaraa hänen hengellensä tai terveydelle. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava potilaalle selvitys siten, että potilas ymmärtää tämän sisällön. Jos potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi tule ymmärretyksi tai jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tulee huolehtia tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 § 5.)

Potilaalta tulee saada tietoinen suostumus sähköhoidon aloittamisesta, jonka vuoksi potilaalle tulee kertoa perusteellisesti oleelliset tiedot sähköhoidosta (Susan & Irvin 1997). Sähköhoitoa miettiessä hoitomuotona, on potilaalla oikeus tietää, miksi hoitomuoto on hänelle aiheellinen. Potilaalle tulee kertoa toimenpiteen kulusta, hoidon

odotetusta tuloksesta sekä hoitoon liittyvistä riskeistä ja sivuvaikutuksista. (Fitzsimons 1995.)

Potilaalle tulee antaa suullinen ja kirjallinen ohjeistus, miten valmistautua ennen sähköhoitoa, jossa potilaalle kerrotaan miten toimia ennen toimenpidettä ja toimenpiteen jälkeen. Potilaalle tulee ohjeistaa myös toimenpiteen jälkeisestä hoidosta. Potilasta tulee ohjata hoitoyksikössä vielä edellisten ohjeiden mukaan. (Susan & Irvin 1997.) Lopuksi tulee myös varmistua, siitä että potilas on saanut tarpeellisen ohjauksen ennen sähköhoidon antamista ja, että mahdolliset heränneet kysymykset hoidosta on käyty potilaan kanssa läpi. (Fitzsimons 1995.)

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jossa kirjallisuuskatsaukseen pohjautuu opas. Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi tutkimuksellinen kehittämisen tapa ja opinnäytetyötyyppi ammattikorkeakouluissa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä osoitetaan ammatillista osaamista kehittävällä, tutkimuksellisella raportilla ja tuotoksella, missä kuvataan perustellusti valintoja ja ratkaisuja, jotka liittyvät tuotoksen lähtökohtiin. (Kostamo & Airaksinen & Vilkkä 2022.) Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotoksen lisäksi myös kirjallinen osio, jossa ilmenee opinnäytetyön prosessin eri vaiheet ja työskentelymenetelmät. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena voi syntyä esimerkiksi video, tapahtuma, opas, kirja tai ohje. Tuotoksen tavoitteen on suunnitella ja kehittää käytännön toimintaa. (Vilkkä & Airaksinen 2003: 51–52.) Toiminnallisen opinnäytetyön kehittämisprosessi koostuu useasta eri vaiheesta, joihin kuuluu suunnitteluvaihe, tutkiva ja kehittävä toiminta, vertaisarviointi ja ulkoinen arviointi, reflektointi, viimeistely ja tuloksista tiedottaminen. (Kostamo Airaksinen, Vilkkä 2022.)

6.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tämän opinnäytetyön teoreettinen osuus noudattelee pääosin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kolmesta katsaustyyppistä ja se on laaja-alaisin ja menetelmiltään väljin. Kirjoittaja kerää erilaisia tutkimuksia,

artikkeleita ja muita lähteitä, jotka liittyvät hänen aiheeseensa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa monipuolisen tarkastelun ja laajan aineiston käytön sillä kirjallisuuden valinnassa ei ole käytössä tiukkoja rajoituksia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi sisältää myös kriittistä arviointia kirjallisuuden suhteen, jolloin se lähenee systemaattisen katsauksen tyyppiä. (Helsingin yliopisto.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkastaminen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymys on yleensä kysymyksen muodossa ja sitä voidaan tarkastella useammasta tai yhdestä näkökulmasta. Onnistunut tutkimuskysymys on riittävän täsmällinen ja rajattu. Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valinnassa ja sen tarkoituksena on löytää mahdollisimman olennainen aineisto tutkimuskysymykseen vastaamiseksi. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu aiemmin julkaistuista tutkimustiedoista, joka on tutkimusaiheen osalta merkityksellistä. Aineiston valinta tehdään yleensä elektronisista tieteellisistä tietokannoista tai manuaali hauilla tieteellisistä julkaisuista, jotka ovat usein uusimpia tutkimuksia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkija tarkastelee valitsemaansa aineistoa ja sen sopivuutta tutkimuskysymykseen jatkuvasti ja vuorovaikutteisesti, jolloin tutkimuskysymys sekä valittu aineisto tarkentuu koko prosessin ajan. (Kangasniemi & Utriainen & Ahonen & Pietilä & Jääskeläinen 2013.)

Käsittelyosan rakentaminen on keskeinen vaihe kuvailevan kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa, jonka tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen keräämällä ja analysoimalla harkittua aineistoa, minkä avulla voidaan tuottaa laadullinen kuvaus tutkimusaiheesta ja uusien johtopäätösten tekemisestä. Kuvailussa yhdistellään ja analysoidaan sisältöä kritisoivasti sekä yhdistetään tietoa eri tutkimuksista, jolloin valitusta aineistosta pyritään luomaan yhdistetty kokonaisuus. (Kangasniemi ym. 2013.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten tarkastelu, joka sisältää menetelmällisen, että sisällöllisen pohdinnan sekä tutkimuksen luotettavuuden ja etiikan arvioinnin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kaiken kaikkiaan kirjallisuusperusteinen mutta on olennaista, että se pitää sisällään pohdinnan tuotetusta tuloksesta. Tulosten tarkastelu vaiheessa kootaan ja tiivistetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen hankitut keskeiset tulokset ja niitä tarkastellaan suhteessa teoreettiseen, laajempaan käsitteelliseen tai yhteiskuntanalliseen asiayhteyteen. Tulosten tarkastelussa voi esimerkiksi kritisoida tutkimuskysymystä, esittää jatkotutkimushaasteita ja johtopäätöksiä. (Kangasniemi ym. 2013.)

