

Anu Tolonen, Mikko Pälvimäki & Soili Kynkäänniemi

## **POTILAIEN KOKEMUKSIA SÄHKÖHOIDOSTA**

## POTILAIKEN KOKEMUKSIA SÄHKÖHOIDOSTA

Anu Tolonen, Mikko Pälvimäki & Soili  
Kynkänniemi  
Opinnäytetyö  
Syksy 2016  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

---

Tekijät: Anu Tolonen, Mikko Pälvimäki & Soili Kynkäänniemi

Opinnäytetyön nimi: Potilaiden kokemuksia sähköhoidosta

Työn ohjaaja: Pia Mäenpää, Juha Alakulppi

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: syksy 2016

Sivumäärä: 28+10

---

Opinnäytetyömme aiheena oli potilaiden kokemukset sähköhoidosta eli ECT-hoidosta. Tämä opinnäytetyön aihe valikoitui meille tutkimus, kehitys- ja innovaatiopankin kautta. Opinnäytetyömme yhteistyökumppaneita ovat Oulun ammattikorkeakoulu sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sähköhoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää sähköhoitoa saavien potilaiden ohjausta/hoidoa.

Metodologisesti kyseessä oli kvalitatiivinen menetelmä ja tutkimusmetodina oli kysely. Tutkimuksen mittarina käytimme strukturoitua kyselylomaketta, jonka laadimme yhteistyössä sähköhoitoyksikön henkilökunnan kanssa. Kyselylomake lähetettiin 16:lle ennakkoon tutkimukseen suostuneille. Tästä huolimatta kyselyyn vastasi ainoastaan neljä.

Puolet vastanneista koki saaneensa sähköhoidosta apua sairautensa ja puolet taas kokivat saadun hyödyn lähes olemattomaksi. Lähes kaikki vastanneista olivat kokeneet haittavaikutuksia, joista etenkin muistiongelmien nousivat tutkimuksessa esiin. Sähköhoitoyksikön henkilökunnan toiminta puolestaan koettiin ystävälliseksi ja potilaslähtöiseksi. Saaduilla tuloksilla voidaan mahdollisesti kehittää Oulun sähköhoitoyksikön toimintaa etenkin potilasohjauksen suhteen.

Aihe on jatkotutkimusaiheena hyvin kiinnostava ja esimerkiksi eri tutkimusmenetelmää, kuten haastattelua käyttämällä tutkimustuloksia voitaisiin käsitellä huomattavasti monipuolisemmin.

---

Asiasanat: Sähköhoito, psykiatria, masennus, tutkimus, potilasohjaus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Nursing, psychiatric nursing

---

Authors: Anu Tolonen, Mikko Pälvimäki & Soili Kynkäänniemi

Title of thesis: ECT-treatment experiences of patients

Supervisors: Pia Mäenpää, Juha Alakulppi

Term and year when the thesis was submitted: Fall 2016

Number of pages: 28+10

---

The subject of our thesis is ECT-treatment experiences of patients. We found this subject from the bank of research, development and innovations. That "bank" is a tool for searching projects and thesis subjects. Partners of our thesis are University of applied sciences of Social- and health care and healthcare district in Pohjois-Pohjanmaa.

The purpose of our thesis was to get information from experiences of patients who have been treated by electroconvulsive therapy. The goal of our thesis was to produce information about experiences of ect-patients. The report of examination can be used in estimate and develop of nursing quality. The meaning of experiments was methodologically combination of quantitative and qualitative experiments and survey form was inquiry.

We used a structured questionnaire as a method of study, which was completed prior with the nursing staff. The goal of the report was to get the trial on the 10 to 20 participants during the month. The survey compiled statistics at the end of time, compare and analyze the results, after which conclusions were drawn. After this we gathered the final report and presented it in our school at the Hyvinvointia yhdessä day.

---

Keywords: Electroconvulsive therapy, depression, psychiatric, examination, patient

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	SÄHKÖHOITO PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ .....	8
2.1	Sähköhoito .....	8
2.2	Synty ja kehitys .....	8
2.3	Sähköhoidon aiheet ja vasta-aiheet .....	10
2.4	Sähköhoidon haittavaikutukset .....	11
2.5	Sähköhoito toimenpiteenä .....	12
3	OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ .....	14
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	15
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	16
5.1	Tutkimusmetodologia .....	16
5.2	Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu .....	16
5.3	Tutkimusmenetelmä .....	17
5.4	Aineiston keruun suorittaminen .....	17
5.5	Aineiston analyysi .....	18
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	21
6.1	Suullisen ja kirjallisen tiedon antaminen .....	21
6.2	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen .....	22
6.3	Hoidon haittavaikutukset .....	22
7	POHDINTA .....	23
7.1	Johtopäätökset .....	23
7.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	25
8	LÄHTEET .....	28
	LIITTEET .....	30

# 1 JOHDANTO

Sähköhoidossa eli ECT-hoidossa (electroconvulsive therapy) potilaaseen johdetaan nukutuksen aikana kalloon sähkövirta, jonka tavoitteena on aiheuttaa potilaalle yleistynyt kouristuskohtaus. Toistuvilla kouristuksilla on tutkitusti etenkin vaikeaa masennusta lievittävä vaikutus. Vaikean masennuksen hoidon lisäksi sitä voidaan käyttää myös mania- ja skitsofreniapotilaille sekä akuutisti myös sekaville potilaille. Sähköhoidon avulla voidaan nopeuttaa lääkityksen ohella oireiden lievittymistä ja sitä voidaan käyttää silloin, kun potilas on lääkeresistentti tarvittavalle lääkitykselle tai jos tarvittavaa lääkitystä ei voida jostain syystä käyttää. Nykypäivänä sähköhoidolla on negatiivinen sävy suuren yleisön keskuudessa, sillä aiheesta ei ole kovinkaan paljon tietoa ja hoidon synkkä historia heijastuu edelleen ihmisten mielikuviin. Aikoinaan mm. amerikkalainen elokuvateollisuus loi sähköhoidolle kammottavan maineen ja se näkyy yhä edelleen tänäkin päivänä. (Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011, Psykiatria. 740- 741.)

Opinnäytetyön aiheena oli potilaiden kokemukset sähköhoidosta. Aihe valikoitui meille tutkimus-, kehitys- ja innovaatiopankin kautta. TKI-pankki on työkalu, jonka avulla Oulun ammattikorkeakoulun opiskelijat, henkilöstö tai yhteistyötahot voivat etsiä erilaisia hankkeita tai opinnäytetyön aiheita. Aiheen valikoituminen oli hyvin luontevaa, sillä olemme kiinnostuneita psykiatrisesta hoitotyöstä ja tulemme tähän myös opinnoissamme suuntautumaan. Perehtyessämme aiheeseen selvisi, että tutkittua tietoa etenkin sähköhoidon kokemuksista on saatavilla vähän tai sitä on hyvin vaikea löytää. Tutkimustamme ohjasi ajatus siitä, että toisimme enemmän tietämystä ja ymmärrystä hoitomuotoa kohtaan. Opinnäytetyömme yhteistyökumppaneina toimi Oulun ammattikorkeakoulu sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa sähköhoitopotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää sähköhoitoa saavien potilaiden ohjausta/hoitoa. Pidämme aihetta tärkeänä, sillä kuten jo edellä mainitaan, tukittua tietoa potilaiden kokemuksista sähköhoitoon liittyen on saatavilla vain vähän. Koemme aiheen olevan myös ajankohtainen, sillä hoitomuotoa käytetään yhä enemmän ja se on vakiinnuttanut asemansa yhtenä tehokkaana masennustilojen hoitomuotona. Aiheen tärkeys korostuu, sillä masennusoireyhtymät ovat

merkittävin toiminta- ja työkykyä heikentävä sairausryhmä maassamme. (Heikman, P. 2004.) Työmme käsittelee myös potilasohjausta ja sen toteutumista Oulun sähköhoitoyksikössä.