6.2 Toimintaympäristö, kohderyhmä ja hyödynsaajat

Opas julkaistaan Theseuksessa kirjallisen työn kanssa. Theseus on Ammattikorkeakoulujen palvelu, jonka tarjoaa rehtorineuvosto Arene ry. Theseus mahdollistaa käyttöön koko Suomen ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä. (Theseus.fi).

Tuotoksen kohderyhmänä ovat terveydenhuollon ammattilaiset, jotka voivat työssään hyödyntää opasta potilaiden ohjaamisessa. Lisäksi alan opiskelijat ovat myös kohderyhmää. Opinnäytetyö on julkisesti Theseuksessa kaikkien saatavilla, niin muutkin aiheesta kiinnostuneet voivat hyödyntää opasta.

Opinnäytetyön tekijät ovat osa niitä, jotka hyötyvät työn kehittämisestä kehittäessään omaa tietoperustaa ja omaa ammatillista osaamistaan. Opinnäytetyön tekijät hyötyvät tiedonhaussa kehittämisessä, tieteellisen tekstin kirjoittamisessa ja tieteellisen tekstin lukemisessa.

6.3 Tiedonhaku

Opinnäytetyön teoriatietoa etsittiin luotettavista hoito- ja lääketieteellisistä tietokannoista. Käytimme Cinahl ja ProQuest tietokantoja. Mietimme sopivia hakusanoja ja hakulausekkeita ennen tiedonhakua. Käytimme myös muita erilaisia luotettavia sivustoja kuten esimerkiksi Mielenterveystaloa, Duodecimia, kirjallisuutta ja e-kirjoja.

Alkuun aineiston haussa tuotti ongelmia rajattu vuosiluku. Rajasimme alkuun vuosiluvun 10-vuoteen, kunnes tulimme tulokseen, että voimme ottaa vuosiluku rajauksen pois, sillä emme löytäneet hakutuloksia 10-vuoden sisältä. Valitsimme kuitenkin mahdollisimman uusia ajan tasalla olevia artikkeleita. Käytimme Cinahl ja ProQuest tietokantojen tiedonhauissa tarkennettua hakua, jonka avulla pystyimme rajaamaan hakutuloksia, jotka liittyivät opinnäytetyö aiheeseemme. Olemme etsineet myös teoriatietoa manuaalisesti. Tiedonhaun perusteella löydettyjen artikkeleiden mukaanotto- ja poissulkukriteerit nähtävillä taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 4. Tiedonhaun perusteella opinnäytetyöhön valittujen artikkeleiden valintakriteerit

Tiedonhaun artikkeleiden pääasialliset valintakriteerit	
Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Artikkeli on suomenkielinen tai englanninkielinen	Artikkeli ei ole suomenkielinen tai englanninkielinen
Tutkimus, jonka koko aineisto on saatavilla	Tutkimus, jonka koko aineisto ei ole saatavilla
Tutkimuskysymykseen vastaava tutkimusartikkeli	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen
Artikkeli on vertaisarvioitu	Artikkeli ei ole vertaisarvioitu

6.4 Toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus

Opinnäytetyön prosessi alkoi ensimmäiseksi aiheen valinnalla. Aiheen valinnaksi valikoitui sähköhoito vaikeasti masentuneen potilaan hoitomenetelmänä. Menetelmänä meille valikoitui kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka pohjalta toteutimme toiminnallisen osuuden opinnäytetyöstä. Opinnäytetyöstä tehtiin alkuun konkreettinen suunnitelma sen tekemiseksi. Opinnäytetyötä suunniteltaessa tutustuimme aikaisempiin tutkimuksiin ja aikaisemmin tehtyihin opinnäytetöihin aiheesta. Toteutusvaiheessa keräsimme lisää ajan tasalla olevaa kirjallisuutta, täsmensimme tutkimuskysymyksiä, työn tarkoitusta ja tavoitteita. Teimme lopullisen tiedonhaun ja valitsimme tutkimuskysymyksiimme parhaiten vastaavat artikkelit. Opinnäytetyön kirjallisen osion valmistuttua, aloimme työstää opasta.

Oppaan toteutus alustaksi valikoitui Canva sovellus sen helppokäyttöisyyden vuoksi. Sovellus tarjosi myös mahdollisuuden kuvien ja värien käyttöön, jolloin oppaasta sai visuaalisesti kivan näköisen. Oppaan työstäminen alkoi sisällyksen suunnittelemisella ja oppaan ulkoasun ja kuvien miettimisellä. Kokosimme oppaaseen kaiken olennaisen

tiedon kirjallisuuskatsauksesta. Raportointivaiheessa opinnäytetyön kirjallinen osio esitettiin opponoitavaksi.

7 Opinnäytetyön tuotos

7.1 Laadukas opas

Opas tuotoksena voi olla kirjallinen paperiversio tai digitaalinen versio. Oppaan alussa kerrotaan oppaan aihe ja kenelle se on tarkoitettu. (Sarkkinen 2021). Hyvässä oppaassa on hyvä olla selkeät väliotsikot, joiden perusteella näkee mitä oppaassa käsitellään ja missä kohdassa. Näiden perusteella tehdään hyvä ja selkeä sisältö oppaalle. Oppaan otsikot selkeyttävät opasta. Oppaan pääotsikko kertoo mitä opas käsittelee ja väliotsikot taas hahmottavat, mitä oppaassa käsitellään ja missä kohtaa, jonka avulla lukijan on helppo etsiä haluamansa kohta oppaasta. (Hyvärinen 2005.)

Hyvä opas sisältää kaiken olennaisen tiedon, mutta ei mitään ylimääräistä. Oppaan sisältö etenee loogisessa järjestyksessä ja siinä vältetään yllättäviä hyppäyksiä aiheiden välillä. (Sarkkinen 2021). Oppaan loogisen järjestyksen etenemisellä on vaikutusta oppaan ymmärrettävyydessä. Selkeä järjestys on myös lukijalle helpompi seurattavaksi. (Hyvärinen 2005.)

Oppaan pääotsikko kertoo mitä aihetta oppaassa käsitellään. Oppaan pääotsikosta voi tehdä puhuttelevamman käyttämällä henkilökohtaisempaa otsikkoa, jossa on annettu ymmärtää, että tämä on juuri sinulle tehty. Oppaan väliotsikot voivat olla toteavia ja yhdellä sanalla kuvattuja, jolloin ne ovat selkeitä. Väliotsikot voi myös muodostaa kysymyksen tai toteamisen muotoon. Oppaan alussa olevassa luettelossa tulee olla merkittynä kaikki väliotsikot, jottei lukija turhaudu etsiessään väliotsikkoa. (Hyvärinen 2005.)

Hyvässä oppaassa on selkeät ja lyhyet tekstit kappaleissa, joita on helppo lukea. Hyvän oppaan tunnistaa oikeinkirjoituksesta mikä lisää ymmärrettävyyttä ja luotettavuutta. Opas on hyvä kirjoittaa selkeällä kielellä, jotta lukija ymmärtää välttämättä esimerkiksi lyhenteitä ja ammattitermistöä, ellei opas ole suunnattu ammattiryhmälle. Lauseiden ja virkeiden pitäisi olla lukijalle ymmärrettäviä, että hän ymmärtää kertalukemalla. Tekstin

pääasian tulee olla kerrottuna päälauseessa, jonka jälkeen täydentävä asia esitetään sivulauseessa. (Hyvärinen 2005.)

Oppaalle suotuisaa pituutta ei ole, mutta yleisneuvoksi sopii, että tekstin lyhyys ilahduttaa monia. Oppaassa voi olla kohta "Kirjallisuutta", johon on koottu hyviä lähteitä, joita lukija voi halutessaan hyödyntää. (Hyvärinen 2005.)

7.2 Tuotoksen kuvaus

Opinnäytetyössä oleva kirjallinen osuus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisesta osuudesta syntynyt opas toimii opinnäytetyön toiminnallisena tuotoksena terveydenhuollon ammattilaisille, jossa käsitellään vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutusta. Kohderyhmään kuuluvan on tarkoitus käydä opasta itsenäisesti läpi tai hyödyntäen sitä esimerkiksi potilaan ohjaamisessa. Oppaaseen on koottu kirjallisesta osuudesta pää aiheita ja asioita, joiden katsottiin olevan oleellisia terveydenhuollon ammattilaisille.

8 Pohdinta

Opinnäytetyössä selvitettiin, miten vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoito toteutetaan. Opinnäytetyön aihe koettiin tärkeäksi, sillä sähköhoito on nykypäivänä laajalti hyödynnetty hoitomenetelmä. Opinnäytetyön toteutustavaksi valikoitui opas, sillä se koettiin käyttäjäystävälliseksi tavaksi kasvattaa terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutuksesta. Opinnäytetyöhön onnistuttiin löytämään kansainvälisiä tutkimuksia niukasti, sillä hoitajille suunnattua materiaalia vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidosta oli vähän saatavilla. Opinnäytetyöhön löytyi paremmin kansainvälisiä tutkimuksia sähköhoidon toteutuksesta, missä käsiteltiin sekä vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutusta, että myös muiden mielenterveydenhäiriöiden. Opinnäytetyössä verrattiin eri kuntien ja maiden sähköhoidon prosessia. Tuloksena huomattiin paljon yhtäläisyyksiä eri kuntien ja maiden välillä, mutta myös eroavaisuuksia esimerkiksi potilaiden ohjeistuksessa kuinka toimia ennen toimenpidettä.

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset mietittiin opinnäytetyön tekijöiden ja opinnäytetyön ohjaajan kesken. Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltiin tutkimuskysymys kerralla, jossa tarkastelun kohteena toimi opinnäytetyön kirjallinen osio sekä siitä syntynyt opas. Opinnäytetyön kirjallisessa osiossa sekä oppaassa kuvattiin vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutusta.

8.1.1 Vaikea masennus

Vaikea masennus on yleinen mielenterveydenhäiriö, jossa oireita on paljon ja ne hankaloittavat huomattavasti henkilön kaikkia elämän osa-alueita. Vaikeaa masennusta sairastavan henkilön arkielämästä selviytyminen on selkeästi uhattuna. (Rovasalo 2022.) Vaikeassa masennuksessa henkilö on tavallisesti työkyvytön ja jatkuvan huolenpidon ja seurannan tarpeessa (Isometsä 2017).

Vaikeassa masennuksessa henkilö kokee syvää alakuloisuutta, täysvaltaista mielihyvän menetystä, väsymystä sekä tunnetta, että on epäonnistunut kokonaan. Henkilö kokee itsensä täysin arvottomaksi, kyvyttömäksi sekä syylliseksi, joka on luonteeltaan usein harhaluuloista ja psykoottista. Henkilön ajatukset pyörivät vahvasti kuoleman- ja itsensä vahingoittamisen ympärillä sekä ajatukset ovat pessimistisiä. Vaikeaa masennusta kärsivän keskittymiskyky on alentunut ja hänen on vaikea tehdä päätöksiä. Psykomotorisina oireina esiintyy motorista levottomuutta ja pysähtyneisyyttä. Univaikeuksia, ruokahalun ja painon muutoksia esiintyy myös. (Isometsä 2017.)