Metodologisesti kyseessä oli kvalitatiivinen tutkimus ja tutkimusmetodina oli kyselytutkimus. Tutkimuksen mittarina käytimme strukturoitua kyselylomaketta, jonka laadimme yhteistyössä sähköhoitoyksikön kanssa.

## 2 SÄHKÖHOITO PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

### 2.1 Sähköhoito

Ennen sähköhoidon syntyä, 1930-luvulle tultaessa, psykiatristen potilaiden hoitokeinoja oli hyvin vähän. Potilaiden säilömiseen perustuvasta laitoshoidosta 1200-luvulta saakka kuljettiin pitkä matka 1900-luvun nykyaikaisiin hoitolaitoksiin (Shorter 1997, 5 -19, 39 -52, 139 -150). Psykiatria ei ollut olemassakaan ennen 1700-luvun loppua ja vasta 1800-luvun taitteessa alettiin ajatella, että laitoksissa tapahtuva hoito voisi olla potilaalle terapeuttista, eli oloa parantavaa (Shorter 1997, 1, 8 -9).

Potilaan ravitsemushoitoina käytettiin esimerkiksi paastoa ja kasvisruokavaliota (Elomaa & Taipale 1996, 37- 39). Varsinaisia somaattisia hoitoja olivat mm. lämmin- ja kylmävesihoidot, kääreet, hauteet ja kylvyt, jotka koettiin rauhoittaviksi. Kestouniterapiassa potilasta pidettiin lääkkein narkoosissa jopa kaksi viikkoa. Malariahoidossa parannettiin neurosyfilispotilaita injektoidulla subkutaanisesti malariainfektoituneen verta hoidettavaan potilaaseen. (Elomaa & Taipale, 37 -44, 50 -55, 74 -80.) Kirurgisesta hoidosta eli lobotomiasta alettiin 1930-luvun lopulla kehittää standardimuotoista toimenpidettä, joka levisikin myöhemmin maailmanlaajuisesti hoitomuodoksi. (Elomaa & Taipale, 6.)

### 2.2 Synty ja kehitys

Sähköhoidon edeltäjänä voidaan pitää lääkkein toteutettua kouristushoitoa eli konvulsiivista hoitoa (chemical convulsive therapy), jossa kouristuskohtaus aiheutettiin farmakologisin keinoin (kamferi, insuliini, pentyleenitetratsoli). Tämän hoitomenetelmän kehittäjä unkarilainen neuropsykiatri L. J von Meduna kokeili hoitoa aluksi skitsofreniapotilaisiin 1930-luvun alussa. Kliinisten tutkimusten tuloksena voitiin todeta koepotilaiden psykoottisten oireiden vähentyneen merkittävästi hoitojen jälkeen varsinkin katatonisilla (psykomotorisesti jäykällä) potilailla. Näiden tulosten seurauksena konvulsiivinen hoito levisi nopeasti ympäri Eurooppaa ja Yhdysvaltoja. (Mankad, Beyer, Weiner & Krystal, 2010, 4 -5; Elomaa & Taipale 1996, 12 -22.)



Vuonna 1938 Rooman yliopiston tutkija Ugo Cerletti teki ensimmäiset ECT-kokeilut teurastamon sioille. Eri jännitteiden kokeilujen tuloksena oli, että sydämen läpi viety jännite on tappava, mutta pään läpi johdettu, suurempikin jänniteannos on turvallinen. Cerletti kokeili heti ensikokeilun jälkeen sähköhoitoa myös ihmiseen: sattuman seurauksena valikoituneelle, sekavalle ja skitsofrenian piirteet omaavalle potilaalle annettiin yhteensä 11 sähkösokkia, jonka jälkeen tämä toipui oireistaan täysin. Tämä tutkimus todisti, että terapeuttisten kouristusten aikaan saaminen oli helpompaa ja tarkempaa sähköä avulla ja että sähköhoito oli käypä hoitomenetelmä ihmisille. (Elomaa & Taipale 1996, 28 -29.)

Lihaskäppäily (kurare) käyttöönnotto vuonna 1940 teki hoidosta turvallisemman ja siedetymmän. (Shorter 1997, 261 -262.) Italialaistohtorin menestyksekkään keksinnön myötä sähköhoito nousi muutamassa vuodessa pääasialliseksi fysikaaliseksi hoitokeinoksi skitsofreniapotilaiden sekä mania- ja masennuspotilaiden hoidossa. (Shorter 1997, 254 -262; Elomaa & Taipale 1996, 30 -31.)

1950-luvulle tultaessa sähköhoidon suosio hiipui masennus- ja mielialalääkkeiden kehittämisen myötä (mm. klooripromatsiini, imipramiini). (Shorter 1997, 300 -307.) Lääkehoito koettiin luotettavammaksi ja helpommaksi vaihtoehdoksi sähköhoidolle. 1960-luvun alussa vaikutti myös voimakas psykiatrian vastainen liike, jonka propaganda levitti kansalle sanomaa, että sähköhoitoa käytettäisiin fysikaalisen hoitomuodon sijasta kurinpitomuotona ja että sähköhoito olisi tehotonta. Hoitoa esitettiin julmana ja epäinhimillisenä hoitokeinona mm. elokuvateollisuuden näkökulmasta (Yksi lensi yli käenpesän) ja niinpä esim. Yhdysvalloissa kansalaiset vertasivat mielikuvissaan sähköhoitoa sähkötuoliin. (Mankad ym. 2010, 5 -7.)

Sähköhoidon huono maine jatkui kaksi vuosikymmentä, jolloin esimerkiksi Yhdysvaltojen yliopistoissa vuosina 1960 - 1980 opiskelleille psykiatreille ei edes opetettu sähköhoitoa. (Shorter 1997, 330 -337) Vasta 1980-luvun lopulla sähköhoito vakiintui jälleen potentiaaliseksi fysikaaliseksi hoitomuodoksi (Lönqvist ym. 2010, 742). Tutkimustulokset ja kokemukset hoidosta olivat jälleen osoittaneet, että sähköhoito oli tärkeä hoitovaihtoehto varsinkin lääkeresistenteille potilaille. Lisäksi hoitovälineistö ja -tekniikka olivat hioutuneet teknologisen kehityksen myötä potilasystävällisemmiksi, joka teki hoidosta aiempaa inhimillisempää. (Mankad ym. 2010, 6 -7.)

### 2.3 Sähköhoidon aiheet ja vasta-aiheet

Selkeästi parhain vaste on saatu vakavasta masennuksesta kärsivillä potilailla. Varsinkin hyvin itsetuhoiset potilaat voivat saada sähköhoidosta nopeastikin apua, koska yleensä pelkän lääkehoidon aloittaminen ja lääkkeen farmakologisen terapeuttisen alueen löytäminen voivat viedä viikkoja, jopa kuukausia. Sähköhoidon ja lääkehoidon yhdistelmä voi nopeuttaa masennuspotilaan hoidon vastetta huomattavasti. Kliiniset tulokset ovat osoittaneet, että masennuspotilaan oireiden määrä ja saavutettu hoidon vaste korreloivat keskenään: mitä useammasta oireesta potilas kärsii, sitä parempi hoidon vaste on. (Mankad ym. 2010, 9 -13; Lönnqvist ym. 2011, 743.)

Myös muihin sairauksiin liittyvät sekundaariset depressiot, lääkeresistentti lapsivuodepsykoosi sekä lääkeresistentit, positiiviset skitsofrenian oireet (aistiharhat, ajatusharhat) ovat indikaatioita sähköhoidolle. Myös parkinsonin taudin hoidossa on sähköhoidolla saatu hyviä tuloksia. Vaste on tosin lyhytkestoisempi, mutta ylläpitoehdolla voi olla potilaalle positiivisia, pidempiaikaisia vaikutuksia. (Mankad ym. 2010, 14- 19; Lönnqvist ym. 2011, 743.)