Itse masennuksen diagnoosi perustuu haastattelussa huomattuihin oireisiin, jossa otetaan huomioon oireiden vaikeusaste, lukumäärä, kesto ja oireiden ilmaantuvuus. Masennuksen diagnosoimisessa oleellista, on että oireet ovat esiintyneet päivittäin ja yhtäjaksoisesti vähintään 2 viikon ajan. Oireiden tulee olla vaikeusasteeltaan merkittäviä ja voimakkaita niin, että ne vaikuttavat huomattavasti henkilön elämään. Masennus diagnoosi edellyttää, että vähintään 4 kriteerioirettä 10 kriteerioireesta esiintyy. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10 oireiden lukumäärän mukaan. (Depressio 2024.)

Vaikea asteisen masennuksen diagnoosia varten oireita tulee esiintyä 8–10 oiretta ICD-10:stä sekä kaikki seuraavat oireet: suurimman osan ajasta masentunut mieliala, asiat, jotka ovat normaalisti tuottaneet mielihyvää ja kiinnostusta ovat lopahtaneet, epätavallinen väsymys tai heikentyneet voimavarat. (Depressio 2024).

Taulukko 5. ICD-10 Masennustilan kriteerioireet (Depressio 2024).

Masennustilan kriteerioireet
1. Suurimman osan ajasta masentunut mieliala
2. Asiat, jotka ovat normaalisti tuottaneet mielihyvää ja kiinnostusta ovat lopahtaneet
3. Epätavallinen väsymys tai heikentyneet voimavarat
4. Omatunnon tai itseluottamuksen heikkeneminen
5. Liialliset tai perusteettomat itsesyytökset
6. Itsetuhoinen käytös tai itsemurhaan tai toistuvaan kuolemaan liittyvät mietteet
7. Huomattu tai itse kokema keskittymisvaikeus, joka voi tulla esiin myös epäröintinä tai päättämättömyytenä
8. Hidastuneisuus tai kiihtymys, joka voi olla huomattu tai itse kokema
9. Univaikeudet
10. Painon muutos, johon liittyy ruokahalun vähentyminen tai lisääntyminen

8.1.2 Vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutus

Ennen sähköhoitoa tulee saada potilaan aikaisemmat potilastiedot, johon sisältyvät potilaan aikaisemmat hoidot, fyysiset tutkimukset sekä laboratoriotutkimukset. Ennen sähköhoitoa tulee myös suorittaa hoitoa edeltävä yleisanestesian arviointi. Tämä arviointi auttaa määrittämään potilaan yleisen terveydentilan ja selvittämään, onko olemassa samanaikaisia sairauksia, jotka vaativat huomiota tai ovat vasta-aiheita sähköhoidolle. (Goldin & Valdes & DeSantis 2023.)

Potilaalle tulee ennen hoidon aloittamista antaa tietoa hoidon tarkoituksesta, häiriöstä, eduista, haittavaikutuksista ja hoitovaihtoehdoista, sekä itse hoidosta kieltäytymisen seurauksista. Potilaalta tulee saada sähköhoidon aloittamiselle tietoinen suostumus, joka perustuu riittävään tietoon. (Partonen ym. 2023.)

Potilas saa ennen sähköhoidon aloitusta suulliset ja kirjalliset esivalmistautumisohjeet, joissa kerrotaan miten ruuista ja juomista tulee pidättäytyä ennen toimenpidettä, ohjeet tiettyjen lääkkeiden tauottamiseen sekä ylimääräisten asusteiden poistamiseen toimenpiteen ajaksi kuten korujen, kynsilakan ja silmälasien sekä ohjeet saattajalle toimenpiteen jälkeen. (Susan & Irvin 1997.)

Sähköhoidon toteutusta varten elektrodit sijoitetaan potilaalle joko molemmin puolin päätä tai toispuoleisesti. Vaikeimmissa tapauksissa käytetään molemmin puolista antotapaa nopeamman hoitovasteen vuoksi. Ennen sähköhoidon antamista potilas nukutetaan lyhytkestoiseen anestesiaan (Partonen ym. 2023.) Potilaan nukkuessa hänelle annetaan lihasrelaksanttia ehkäisemään itsensä satuttamista toimenpiteen aikana (Leppämäki 2022).

Sähköhoidon kouristuksen annostus määräytyy yksilöllisesti potilaan liikkeiden ja lihasten supistusten voimakkuuden ja keston mukaan sekä aivosähkökäyrän mukaan mikä kertoo aivojen sähköisestä toiminnasta toimenpiteen aikana. Mikäli sähköärsyke ei aiheuta 40 sekunnin kuluttua kouristusta, pitää elektrodien ja ihonvälinen kosketus tarkastaa. Uutta sähköärsykettä antaessa tulee energian määrä nostaa 25–100 prosentilla. Uuden sähköärsyksen antoa voi yrittää enintään 3 kertaa saman hoitokerran aikana. (Partonen ym. 2023.) Sähköhoidon ärsyke annetaan erityisellä sähköhoitolaitteella, joka aiheuttaa kapeapulssisähköä. Sähköhoidon ärsyke aiheuttaa potilaan aivokuorella sähköisen purkauksen, josta seuraa epileptistyyppinen lihaskouristus, mikä kestää 15–60 sekuntia. Sähköhoidon aikana seurataan myös potilaan verenpainetta, pulssia sekä hapen määrää. Toimenpiteen päätyttyä,

herääminen tapahtuu yleensä noin muutaman minuutin kuluttua. (Sadeniemi ym. 2020: 218).

Sähköhoitoa annetaan yleensä 2–3 kertaa viikossa. Vaikeassa masennuksessa hoitokertoja tarvitaan yleensä 6–12 kertaa. Sähköhoitokertoja tulee jatkaa niin monta kertaa, että potilas saa hyvän vasteen hoidosta. Vaikeimmissa tilanteissa on mahdollista antaa 2 sähköärsykettä samanaikaisesti 1–2 minuutin välein. Vaikka sähköhoito lievittää vaikeaa masennusta tehokkaasti, suurimmalla osalla potilaista oireet palaavat 2–4 kuukauden sisällä hoidon lopettamisesta. Sähköhoitoa voidaan jatkaa ylläpitohoitona 1–4 viikon välein, jos lääkehoito ylläpitohoitona ei ole tehonnut. (Partonen ym. 2023.)

8.1.3 Vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon ohjaus ja tiedonanto

Hoitajat viettävät yleisesti ottaen kaikkein eniten aikaa potilaiden sekä heidän perheenjäsentensä kanssa, jolloin he toimivat siten tärkeänä tiedonlähteenä sähköhoidosta. On tärkeää tunnistaa, että useimmat potilaat sekä heidän perheenjäsenensä ovat peloissaan sähköhoidosta. Siksi on tärkeää, että hoitaja ohjeistaa potilaita ja heidän perheenjäseniään. (Goldin & Valdes & DeSantis 2023.)

Potilaalle tulee ennen sähköhoidon aloittamista antaa tietoa hoidettavasta häiriöstä, hoidon tarkoituksesta, hoidon eduista, hoidon haittavaikutuksista, hoito vaihtoehdoista sekä hoidon kestosta ja kulusta. Potilaalle tulee perusteellisesti kertoa hoidon hyödyistä ja eduista, jotta potilas voi tehdä päätöksen hoidosta tarpeellisen tiedon perusteella (Partonen ym. 2023.)

Ennen sähköhoitoa potilasta ohjataan käymään suihkussa edeltävänä iltana ja pesemään hiukset. Potilasta ohjataan olemaan juomatta ja syömättä 10 tuntia ennen toimenpidettä sekä pidättäytymään tupakoinnista hoitoa edeltävän yön aikana sekä hoitopäivän aamuna. (Etelä-karjalan hyvinvointialue 2023; Etelä-karjalan hyvinvointialue 2023.) Toimenpiteeseen potilaan tulisi pukeutua löysillä vaatteilla, jotta EKG-kytkennät saa asetettua rinnalle. Ylimääräiset asusteet kuten korut ja kellot tulisi ottaa pois. Potilasta ohjataan käymään vessassa ennen toimenpidettä sekä potilaalle ohjeistetaan sovittujen lääkkeiden ottaminen 2 tuntia ennen toimenpidettä pienen vesimäärän kanssa (Etelä-karjalan hyvinvointialue 2023.)

Potilasta tulee ohjeistaa, että toimenpiteen jälkeen hän saa poistua täysi-ikäisen saattajan kanssa. Toimenpidettä seuraavana yönä potilaan kanssa tulisi myös olla täysi-ikäinen seurana annetun nukutuksen vuoksi. Potilasta ohjeistetaan myös olemaan ajamatta moottoriajoneuvolla ja pidättäytymään alkoholipitoisten juomien nauttimisesta 24 tunnin ajan toimenpiteestä. (Etelä-karjalan hyvinvointialue 2023.)

MBC Psychiatry tutkimuksen mukaan sähköhoidon tiedonsaantia koskevista kokemuksista monet vastaanottajat toivoivat lisää keskustelu mahdollisuuksia ja kirjallista ohjausmateriaalia sähköhoidosta. Tutkimukseen osallistujat kokivat ahdistuneisuutensa vähentyneen saadessaan lisää tietoa sähköhoidon toteuttamisesta. (Coman 2022.)

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten suositusten tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä, opinnäytetöiden laadun parannusta ja yhtenäistämistä eri ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosesseissa. (Arene ry 2020: 4.)

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja ohjeistusta, joka ei sisällä epärehellistä- tai epäeettistä toimintaa. Opinnäytetyö toteutettiin suunnitelmallisesti ja sitä tehdessä oltiin rehellisiä, huolellisia, avoimia ja kunnioitettiin muiden töitä. (Arene ry 2020: 7–10; TENK 2012: 6.) Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyö toteutettiin parityönä, jolloin luotettavuutta arvioitiin kahden henkilön toimesta. Opinnäytetyötä tehdessä olimme uteliaita, skeptisiä ja kriittisesti refleктоimme omaa toimintaamme koko opinnäytetyön prosessin ajan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyössä kunnioitimme tekijänoikeuksia ja mainitsimme käyttämämme tietolähteet hyvän tutkimustavan mukaisesti lähdeviittein ja lähdemerkinnöin. (Arene ry 2020:12.) Emme kopioineet muiden töitä tai esittäneet niitä omanamme (TENK 2012: 9). Opinnäytetyö tarkastettiin Turnitin-plagiointiohjelmassa, joka kertoo kuinka, monta prosenttia opinnäytetyöstä on voitu mahdollisesti plagioida. Turnitin plagiointiohjelman lisäksi osallistuimme kypsyysnäytteeseen, joka varmensi sen, että opinnäytetyö on tekijöiden itse tekemä työ.

Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettiin luotettavia hoito- ja lääketieteellisiä tietokantoja kuten Cinahl- sekä ProQuest sekä myös suomalaisia lääketieteellisiä lähteitä kuten Mielenterveystalo, Duodecim ja Terveyskirjasto. Opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman uutta ja ajan tasalla olevaa tietoa. Kumpikin opinnäytetyön tekijä osallistui tiedonhakemiseen ja esitti perusteluita valittavasta lähteestä. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat pääsääntöisesti 10 vuoden sisältä, mutta muutamat lähteet ovat yli 10 vuotta vanhoja, mikä saattaa heikentää luotettavuutta. Otimme kuitenkin huomioon ja tutkimme asiaa, että alle 10 vuoden vanhoista lähteistä tieto pitää edelleen paikkansa. Englanninkielisten lähteiden kääntäminen Suomen kielisiksi koettiin hankalaksi, vaikka ne käännettiin erittäin tarkasti, saattavat ne silti mahdollisesti heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää myös se, ettei kummallakaan opinnäytetyön tekijällä ole aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä.

Opinnäytetyön luotettavuuteen saatto vaikuttaa lisäksi myös joidenkin lähteiden välinen ristiriitainen tieto, esimerkiksi potilaiden ohjeistaminen ennen sähköhoitoa. Ristiriitaisuutena huomattiin esimerkiksi, että osassa lähteissä oli eroavaisuuksia siinä, miten potilaan tulisi valmistautua sähköhoitoon.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen perusteella laaditussa oppaassamme otimme huomioon myös luotettavuuden ja eettisyyden. Oppaassa on lueteltu lähteet sen lopussa, joita käytimme oppaan laatimisessa. Oppaassa käytetyt kuvat ovat peräisin Canva-sovelluksen tarjoamista ilmaisista kuvista. Käytimme Duodecim oppiportaalista löytämäämme kuvaa oppaassa ja merkitsimme sen asianmukaisesti noudattaen tekijänoikeuksia.

8.3 Tuotoksen ja tulosten hyödyntäminen sekä kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuotos on hyödynnettävissä terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteena oli luoda materiaali, joka perustuu viimeisimpään ja ajan tasalla olevaan tutkimustietoon, joka mahdollistaa sen hyödyntämisen mahdollisimman pitkään.

Oppaan aihe koskee vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoitoa. Opasta voi hyödyntää terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös muut alalla opiskelevat, jotka ovat kiinnostuneet vaikeasti masentuneen potilaan sähköhoidon toteutuksesta.

Itse opinnäytetyön tekijät hyötyivät opinnäytetyöstä. Opinnäytetyöstä opittu teoretieto tulee varmasti käyttöön työelämän aikana, sillä sähköhoito on nykypäivänä yleisesti käytetty hoitomenetelmä vaikeasti masentuneilla potilailla. Opas on hyödyllinen keino sähköhoidon tietoisuuden lisäämisessä ja potilaiden ohjaamisessa.

Tässä opinnäytetyössä aihe jouduttiin rajaamaan käsittelemään vaikeasti masentuneen aikuisen sähköhoidon toteutusta, sillä muuten opinnäytetyöstä olisi tullut liian laaja. Opinnäytetyö prosessia tehtäessä ilmaantui ajatuksia kehitysehdotuksista. Kehitysehdotuksena tuli mieleen, että olisi hyvä tehdä opas, joka on suunnattu alaikäisten sähköhoidon toteutukseen. Opas voisi sisältää tarkempaa tietoa siitä, milloin ja miten sähköhoitoa tulisi käyttää alaikäisen potilaan hoidossa, hoidon mahdolliset hyödyt, riskit sekä suositukset alaikäisen potilaan kohdalla.

Lähteet

Arene 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. HTK-ohje. Päivitetty 9.1.2020. <https://arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2023/Aineistonhallintasuunnitelman%20ohjeet%28ONT%29_V2.pdf?_t=1693220410>. Viitattu 1.9.2023

Baghai, Thomas C, Möller, Hans-Jürgen. 2008. Electroconvulsive therapy and its different indications. 106. <<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.31887/DCNS.2008.10.1/tcbaghai?needAccess=true>>. Viitattu 21.11.2023

Blogs.helsinki.fi. Kielijelppi-Språkhjälpen. Katsauksen tyyppejä <<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/masennuksen-omahoito-ohjelma/mista-masennus-johtuu>> Viitattu 3.1.2024

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. Sähköhoito (ECT-hoito) 28.2.2023. Lappeenranta. <<https://www.ekhva.fi/wp-content/uploads/2023/03/Sahkohoito.pdf>> Viitattu 24.10.2023

Fitzsimons, Linda & RN, C. Electroconvulsive therapy: what nurses need to know. Journal of psychosocial nursing & mental health service 1995. <<https://www.proquest.com/docview/1024301486?accountid=11363&sourcetype=Scholarly%20Journals>>. Viitattu 14.2.2023

Heikman, Pertti & Niemi-Murola, Leila & Rosenberg, Per H. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. <http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf>. Viitattu 14.2.2023

Heikman, Pertti 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Terveysportti.fi. <<https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94286.pdf>>. Viitattu 20.4.2023.