Sähköhoitoa saaneista maniapotilaista on raportoitu jopa 80 %:n saaneen hyvän vasteen hoidolle. Sähköhoitoa voidaan käyttää bipolaarisen oireyhtymän maniajakson, etenkin akuutin maniavaiheen hoidossa sekä bioplaarisen oireyhtymän masennus- ja sekamuotojen hoidossa, mikäli esimerkiksi potilas on lääkitykselle resistentti tai hänellä esiintyy katatonisia oireita (psykomotorinen lihasjäykkyys). (Mankad ym. 2010, 14 -19; Lönnqvist 2011, 743.)

Sähköhoitoa käytetään pääasiallisesti aikuisille. Lasten sähköhoidosta on hyvin vähän tutkimustietoa, joten sitä ei pidetä missään tapauksessa ensisijaisena vaihtoehtona lasten psykiatrisessa hoidossa. Nuorille hoitoa voidaan antaa samoin perustein kuin aikuisille. Raskaana olevia voidaan hoitaa sähköhoidolla kaikissa raskauden vaiheissa. Myös ikääntyneille potilaille sähköhoitoa voidaan antaa, mutta tällöin riskitekijät kasvavat potilaan perussairauksien ja muun lääkityksen myötä. (Mankad ym. 2010, 20 -21.)

Sähköhoitoa harkitaan pääasiallisesti vasta ainakin yhden epäonnistuneen lääkekokeilun jälkeen. Mikäli potilas on osoittautunut tarvittavalle lääkitykselleen resistentiksi tai lääkkeiden sivuvaikutukset ovat olleet hyvin epäsuotuisat, voidaan seuraavaksi hoitokeinoksi kokeilla sähköhoitoa. Tämän sekundaarihoidon ohella sähköhoitoa voidaan käyttää primaarihoitona

nopeampaa hoito-vastetta haettaessa tai mikäli muiden hoitovaihtoehtojen riskit ovat sähköhoitoa suuremmat. (Heikman 2004, 1222.)

Sähköhoitoa annetaan sarjahoitoina, jonka jälkeen hoitoa voidaan antaa ns. ylläpitohoitona, esimerkiksi vaikean depression uusiutumisen ehkäisemiseksi. Hoitoa voidaan myös tarvittaessa jatkaa harvempana, mikäli sairauden uusimisen mahdollisuus on todennäköinen. Tällöin voidaan samalla hoidon porrastamisen yhteydessä tehostaa lääkitystä. Sairauden uusimisen riski on erityisen suuri lääkeresistenttien potilaiden kohdalla. (Heikman 2004, 1224.)

Ehdottomia kontraindikaatioita eli vasta-aiheita sähköhoidolle ei ole, mutta on muutamia riskitekijöitä, jotka tulee ottaa huomioon hoitoa harkittaessa. Näitä ovat aivokasvain tai muu aivojen etenevä vaurio, alle kuukausi sitten sairastettu aivoinfarkti, alle kolme kuukautta sitten sairastettu sydäninfarkti sekä aivoverenvuoto. (Lönnqvist ym. 2011, 744.) Epästabiili angina pectoris, huonosti kompensoitunut sydämen vajaatoiminta, vaikea läppävika, aneurysmat tai muut vaskulaariset epämuodostumat, insuliinidiabetes, epilepsia, lisämunuaisen ydinosa kasvain, glaukooma, silmän verkkokalvon irtautumistaipumus, vaikea COPD, kaularankaa vahingoittava reuma, löysät tai huonokuntoiset hampaat sekä päänahan sairaus voivat myös lisätä komplikaatoriskiä. (Mankad ym. 2010, 29 -30.)

Anestesiassa käytettävistä lääkkeistä on huomioitava lääketoksisuuden riski. Sähköhoidolla ja muutamilla lääkkeillä on myös kliinisesti merkittäviä, kouristuksiin liittyviä yhteisvaikutuksia. Näitä lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit, klotsapiini, lidokaiini, litium ja teofylliini. (Lönnqvist ym. 2011, 744.) Anestesia lääkäri määrittelee potilaan anestesiakelpoisuuden, joka voi myös osoittautua kontraindikaatioksi hoidolle. (Heikman 2004, 1224.)

## 2.4 Sähköhoidon haittavaikutukset

Tavallisimmin sähköhoito aiheuttaa potilaalle muistioireita. Ohimenevän muistinmenetyksen kokee noin 75 prosenttia potilaista. Tämä ilmenee uuden tiedon säilömisen vaikeutena. Muistin oireet lievenevät jokaisen annetun hoitokerran jälkeen, mutta koko hoitojakson muistikuvat yhteensä voivat jäädä tyhjemmiksi, ja tämä voi tuntua potilaasta isommaltakin muistinmenetykseltä. Mitä useammin hoitoja annetaan, sitä todennäköisempiä muistihäiriöt ovat.

Toispuoleisen hoidon vaikutukset muistiin ovat lievempiä kuin molemminpuolisessa hoidossa. Muistinmenetys paranee yleensä n. 2-6 kuukauden kuluessa hoidosta. (Lönqvist ym. 2011, 743.) Toisaalta sähköhoitojen jälkeen voidaan havaita myös muistin paranemista, mikäli potilas on kärsinyt ennen hoitoja esimerkiksi vakavasta masennuksesta (Heikman 2004, 1223).

Vaikka sähköhoito onkin turvallista ja kuolemantapauksia on sattunut vain neljä sataatuhatta hoitoa kohden (4:100 000), niin tietynlaisia, tunnettuja komplikaatoriskejä on esim. sydänpotilailla ja iäkkäillä. Näitä ovat esimerkiksi sydämen pysähdys, rytmihäiriöt ja iskemiat. Valtaosalla iäkkäistäkin potilaista hemodynaamiset eli sydämen toimintaan ja verenkiertoon liittyvät oireet ovat ohimeneviä, mutta aiheellistavat kuitenkin sähköhoidon aikaisen ja hoidon jälkeisen EKG-seurannan. (Heikman 2004, 1223.)

Muihin mahdollisiin hoidon sivuvaikutuksiin kuuluvat pitkittynyt, yli kolme minuuttia kestävä kouristelu ja spontaanit kouristelut. Kouristelua voidaan helpottaa lääkkein, kuten diatsepaamilla. Lisäksi potilaalla voi olla hoidon jälkeisinä oireina päänsärkyä, lihaskipuja sekä väsymystä. Näihin oireisiin hoitokeinoina ovat kipulääkkeet ja lepo. (Mankad ym. 2010, 146 -147.)

## 2.5 Sähköhoito toimenpiteenä

Ennen varsinaista sähköhoitoa on potilaasta suoritettavaa ottaa ainakin thorax-röntgenkuva, EKG, täydellinen verenkuvakuva sekä elektrolyyttitasapaino. (Lönqvist ym. 2011, 744). Itse sähköhoito ei edellytä laboratoriotestejä, vaan kokeet otetaan toimenpidenestesiaa varten. Nesteentorjuntalääkitystä käyttäviltä, diabeetikoilta ja maksa- tai munuaissairautta sairastavilta mitataan seerumin kreatiniinipitoisuus ja diabeetikoilta lisäksi hoitoaamun glukoosipitoisuus verestä. Antikoagulanttihoitossa olevilta potilailta tarkistetaan INR-arvo. Maksasairautta sairastavilta olisi hyvä mitata bilirubiinipitoisuus. Keuhko- ja sydänpotilailta otetaan Thorax-RTG. (Oravainen 2013, 14.)