Heikman, Pertti 1995. Sähköhoito on käypä hoito. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo50226>>. Viitattu 20.4.2023

Heiskanen, Tarja & Tuulari, Jyrki 2017. Masennuskokemuksen ymmärtämisen merkitys. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim <<https://www.oppiportti.fi/op/msn00112/do>> 7.1.2024

Hyvaks.fi 2023. Sähköhoito- eli ECT-ohje potilaalle. Keski-Suomen hyvinvointialue <<https://www.hyvaks.fi/sites/default/files/ohjeet/ECT-ohje%20potilaille.pdf>> Viitattu 12.12.2023

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 121 (16), 1769–1773. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>> Viitattu 22.1.2024

Isometsä, Erkki 2017. Masennustilan oireet ja diagnoosi. Masennus. Kustannus Oy Duodecim <<https://www.oppiportti.fi/op/msn00215/do>> Viitattu 30.1.2024

Irvin, Susan M. Treatment of depression with outpatient electroconvulsive therapy. AORN Journal 65.3 (1997): 573–582. <[https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.metropolia.fi/doi/full/10.1016/s0001-2092\(06\)63078-0](https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.metropolia.fi/doi/full/10.1016/s0001-2092(06)63078-0)> Viitattu 20.12.2023

Jaakonsaari, Marjo 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Hoitotyön opettajien käsityksiä. Turku: Turun yliopisto hoitotieteen laitos. 8-9. <<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Viitattu 7.2.2023.

Järventausta, Kaija 2014. Psykiatrinen sähköhoito. <<http://www.vshp.fi/suopa/pdf/ECT%20operatiiviset%20pvät.ppt1.pdf>>. Viitattu 19.10.2023.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013, "Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon/Narrative literature review: from a research question to structured knowledge", Hoitotiede, vol. 25, no. 4, pp. 291–301. <<https://www.proquest.com/docview/1469873650/fulltext/F3245309474B4171PQ/1?accountid=11363&sourcetype=Scholarly%20Journals>> Viitattu 29.12.2023

Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holli, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.) 2017. Masennus. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. Viitattu 1.2.2023.

Kostamo, Pipsa & Airaksine, Tiina & Vilkka, Hanna 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. E-kirja. Helsinki: Art House. Luku 1. Viitattu 1.2.2023.

Kaypahoito.fi 2023. Depressio. Keskeinen sanoma. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>>. Viitattu 14.2.2023.

Kellner, Charles 2023. Patient education: electroconvulsive therapy (ECT) (beyond the basics). < <https://www.uptodate.com/contents/electroconvulsive-therapy-ect-beyond-the-basics>> Viitattu 31.1.2024

Kellner, C. H., J. Obbels, Pascal, Sienaert. When to consider electroconvulsive therapy (ECT). Acta Psychiatrica Scandinavica 141.4. 2020 <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acps.13134>>. Viitattu 25.10.2023

Kuhanen, C., & Kanerva, A. (2013). Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Teoksessa A. Kanerva, C. Kuhanen, P. Oittinen, C. Schubert, & Seuri, T. Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy. Viitattu 26.1.2024

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala.122. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>>. Viitattu 20.4.2023.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Viitattu 7.2.2023.

Leppämäki, Sami 2020. Käypä hoito Duodecim. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02125>>. Viitattu 7.2.2023.

Leppämäki, Sami. 2020. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02125>>. Viitattu 19.9.2023

Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri ja Partonen Timo 2011. Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 742–744. Viitattu 1.2.2023.

Lönnqvist, Jouko 2010. Mistä hoitoa vakavasti masentuneelle? Duodecim 126.16 (2010): 1871–2. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo99016>> Viitattu 18.1.2024

Masennusinfo.fi. Masennus. Masennuksen kulku ja ennuste vaihtelee. <<https://masennusinfo.fi/oireet/masennuksen-kulku-ja-ennuste-vaihtelee/>>. Viitattu 14.2.2023.

Mielenterveystalo.fi. Perustietoa masennuksesta. <<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/perustietoa-masennuksesta>>. Viitattu 1.2.2023.

Mielenterveystalo.fi. Aivojen sähköhoito. Millaista sähköhoito on? Onko sähköhoidolla haittavaikutuksia? <<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/aivojen-sahkohoito>>. Viitattu 14.2.2023.

Mielenterveystalo.fi. Masennuksen omahoito-ohjelma. Mistä masennus johtuu? <<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/masennuksen-omahoito-ohjelma/mista-masennus-johtuu>> Viitattu 3.1.2024

Mieli.fi. Suomen Mielenterveys ry. Mielenterveys koetuksella. Masennus 2023. Helsinki: Mieli Suomen mielenterveys ry. <<https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/masennus/>> Viitattu 20.12.2023

Partonen, Timo, Raaska, Kari, Kampman, Olli, Lönnqvist, Jouko 2021. Aivojen sähköhoito (ECT). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00589/do#s6>>. Viitattu 19.9.2023

Partonen, Timo, Raaska, Kari, Kampman, Olli, Lönnqvist, Jouko 2023. Aivojen sähköhoito (ECT). Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <<https://www.oppiportti.fi/op/pkr00589/do>> Viitattu 12.12.2023

Puhti.fi. Masennus (depressio) Oireet ja hoito. Masennus. <<https://www.puhti.fi/tietopaketit/masennus/>> Viitattu 20.1.2024

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Tallinna: Gaudeamus Oy. 175. Viitattu 1.2.2023.

Potilastiedote sähköhoidosta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri psykiatrian tulosityksikkö. Neuropsykiatrian poliklinikka. ECT-yksikkö. Viitattu 12.9.2023

Rovasalo, Aki. 2022. Masennustila eli depressio. Duodecim lääkärikirja. <<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389#s12>>. Viitattu 1.2.2023.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmä opetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html>. Viitattu 1.9.2023.