Potilaan lääkitys täytyy arvioida myös mahdollisia yhteisvaikutuksia ajatellen. Yhteisvaikutuksen seurauksena voi potilaalla esiintyä hoidon jälkeistä kouristelua, kouristelun jälkeistä sekavuutta sekä lääkkeet voivat nostaa kouristuskynnystä tai pidentää kouristusten kestoa. Lääkärin tehtävä

on varmistaa ennen hoidon aloittamista, että lääkitys on sähköhoitoa ajatellen asianmukainen. (Lönqvist ym. 2011, 744.)

Potilas saa hoidon ajaksi kevyen, mutta riittävän syvän anestesian. Anestesiaa varten potilaan tulee olla yön yli ravinnotta aspiraatoriskin takia. Potilaan aivoihin johdetaan sähköjännite joko uni- tai bilateraalisesti eli tois- tai molemminpuolisesti. Yleensä jännitteen voimakkuus on hoitojen alussa 10- 30 joulea ja hoitojen edetessä sitä nostetaan, kuitenkin jääden yleensä alle 100 joulun. Potilasta monitoroidaan hoidon aikana sydän- ja aivosähkökäyriin ja lisäksi voidaan seurata myös lihassähkökäyriä. Kouristusta arvioidaan käyrien lisäksi myös silmämääräisesti. (Lönqvist ym. 2011, 744- 745.) Mikäli kouristus pitkittyy yli kolmen minuutin pituiseksi, potilaalle tulee annostella laskimonsisäisesti barbituraattia tai bentsodiatsepiinia ja tarvittaessa myös lihasrelaksanttia. (Lönqvist ym. 2011, 744- 745.)

Ensimmäisellä hoitokerralla voidaan joutua hakemaan terapeuttisen vasteen antavaa jännitteen voimakkuutta. Annostitruuksen lisäksi kouristuskyynnystä voidaan arvioida potilaan iän avulla. Kouristuskynnys nousee lineaarisesti iän mukana. (Oravainen 2013, 17.)

Sähköhoitoa annetaan yleensä 2-3 kertaa viikossa. Masennuspotilaille sitä annetaan 6-12 hoidon sarjana, bipolaarihäiriön maniavaiheeseen 8-20 hoidon sarjana ja skitsofrenian hoitoon keskimäärin 12 kertaa tai enemmän. Akuuttiin sekavuustilaan tai katatonian hoitoon hoitoja annetaan yleensä 1-4 kertaa. Vaikeimmissa tapauksessa voidaan sähköhoitoa antaa kaksi kertaa bilateraalisesti 1-2 minuutin välein yhdellä hoitokäynnillä. (Lönqvist ym. 2011, 744- 745.)

### 3 OHJAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sähköhoitoa saaneiden potilaiden kokemuksista ja kuten jo edellä mainittiin, tutkimustietoa on tänä päivänä hyvin vähän ja / tai se on vaikeasti saatavilla. Yhtenä lähtökohtana tutkimukselle oli, että tuloksia analysoimalla voidaan jatkossa kehittää Oulun sähköhoitoyksikön toimintaa. Tutkimuksessamme selvitimme mm. kuinka vastaajat kokivat tullessa huomioiduiksi yksikköön saapuessaan.

Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään edistämään potilaiden kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Aiemmin potilas oli passiivisessa roolissa hoitajan ollessa aktiivinen asiantuntija. Nyt potilas nähdään itse aktiivisena osapuolena ja ohjaus perustuu enemmän tasapuoliseen vuorovaikutukseen. Ohjaus nähdään yhtenä keskeisenä osana potilaan hoitotyötä. (Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen & Poskiparta 2007, 5, 25 -27.)

Potilaiden erilaisuus asettaa haasteita, sillä hoitajan on aluksi tunnistettava potilaan erilaiset tietoon ja tukeen liittyvät tarpeet. Ohjauksen lähtötilanteen arviointiin ei valitettavan usein kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin voitaisiin vastata, on välttämätöntä selvittää hänen tilanteensa ja mahdollisuutensa sitoutua omaa terveyttään edistävään toimintaan. Potilaan taustatekijöiden huomioimisen lisäksi hoitajan tulee kiinnittää huomiota myös omiin tunteisiinsa, ajatustapoihinsa sekä omaan arvomaailmaansa ja erilaisiin ihmiskäsityksiinsä. (Hirvonen ym. 2007, 26 -27) Se, että potilaan ohjaus perustuu hoitajan ja potilaan yhteiseen näkemykseen potilaan hoidosta, parantaa potilaan hoitotyytyväisyyttä ja vahvistaa siten hoitoon sitoutumista. Itse ohjaustilanne perustuu potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen, joka tekee ohjaustilanteesta ja ohjaussuhteesta ainutkertaisen. (Hirvonen ym. 2007, 47.)

Potilaat odottavat tältä vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta myös silloin, kun ovat hoitajan kanssa asioista eri mieltä. Hoitajan tulee puolestaan kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja osoittaa potilaalle luottamusta, vilpittömää kiinnostuneisuutta ja arvostusta potilaan asioita kohtaan. Hoitajan tulee myös rohkaista ja ymmärtää asiakasta ilmaista ajatuksiaan selkeästi sekä osata tehdä kysymyksiä. Onnistunut vuorovaikutus vaatii molemmilta osapuolilta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, tavoitteita ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Hirvonen ym. 2007, 48.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sähköhoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Nykyinen sähköhoitoyksikkö on suhteellisen uusi (aloittanut toimintansa 2012), eikä potilaskyselyjä ole aiemmin tehty.

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää sähköhoitoa saavien potilaiden ohjausta ja hoitoa. Potilaslähtöisen hoitotyön kannalta suoraan potilailta saatu palaute on arvokasta tietoa ja sen pohjalta on hyvä lähteä arvioimaan ja kehittämään hoitoa, henkilökunnan työskentelyä ja hoitoympäristöä parempaan suuntaan.

Tutkimustehtävä on:

- Millaisia kokemuksia potilailta on sähköhoidosta?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 5.1 Tutkimusmetodologia

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole löytää tilastollisia säännönmukaisuuksia tai yhteneväisyyksiä. Tämän vuoksi aineiston koko ei määräydy niiden mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 157- 176).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sähköhoidossa käyvien potilaiden kokemuksia ja avata potilaiden näkökulmia sähköhoidosta. Tässä tutkimuksessamme käytimme kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Valitsimme tämän tutkimusmenetelmän, sillä halusimme saada mahdollisimman kokonaisvaltaista tietoa potilaiden kokemuksista.

### 5.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole päästä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tutkimuksessa pyritään mm. kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa ja tätä kautta ymmärtää tiettyä toimintaa. Merkittävää on, että tutkittavilla on tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tietoa tai heillä on omakohtaista kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 85-86.)

Tutkimus kohdistui Oulun yliopistollisen sairaalan sähköhoitoyksikössä hoitoa saaneisiin potilaisiin. Kyselyyn osallistumismahdollisuutta tarjottiin henkilökunnan toimesta potilaille, jotka olivat ECT-hoitajakson lopetusvaiheessa tai ylläpito-hoidossa. Muutoin emme tutkimuksessamme rajanneet kohdejoukon valintaa. Sairaudet, joihin tutkittavat ovat hoitoa saaneet, eivät rajanneet tutkittavien valintaa mutta ne kartoitettiin kyselyssä samoin kuin ikä ja sukupuoli. Kyselylomake lähetettiin tutkijoiden toimesta 16 tutkittavalle, joista neljä vastasi kyselyyn, eli vastausprosentiksi muodostui 25 %.



### 5.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusstrategiana oli kyselytutkimus jossa käytetään strukturoitua kyselykaavaketta. Näin potilaiden mielipiteet ja arviot saadusta hoidosta ovat helpommin kuvailtavissa, verrattavissa ja analysoitavissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 130.) Valitsimme tämän menetelmän siksi, että tavoitteena oli mahdollisimman laaja vastausaineisto ja standardoidut vastaukset olivat selkeästi ja luotettavasti koottavissa yhteen kyselyn tuloksien analysointia varten.

Operationalisoimalla tutkimuskysymykset selkeäksi, juonelliseksi kokonaisuudeksi voidaan vastaajien kanssa puhua samaa kieltä lomakkeen tasolla ja siten mittaus voi onnistua parhaiten. Pääosin vastausvaihtoehdot ovat toisensa poissulkevia, jolloin vastaaminen on vastaajalle helpompaa ja yksittäiset vastaukset ovat myös analysoinnin kannalta helpompi strukturoida. (Vilkkä 2007, 71.)

Kysymykset oli laadittu sähköhoitoyksikön tutustumispäivän havaintojen ja opinnäytetyön tietoperustan tietojen perusteella. Sairaanhoidajakoulutuksen teoriaopinnot hoitotyön perusteista ja etiikasta sekä käytännön kliiniset hoitotyön kokemukset tukivat tietopohjaa, jonka perusteella pohdimme kysymyksiä. Kysymyksiä oli 21 kappaletta ja kyselyn arvioitu vastaamisaika oli noin 5-10 minuuttia. Esitestaamisen sijaan kyselykaavakkeen kysymyksiä pohdittiin yhdessä hoitoyksikön henkilökunnan kanssa ennen kyselyiden lähettämistä.

### 5.4 Aineiston keruun suorittaminen

Tutkimusmenetelmäksi muodostui postikysely sen helppouden ja vahvan anonymiteetin suojan vuoksi. Tutkimusjoukoksi valikoitui sähköhoitajakson loppuvaiheessa olevat, hoitonsa päättävät ja ylläpito-hoidossa käyvät potilaat. Tutkimusjoukko valittiin sähköhoitoyksikön toimesta, josta myös varmistettiin alustava suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksessa, jossa käytetään strukturoitua kyselykaavaketta, aineistoa kerätään standardoidusti koehenkilöiden muodostaessa otoksen tietystä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuvilta kysytään kaikilta samat kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2007, 188.)

Tutkimusjoukolle lähetettiin postitse saatekirje, kyselylomake ja palautuskuori. Vastauslomakkeen tutkittavat toimittivat suoraan tutkijoiden osoittamaan osoitteeseen sähköhoitoyksikköön. Kysely lähetettiin 16 tutkittavalle, johon neljä vastasi. Näin osallistumisprosentiksi muodostui 25 prosenttia. Kysely toteutettiin kertaluontoisena, eikä karhuamista tehty.

## 5.5 Aineiston analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen keskeisiä vaiheita, joissa tutkijalle hahmottuu minkälaisia vastauksia hän asetettuihin kysymyksiin saa. Analyysivaiheessa tutkijalle voi myös selvitä, mitä kysymyksiä hänen olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

Laadullisen aineiston analysoinnissa käytetään perinteistä sisällön analyysia. Analysointia ohjaavat tutkijoiden ennakkokäsitys ja tiedot tutkittavasta ilmiöstä. Aineistosta muodostetaan analyysirunko, johon haetaan analyysiyksiköitä. Analyysiyksikkönä voi toimia sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Näin vastauksia voidaan kategorisoida ja ryhmitellä edelleen ala-, ylä- sekä pääkategorioihin kokoavin käsittein. Tätä kutsutaan deduktiiviseksi sisällönanalyysiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–139.)

Kirjeitse saadut vastauslomakkeet voidaan kirjoittaa sähköiseen muotoon ja siten saadaan kaikki vastaukset yhtenäisesti mitattavaksi ja analysoitavaksi. Sähköisesti kootut tilastot ja kuvaajat ovat vertailu- ja analyysikelpoisia myös keskenään, jolloin ristiintaulukoinnin avulla voidaan mitata myös kahden tai useamman muuttujan välisiä riippuvuuksia. Näin voidaan vertailla esimerkiksi eri potilasryhmien kokemuksia rinnakkain. Keskeisimmät tulokset esitetään taulukoin ja kuvioin, koska ne havainnollistavat kirjoitettua tekstiä, lisäävät tulosten ymmärtämistä ja myös päinvastoin. (Vilka 2007, 129- 135.)

Miles ja Huberman (1994) jakavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmeen eri vaiheeseen: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämisen vaiheessa kerätty data pelkistetään

siten, että aineistosta karsitaan kaikki epäolennainen pois. Pelkistämistä ohjaa ennen tutkimusta asetetut tutkimustehtävät. Seuraavassa vaiheessa aineisto ryhmitellään, jossa alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tässä vaiheessa aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään ylempiin käsitteisiin. Viimeisessä vaiheessa eli aineiston teoreettisten käsitteiden luomisessa, erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa alkuperäisilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja yhä edelleen johtopäätöksiin. (Tuomi ym. 2009, 108- 112.)

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten analysoinnissa käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Alkuun kävimme läpi palautetut kyselylomakkeet ja siirsimme vastaukset Word-ohjelmaan. Tämän jälkeen karsimme aineistosta kaiken epäolennaisen pois ja aloimme luomaan taulukointia alkuperäisilmauksista. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin, joista muodostettiin asetettujen tutkimustehtävien pohjalta alaluokat ja edelleen yläluokat. Päättökäsitteistämme muodostui lopulta kolme pääluokkaa, jotka jakautuivat suullisen ja kirjallisen tiedon antamiseen, potilaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen ja hoidon yleisimpiin haittavaikutuksiin.

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"Hyvät kirjalliset ohjeet, minne tulla ja valmistelut."	Kirjallisten ohjeiden merkitys.	Tiedon anto.	Suullisen ja kirjallisen tiedon antaminen.
"Anestesiahoitaja olisi voinut tulla lähemmäksi ja kertoa mitä tehdään vaikka tiesikin asiat."	Potilas koki, että olisi tarvinnut enemmän tietoa siitä mitä tehdään.	Hoitohenkilöstön toiminta toimenpiteen aikana..	Suullisen ja kirjallisen tiedon antaminen.
"Anestesiahenkilökunta jäi etäiseksi ennen hoidon aloittamista ja heräämössä."	Anestesiasta vastavat jäivät etäiseksi hoidon aikana sekä sen jälkeen.	Hoitohenkilöstön toiminta toimenpiteen aikana.	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen.
"Hoitaja huomioi minut hyvin hoidon aikana."		Potilaan huomioiminen.	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen
"Kun lääkäri kysyy hoidon aikana vointia, olisi syytä muun henkilökunnan olla hiljaa ja antaa potilaan kertoa voinnistaan."	Kokemus kuulluksi tulemisesta jäi vähäiseksi.	Potilaan huomioiminen.	Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen.
"Muistiongelmia (ei lähimuistissa). Myöhäisempiä asioita ei tahdo muistaa esim. 2-5 vuoden takaisia."	Muistiongelmia esiintyi etenkin kauko-muistin suhteen.	Hoidosta aiheutuvat mahdolliset haittavaikutukset.	Hoidon haittavaikutukset.
"Päänsärky oli ensimmäisellä kerralla kova."	Päänsärky oli hoidon jälkeen kova.	Hoidosta mahdollisesti aiheutuvat haittavaikutukset.	Hoidon haittavaikutukset.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistuneista kaikki olivat saaneet sähköhoitoa vaikeaan masennukseen. Kysymys ”Koittako saaneenne sähköhoidosta apua” jakoi selvästi mielipiteitä. Puolet vastanneista koki saaneensa hoidosta apua melko paljon tai jonkin verran. Toinen puoli taas koki hoidon vaikuttavuuden hyvin vähäiseksi tai olemattomaksi. Vastanneet eivät esittäneet toiveita hoidon parannettavuuden suhteen. Kaikki kyselyyn vastaajat antoivat saamastaan hoidosta positiivista palautetta.