Sadeniemi, Minna, Jänkälä, Kirsi, Malm, Heli, Sorvaniemi, Marko, Stenberg, Jan-Henry, Suominen, Kirsi 2022. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Opas sairastuneille ja heidän läheisilleen. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim. 50–55, 217. Viitattu 19.10.2023

Sairalaanovi.fi. Sähköhoito- eli ECT-ohje potilaalle <[https://www.sairalaanovi.fi/fi-FI/Potilaalle_ja_laheiselle/Potilasohjeet_ja_vidoot/Potilasohjeet/Sahkohoito_eli_ECTohje_potilaalle\(61169\)](https://www.sairalaanovi.fi/fi-FI/Potilaalle_ja_laheiselle/Potilasohjeet_ja_vidoot/Potilasohjeet/Sahkohoito_eli_ECTohje_potilaalle(61169))> Viitattu 24.10.2023

Sarkkinen, Marja 2021. Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla. Työterveyslaitos. <<https://www.ttl.fi/tyopiste/millainen-on-hyva-ohje-kahdeksan-vinkkia-ohjeiden-tekemiseen-tyopaikalla>>. Viitattu 14.2.2023.

Sevcenco, Anca, Trifu, Simona, Stanescu, Monica, Dragoi, Ana Miruna, Cristea, Bodgan Mihai 2021. Efficacy of electroconvulsive therapy as a potential first-choice treatment in treatment-resistant depression. 1. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8461517/pdf/etm-22-05-10716.pdf>> Viitattu 21.11.2023

Shorter, Edward 2009. Electroconvulsive and neuromodulation therapies. History of electroconvulsive therapy. New York: Conrad M. Swartz. 167. <<https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=SJJjgy0GCywC&oi=fnd&pg=PA167&dq=shorter+E++electroconvulsive+therapy&ots=7joCGVpKSY&sig=occUTKxKtWu0Ysvj>>

1NWUu7kfL2s&redir_esc=y#v=onepage&q=shorter%20E%20%20electroconvulsive%20therapy&f=false>. Viitattu 1.2.2023.

Tays.fi. Pirkanmaan hyvinvointialue. Masennuksen etiologia ja epidemiologia.

Masennus 2021 <[https://www.tays.fi/fi-](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Masennuksen_etiologia_ja_epidemiologia(37587))

FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Masennuksen_etiologia_ja_epidemiologia(37587) > 20.11.2023

TENK=Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 6.

<https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 7.2.2023.

Terveyskirjasto.fi. Sähkösoikkihoito. Lääketieteen sanasto 2016. <<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03390>> Viitattu. 7.1.2024

Theseus.fi. Theseus-ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja julkaisut verkossa. <<https://www.theseus.fi/>>. Viitattu 13.1.2024

Ttl.fi. Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla. 1.06.2021. Päivitetty 6.11.2023.<<https://www.ttl.fi/tyopiste/millainen-on-hyva-ohje-kahdeksan-vinkkia-ohjeiden-tekemiseen-tyopaikalla>> Viitattu 6.11.2023.

Uko-Ekpenyong, Grace. "What you should know about electroconvulsive therapy." Nursing2022 37.8 (2007): 56hn1 <<https://web-s-ebsohost-com.ezproxy.metropolia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=811a50f9-b2ae-481c-85be-1d4cdaccd367%40redis> > Viitattu 15.1.2024

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustavat. Helsinki: Tammi. 51–52. Viitattu 1.2.2023.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Rajaukset	Otsikon perusteella	Tiivistelmän perusteella	Valittu
CINAHL	ect or electroconvulsive therapy OR shock therapy AND nursing AND patient education	19	English Full text Abstract available Academic journals	5	5	3
CINAHL	depression treatment AND nursing	99	English Full text Abstract available Academic journals	1	1	0
PROQUEST	(electroconvulsive therapy)	136	English	3	1	1

	OR ect AND depression		Full text Peer reviewed. Electroconvulsive therapy			
PROQUEST	(depression treatment) AND nursing	114	English Full text Peer reviewed. Patients 2023-11-01-2024	1	1	0
PROQUEST	ect AND information AND (patient education) AND experience	163	English Full text Peer reviewed. Scholarly Journals	1	1	1

			2022-2023			
			Patients			

Mukaan valitut artikkelit

Tekijät	Artikkelin nimi	Vuosi	Keskeinen sisältö
Uko-Ekpenyong, Grace, RN, BSN, MSc	What you should know about electroconvulsive therapy	2007	Sähköhoidon toimenpiteen kulku. Mitä odottaa sähköhoidolta.
Goldin, Deana. Valdes, Beatriz. DeSantis, Joseph	Electroconvulsive Therapy for Treatment- Resistant Depression: Dispelling the Stigma	2023	Yleiskatsaus sähköhoidosta hoitoresistenttiseen masennukseen. Vakava masennus on yksi yleisin elinikäinen mielenterveydenhäiriö. ECT harkitaan, niille, jotka eivät ole saaneet vastetta lääkehoidosta.
Fitzsimons, Linda	Electroconvulsive therapy: What Nurses Need to Know	1995	ECT:n ensisijaisena käyttöaiheena on vakavamasennus. Potilasta tulee ohjeistaa sähköhoidosta ja sen kulusta toimenpiteenä.
Susan M., Irvin	Treatment of Depression with Outpatient	1997	Sähköhoidon kulun keskeiset näkökohdat ja potilaiden

	Electroconvulsive Therapy		asianmukainen ohjaaminen sähköhoidosta.
Coman, A	Recipients' experience with information provision for electroconvulsive therapy (ECT)	2022	Potilaiden kokemuksia sähköhoidon ohjauksesta ja tiedonsaannista.