*"Pullakahvi maistui erinomaiselle!"*

*"Ei mitään valittamista, kaikki toimi hyvin..:"*

*"Kiitokset hyvästä ja ystävällisestä palvelusta!"*

### 6.1 Suullisen ja kirjallisen tiedon antaminen

Tutkimukseen osallistuneilla vain yhdellä oli aiempaa tietoa sähköhoidosta ennen kuin sitä tutkittaville ehdotettiin. Kun sähköhoitoa ensi kertaa ehdotettiin, saivat tutkittavat siitä lisätietoa avokuntoutusyksiköstä, mielenterveystoimistolta ja omatoimisesti internetistä. Myös hoitoyksikkö oli näyttänyt aiheesta opetusvideon. Kysyttäessä saivatko tutkimukseen osallistuneet aiheesta riittävästi tietoa ennen hoidon aloittamista, koki puolet (2) vastaajista tiedon olleen riittämätöntä.

Puolet potilaista koki saaneensa riittävät jatko-ohjeet ja puolet taas kokivat ne riittämättömiksi. Ohjeisiin tyytyväiset olivat saaneet ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti. Toinen ohjeistukseen tyytymättömistä potilaista oli saanut hoidon jälkeen mukaansa vain anestesian jälkeiset hoito-ohjeet ja lääkärin puhelinnumeron.

## 6.2 Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen

Jokainen kyselyyn vastanneista koki tulleen hyvin huomioituksi hoitoon tullessaan ja sen aikana. Vastajat nostivat vastauksissaan esille ystävällisen ja turvallisen ilmapiirin sekä ennalta tutun hoitohenkilöstön. Myös saattajan huomioiminen koettiin tärkeäksi ja myös hänelle kerrottiin hoidon etenemisestä ja sen vaikuttavuudesta. Yksi vastaajista koki nopean työtahdin negatiiviseksi asiaksi. Tätä kuvattiin termillä "liukuhihnatyö".

Kaikki vastaajista kokivat hoitohenkilöstön työskentelyn vastaanottotilanteessa, toimenpiteeseen valmistelussa ja toimenpiteen jälkeen heräämössä hyväksi tai miellyttäväksi. Yksi vastanneista koki anestesiahenkilökunnan toiminnan etäiseksi ja olisi toivonut, että hoitaja / lääkäri olisi samalla kertonut potilaalle mitä tehdään ja minkä vuoksi. Myös heräämössä vastaaja olisi toivonut, että hänen vointiaan olisi tiedusteltu. Toinen vastaajista toivoi muun henkilökunnan antavan potilaan rauhassa kertoa voinnistaan ennen toimenpiteen alkua.

*"Kun lääkäri kysyy hoidon aikana valmistelun aikana vointia, olisi syytä muun henkilökunnan olla hiljaa ja antaa potilaan kertoa vointinsa."*

## 6.3 Hoidon haittavaikutukset

Kolme neljästä koki saaneensa haittavaikutuksia melko paljon. Kaikilla vastaajista ilmeni ongelmia etenkin pitkäkestoisessa muistissa. Yksi vastanneista koki menettäneensä muistin kokonaan 14 kuukauden ajalta. Hän kuvasi joitain pieniä muistoja esiintyneen aika ajoin mutta muutoin ei muistanut tuosta ajanjaksosta mitään. Myös toinen vastaajista kuvasi 2-5 vuoden takaisten muistojen hävinneen kokonaan. Yksi vastanneista toi esille muistihäiriöiden lisäksi aistivääristymät ja kuvasi haistaneensa voimakkaan kukkien tuoksun kahden viikon ajan hoidon päättymisen jälkeen.

*"Muistinmenetys koko keväältä 2013 ja sitä edeltävä vuosi myös 2012 ovat pyyhkiytyneet pois muistista. Joitain hyvin pieniä muistoja tullut esille myöhemmin, mutta muuten en muista tuosta ajanjaksosta mitään."*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Johtopäätökset

Koimme opinnäytetyön aiheen olevan tärkeä ja ajankohtainen, etenkin kun sähköhoito on hoitomuotona yleistymässä. Lisäksi sähköhoidon vaikuttavuudesta ja hoidon kokemuksista on tutkittua tietoa vielä hyvin vähän. Kansainvälisiltä internetsivustoilta löytyy jonkin verran teoriatietoa sähköhoidosta, mutta koimme että suomenkielisillä sivustoilla tieto jäi puutteelliseksi. Yhteistyökumppanimme sähköhoitoyksikkö ja sen henkilökunta kokivat myös, että sähköhoitoa on hyvä tuoda esille myös opiskelijoiden kautta. Opiskelijoiden on mahdollista tutustua sähköhoitoyksikön toimintaan.

Tutkimuksen tekeminen yhteistyössä Oulun sähköhoitoyksikön kanssa on ollut luontevaa. Koululta saimme tukea ja ohjeistusta ohjaavilta opettajilta opinnäytetyön työpajoissa. Tutkimusluvan saaminen eettiseltä toimikunnalta oli alussa haastavaa ja hylkäsimmekin osittain tästä syystä aiemman suunnitelmamme haastatella potilaita kasvotusten.

Meille opinnäytetyön tekeminen on tuonut runsaasti lisätietoa sähköhoidosta, joka tukee ammatillista osaamistamme jatkossa. Harmillisesti tutkimukseen osallistuneiden määrä jäi hyvin vähäiseksi, joka tuli huomioida tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Myös vastaukset olivat lyhyitä ja suppeita. Mikäli olisimme tehneet tutkimuksen haastattelun kautta, olisimme saaneet huomattavasti enemmän tietoa etenkin kokemuksellisista asioista, jonka olimme asettaneet päätutkimustehtäväksemme.

Hyvinvointia yhdessä -päivänä saimme opponenteiltamme hyvää palautetta. Kehittämisehdotuksia heillä oli juurikin vastaajamäärään liittyen. He pohdiskelivat että olisiko vastaajamäärää voinut kasvattaa siten, että sähköhoitoyksikön hoitohenkilökunta olisi antanut tutkimuskyselylomakkeet suoraan potilaille esimerkiksi heidän odottaessa omaa hoitovuoroaan. Odotusaulassa istuessaan potilas olisi voinut perehtyä kyselyyn jo etukäteen. Kotona ei potilailla välttämättä ole samalla tavalla aikaa tai kiinnostusta kyselyyn vastaamiseen.

Pohdimme myös vastaajien nykyistä vointia. Vastaajien ollessa masennuspotilaita, jolloin keskittyminen ja voimavarat voivat olla vähissä, kysely on voinut olla liian pitkä täyttää. Kysely koostui sekä suorista vaihtoehtokysymyksistä, että avoimista kysymyksistä. Tutkittavat jättivät useisiin avoimiin kysymyksiin vastaamatta tai vastasivat hyvin lyhyesti esimerkiksi yhden tai kahden lauseen verran. Olisi ollut hyvä että vastauksia olisi avattu paremmin. Esimerkiksi potilas joka vastauksessaan toi esille että olisi halunnut saada enemmän tietoa hoidosta, jätti meille arvoitukseksi millaista tietoa ja missä vaiheessa hoitoa potilas olisi sitä kaivannut.

Kyselykirjeitä olisi ollut kannattavampaa lähettää useammalle kuin 16 potilaalle, jolloin vastausprosentti olisi todennäköisesti noussut korkeammaksi. Näitä opponijien kehitysehdotuksia voisi olla mahdollista hyödyntää jos tulevaisuudessa tehdään jatkotutkimuksia sähköhoidon kokemuksista. Mielestämme edelleen on jäänyt epäselväksi asioita ja olisikin ollut mielenkiintoista selvittää laajemmin potilaiden kokemuksia sähköhoidosta. Vastausten vähäisen määrän vuoksi emme voineet tehdä suurempia johtopäätöksiä ja mielestämme vastauksia voisi hyödyntää parhaiten lähinnä sähköhoitoyksikön toiminnan kehittämisessä.

Kuten jo edellä on mainittu, saaduista tutkimustuloksista ei voida tehdä yleisiä johtopäätöksiä sähköhoidon vaikuttavuudesta. Sen sijaan tuloksia voidaan tarkastella esimerkiksi potilasohjauksen näkökulmasta. Vastaajat antoivat hyvää palautetta hoitohenkilökunnan toiminnasta ja kokivat sen ystävälliseksi. Saatujen tulosten perusteella myös yksikön suullinen ja kirjallinen tiedottaminen nähtiin hyvin toteutuvana.

Kuten vuonna 2006 julkaistussa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin raportissa ilmenee, tiedonanto tulevista tutkimuksista tai toimenpiteestä voi lievittää potilaan pelkoa ja ahdistusta. Tiedonanto tulisi aloittaa heti potilaan saapuessa sairaalaan, vaikkakin on tutkittu potilaiden kokevan eniten pelkoa ja ahdistusta juuri tässä vaiheessa. Asianmukainen ja oleellinen tieto auttaa potilasta ennakoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin. (Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit.)

Vuonna 2008 julkaistussa artikkelissa käsiteltiin saatuja tutkimustuloksia hoitajien näkökulmasta potilasohjaukseen liittyen. Tulosten mukaan henkilökunnan tiedot, taidot, ja asenteet vaikuttavat oleellisesti hoidon laatuun. Henkilöstö koki ohjaustoimintaa heikentäväksi tekijöiksi mm. puutteellisen ajan, epäasialliset ohjaustilat sekä välineistön. Tutkimuksessa henkilöstö piti tietojään ohjat-



tavista asioista suhteellisen hyvinä. Huonoiten koettiin tietävän potilaan hoidon jälkeisestä voinnista. (Lipponen, K. Kanste, O. Kyngäs, H. Ukkola, L. 2008.)

Myös meidän tutkimuksessa nousi osittain esille hoitohenkilöstön tietämättömyys hoidon jälkeisestä voinnista. Voinnista kysyttiin vain seuraavalla kerralla henkilön saapuessa tutkimukseen. Vastaajat eivät tuoneet esille varsinaista pelkoa itse sähköhoitoa kohtaan mutta tuloksista ilmeni, että toimenpiteeseen liittyvä nukuttaminen jännitti potilaita. Kuten edellä mainitussa artikkelissa todetaan, henkilökunnan tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat hoidonlaatuun ja nämä tekijät nähtiinkin positiivisina tekijöinä Oulun sähköhoitoyksikössä. Etenkin henkilökunnan ystävällisyydestä ja sen pysyvyydestä annettiin positiivista palautetta. Vastaajat kokivat, että hoitoon oli helppo tulla.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on koko tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka on alun perin kehittynyt ennen kaikkea lääketieteen kysymysten parissa, mikä on luonnollista kun lääketieteen tutkimukseen osallistujat ovat pääasiassa ihmisiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172).

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimussuunnitelmamme hyväksyttiin Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa, joka lisää tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta merkittävästi. Toimikunta käsittelee eettisten näkökulmien lisäksi myös tieteelliset rikkomukset, kuten plagioinnin ja väärentämisen. Tutkimusetiikan vastaista toimintaa on myös tulosten sepittäminen, toisten tutkijoiden vähättely ja tutkimusapurahojen väärinkäyttö (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182 -183).

Tämän tutkimuksen lähtökohta oli, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kieltäytymisen mahdollisuus on olemassa läpi prosessin. Osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen, jonka tutkittavat olivat jo etukäteen antaneet. Tutkittavalle annettiin mahdollisuus kieltäytyä myös tiedonannosta tai keskeyttää tutkimus sen vaiheesta riippumatta. Osallistumattomuus ei aiheuttanut uhkaa tutkittavalle, mutta tutkimukseen osallistumisesta ei myöskään palkittu. Näillä em. asioilla kunnioitettiin tutkittavan itsemääräämisoikeutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177 -178.)

Tutkimuksessa kysyttiin vain tutkimuksen osalta tarpeellisia kysymyksiä sekä huolehdittiin, että tutkimustietoja ei käytetty tutkittavia vastaan. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa käsitellään usein sensitiivisiäkin aiheita, joten on hyvin tärkeää ottaa huomioon, että tutkimusaiheiden käsittely voi herättää tutkimukseen osallistuvassa voimakkaitakin tunnereaktioita. Jo tutkimussuunnitelmaa tehdessä on arvioitava mahdollisia haittoja ja on kyettävä kuvaamaan esimerkiksi kuinka voimakkaasti reagoivien tutkittavien psyykinen tasapaino voidaan turvata ja mahdollisesti myös palauttaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Laadimme kyselylomakkeen kysymykset yhteistyössä sähköhoitoyksikön kanssa, joten koimme että varsinaista esitestausta kyselylomakkeen toimivuudesta ei tarvittu. Kyselylomakkeen lisäksi lähetimme tutkittaville saatekirjeen, jossa kuvattiin tarkasti tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Saatekirjeessä korostettiin tutkimuksen vapaaehtoisuutta ja vastaajien anonymiteettiä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisimpinä luotettavuuden kriteereinä toimivat tutkijat itse ja näin ollen luotettavuuden arviointia tulisi tarkastella koko tutkimusprosessin ajan. (Eskola & Suoranta. 1998.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljän pääkategorian mukaisesti. *Uskottavuus* luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkastettava vastaavatko hänen tulkintansa vastaajien käsityksiä. *Siirrettävyydellä* tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä vaikka tutkittu ja sovellusympäristö muuttuisivat. *Luotettavuus* rakentuu tutkimusprosessin ulkopuolisesta valvonnasta sekä tutkijoiden kyvystä tarkastella työtään objektiivisesti. *Vahvistuvuudella* puolestaan tarkoitetaan saatujen tulosten yhdenmukaisuutta aiempiin tutkimuksiin verrattuna. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että aineisto on käsitelty kolmen tutkijan toimesta moneen kertaan, jotta mahdollisilta virhetulkinnoilta vältyttäisiin. Useamman havainnoitsijan käytöllä pyritään varmistamaan tutkimuksen objektiivisuus. (Eskola & Suoranta.1998.)

Menetelmänä käytimme sisällönanalyysia, jossa kerätty aineisto purettiin ensin pienempiin osiin, jonka jälkeen varsinaiset tulokset olivat helpommin hahmoteltavissa. Analysoidessamme tuloksia käsitelimme kaikki vastaukset luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto säilytettiin siten, että tutkimuksen ulkopuoliset henkilöt eivät päässeet siihen käsiksi. Tutkimuksen analysoinnin jälkeen hävitimme aineiston asianmukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää huomattavasti tutkimukseen osallistuneiden määrä. Tästä johtuen tutkimustulokset jäivät suppeiksi, eikä saaduilla tutkimustuloksilla voi tehdä yleisiä johtopäätöksiä etenään hoidon vaikuttavuuden suhteen. Tuloksilla voidaan lähinnä arvioida Oulun sähköhoitoyksikön toimintaa ja mahdollisesti kehittää sen sitä hyödyntäen vastaajien esille tuomia kokemuksia.

## 8 LÄHTEET

Alonen, M. & Potapova, I. 2012. Aivojen sähköhoito: Ohjausvideo aivojen sähköhoidosta Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 17.9.2014.

Elomaa, E. & Taipale, I., 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Yhteistyössä Mielen terveyden Keskusliitto ja Printway Oy

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerrus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Heikman, P. 2002. Right unilateral and bifrontal electroconvulsive therapy in the treatment of depression with special reference to neurophysiological and clinical aspects. Hakupäivä 16.9.2014. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/heikman/rightuni.pdf>

Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Hakupäivä 16.9.2014. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94286.pdf>

Hietanen, S. Henriksson, M. Leppävuori, A. 1996. Katatoninen oireyhtymä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 112 (21), 1989.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

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

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (online). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013 (viitattu 20.5.2015). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Lipponen, K. Kyngäs, H. Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.

Lipponen, K. Kanste, O. Kyngäs, H. Ukkola, L. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 2008; 45. 121 – 135.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim

Mankad, M. Beyer, J., Weiner, R. & Krystal, A. 2010. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.

Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Suom. E. Salomaa. Helsinki: Hakapaino. Alkuperäisjulkaisu 1997.

Taiminen, T. 2015. Sähköhoito tehoaa vaikeahoitoiseen skitsofreniaan. Suomen Lääkärilehti 70 (8), 467.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerrus kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi

Hyvä sähköhoitoyksikön potilas

Teemme opinnäytetyötä potilaiden hoitokokemuksista Oulun yliopistollisen sairaalan sähköhoitoklinikalla. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Oulun ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopistollisen sairaalan sähköhoitoyksikön kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa sähköhoitoa saaneiden potilaiden kokemuksia.

Kyselyyn vastaaminen on Teille vapaaehtoista. OYS psykiatrian tulosyksikkö postittaa Teille kyselykaavakkeet, eikä meillä tutkijoilla ole tiedossa henkilöllisyyttä, eikä se tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen tulokset julkaisemme tilastollisessa muodossa ja avointen kysymysten kohdalla sisältö eritellään niin, ettei Teitä tunnisteta vastauksestanne. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti eikä aineistoa käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen. Sähköhoitoklinikalla on oikeus käyttää tutkimustuloksia toimintansa kehittämiseen. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua vuoden 2015 loppuun mennessä. Toivomme Teidän osallistuvan tutkimukseemme.

Tutkimustulosten avulla sähköhoidon laatua voidaan kehittää kokemusten perusteella toimivammaksi. Vastauksenne ja kokemuksenne ovat siten meille erittäin arvokkaita. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu ohessa olevalla kyselylomakkeella sekä palautuskuorella (postimaksu maksettu).

Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimuksesta, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Yhteistyöterveisin,

Soili Kynkäänniemi, Mikko Pälvimäki & Anu Tolonen

Oulun Ammattikorkeakoulu, Hoitotyön sv

e-mail: o1toan00students.oamk.fi

p.045-8407990

Kyselyssä on 21 kysymystä ja vastaamiseen kuluu noin 5- 10 minuuttia.

Kysymykset ovat pääsääntöisesti rästittavia monivalintakysymyksiä. Täydentävinä kysymyksiä on avoimia, omin sanoin vastattavia kysymyksiä, joihin toivomme teidän myös vastaavan.

Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, eikä vastauksianne voi tunnistaa tutkimustuloksista.

## KYSYMYKSET

1. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta

2. Sukupuoli:  Mies  Nainen

3. Mihin sairauteen tai oireeseen saitte sähköhoitoa?

---

---

4. Oletteko saaneet aiemmin sähköhoitoa?

En

Kyllä

Aiempien hoitajaksojen määrä \_\_\_\_\_

Ensimmäinen hoitajakso oli vuonna \_\_\_\_\_

5. Oliko teillä aiempaa tietoa sähköhoidosta ennen ensimmäistä hoitokertaa?

Ei

Millaisia mielikuvia sinulla oli sähköhoidosta? \_\_\_\_\_

---

---

---

Kyllä

Mistä olitte saaneet tietoa? \_\_\_\_\_

---

6. Saitteko klinikalta ennen ensimmäistä hoitokertaa tarpeeksi tietoa sähköhoidosta?

Kyllä

Millä tavoin saitte tarvittavan tiedon? \_\_\_\_\_

---

En

Mitä tietoja/tietolähteitä olisitte vielä tarvinneet ennen hoitoon tulemistä? \_\_\_\_\_

---

7. Koitteko sähköhoidon pelottavaksi hoitomenetelmäksi ennen ensimmäistä hoitokertaa?

En

Kyllä

Mikä oli pelottavaa? \_\_\_\_\_

---

En osaa sanoa



8. Oliko sähköhoitoyksikköön saapuminen selkeästi ohjeistettu? (suulliset/kirjalliset ohjeet)

Kyllä

Mikä oli hyvää ohjeistuksessa? \_\_\_\_\_

Ei

Mitä puutteita oli ohjeistuksessa? \_\_\_\_\_

En osaa sanoa

9. Otettiin teidät toivomallanne tavalla vastaan sähköhoitoyksikköön saapuessanne?

Kyllä

Mikä oli hyvää? \_\_\_\_\_

Ei

Mikä oli mielestänne huonoa? \_\_\_\_\_

En osaa sanoa

10. Millaisena koitte henkilökunnan työskentelyn?

(arvioi asteikolla 1-5, jossa 1 on epämiellyttävä ja 5 miellyttävä)

	1	2	3	4	5
	epämiellyttävä	en osaa sanoa			miellyttävä
vastaanottaessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toimenpiteeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valmistelun aikana					
toimenpiteen jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heräämössä					
yhteydenpidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuna aikana					

11. Mitä muuta haluaisitte kertoa henkilökunnan työskentelystä sähköhoitoyksikössä?

---

---

---

---

---

---

---

---

Ei kerrottavaa

12. Saitteko mielestänne hoidon jälkeen tarpeeksi jatko-ohjeita ja ohjausta?

Kyllä

Mitä ohjeita saitte? \_\_\_\_\_

---

---

Ei

Mitä ohjeita olisitte tarvinneet? \_\_\_\_\_

---

---

En osaa sanoa

13. Huomioitiinko saattajaa/omaista mielestänne tarpeeksi sähköhoitoyksikössä käydessänne?

Kyllä

Millä tavoin häntä huomioitiin? \_\_\_\_\_

---

---

Ei

Miten olisitte toivoneet häntä huomioitavan? \_\_\_\_\_

---

---

En osaa sanoa

14. Saitteko sähköhoitoyksikössä erityistä apua sitä tarvitessanne? (esimerkiksi liikkumiseen)

Kyllä

Millaista apua saitte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En

Mitä apua olisitte tarvinneet? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En tarvinnut erityistä apua

15. Jännittikö teitä sähköhoidossa käydessänne jokin tilanne seuraavista erityisesti:  
(*Voit valita useamman vaihtoehdon*)

toimenpiteeseen odottaminen, miksi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nukutuksen valmistelu, miksi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nukutus, miksi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

herääminen, miksi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

toimenpiteen jälkeinen vointi heräämössä, miksi?

---

---

toimenpiteen jälkeinen pärjääminen kotona/osastolla, miksi?

---

---

jokin muu asia, mikä? miksi?

---

---

16. Koetteko sähköhoidon turvalliseksi hoitomenetelmäksi?

Kyllä

Miksi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En

Miksi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En osaa sanoa

17. Minkä verran koette saaneenne apua sähköhoidosta?

En yhtään

Hyvin vähän

Jonkin verran

Melko paljon

Hyvin paljon

Millaista apua olette saaneet? \_\_\_\_\_

---

---

---

18. Minkä verran koette saneenne hoidosta sivu-/haittavaikutuksia hoitojakson aikana?

En yhtään      Hyvin vähän      Jonkin verran      Melko paljon      Hyvin paljon

19. Millaisia sivu-/haittavaikutukset ovat olleet? Niiden kesto?

---

---

---

---

**SANA ON VAPAA**

20. Ruusut/risut tai terveisenne sähköhoitoyksikön henkilökunnalle:

---

---

---

---

21. Ruusut/risut tai terveisenne kyselytutkimuksen tekijöille:

---

---

---

---

***KIIITOS VASTAUKSISTANNE!***

