

Valtteri Martikainen, Mikko Mielonen & Jonne Palm

Potilaiden kokemukset ECT-hoidosta Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelu- jen kuntayhtymän alueella

Opinnäytetyö

Sairaanhoitaja AMK

Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma

2021



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja
Tekijä/Tekijät	Valtteri Martikainen, Mikko Mielonen & Jonne Palm
Työn nimi	Potilaiden kokemukset ECT-hoidosta Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän alueella
Toimeksiantaja	Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, Essote
Vuosi	2021
Sivut	45 sivua, liitteitä 8 sivua
Työn ohjaaja	Anne Ulmanen

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksia sähköhoidosta ja potilasohjauksesta Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen alueella. Opinnäytetyössä etsittiin vastausta siihen, millaisia kokemuksia potilailla oli sähköhoidosta ja potilasohjauksesta.

Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi laadullisia, avoimia kysymyksiä ja määrällisiä, strukturoituja monivalintakysymyksiä, sekä asteikkokysymyksiä. Kyselylomakkeita jaettiin psykiatrian yksiköihin, joiden kautta potilaat hakeutuivat sähköhoitoon. Kyselylomake annettiin 25 potilaalle. Kyselylomakkeita saatiin takaisin 15. Kysymyksissä keskityttiin selvittämään vastaajien kokemuksia sähköhoidosta kokonaisuutena. Aineisto on analysoitu käyttämällä sisällönanalyysiä ja määrällistä analyysiä.

Vastaajista suurin osa koki hyötynsä sähköhoidosta. Osa vastaajista koki sähköhoidon kohottaneen heidän vireystilaansa ja mielialaansa, yleisesti parantaneen elämänlaatua sekä vähentäneen masennusta ja ahdistuksen tunnetta. Vastaajista lähes kaikki olivat kokeneet sähköhoidosta haittavaikutuksia. Sähköhoitoa pidettiin turvallisena hoitomuotona. Vastauksissa hoitajien käytöstä ja toimintaa pidettiin ammattimaisena ja ystävällisenä. Sähköhoidon potilasohjaukseen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä, mutta jotkut vastaajista kaipaivat lisätietoa hoidosta.

Tulosten perusteella potilasohjaus sähköhoidossa toimii melko hyvin Essoten alueella, mutta parannettavaa potilasohjauksessa on. Vastaajien kehitysideat sähköhoitoa kohtaan liittyivät potilaiden ja heidän omaistensa informointiin sekä toimenpiteen odotusaikojen lyhentämiseen. Jatkotutkimuksia ajatellen kysely kannattaisi kohdentaa laajemmalle alueelle, jotta saataisiin enemmän analysoitavia kokemuksia. Myös hoitohenkilökunnan kokemuksia olisi hyvä kartoittaa jatkotutkimuksissa.

Asiasanat: ECT, sähköhoito, potilasohjaus, potilaan kokemukset

Degree	Bachelor of Health Care
Authors	Valtteri Martikainen, Mikko Mielonen & Jonne Palm
Thesis title	Patient experiences of ECT -treatment in the South Savo Social and Health Care Authority region
Commissioned by	The South Savo Social and Health Care Authority, Essote
Time	2021
Pages	45 pages, 8 pages of appendices
Supervisor	Anne Ulmanen

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to examine the experiences of patients receiving electroconvulsive therapy and patient guidance in the South Savo Social and Health Care Authority region. The thesis sought the answer to what kind of experiences patients had had with electroconvulsive therapy and patient guidance.

The study was conducted using a half-structured questionnaire containing qualitative, open questions and quantitative, structured multiple-choice questions, as well as scale questions. Questionnaires were distributed to psychiatry units through which patients sought electroconvulsive therapy. The questionnaire was given to 25 patients. We got back 15 filled out questionnaires. The questions focused on finding out the respondents' experiences with electrical care as a whole. The data has been analyzed using content analysis and quantitative analysis.

The majority of respondents felt they had benefited from electroconvulsive therapy. Some of the respondents felt electrotherapy had lifted their spirit and mood, overall improved quality of life as well as reduced depression and the sense of anxiety. Of the respondents, almost all had experienced side effects from electrotherapy. Electrical therapy was considered a safe form of treatment. Responses to the use and activities of caregivers were considered professional and friendly. Patient guidance for electric care was mostly sufficient, but some of the respondents wanted more information about the treatment.

Based on the results, patient education in electroconvulsive therapy works quite well in the Essote area, but there is room for improvement in patient guidance. Respondents' development ideas for electrical care were related to informing patients and their relatives, as well as reducing waiting times for the procedure. With further research in mind, the survey would be worth targeting a wider area in order to provide more experiences to analyze. It would also be good to chart the experiences of medical staff in further studies.

Keywords: ECT, electroconvulsive therapy, patient guidance, patient experiences

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	6
3	AIVOSÄHKÖHOITO MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖSSÄ.....	8
3.1	Mielenterveyden häiriö.....	9
3.2	Aivosähköhoidon toteuttaminen.....	10
3.3	Vasta-aiheet ja haittavaikutukset	12
3.4	Sähköhoidosta hyötyvät potilasryhmät	12
3.4.1	Masennus eli depressio	13
3.4.2	Mania.....	14
3.4.3	Skitsofrenia.....	14
3.4.4	Katatoniat.....	16
3.5	Sähköhoitopotilaan ohjaaminen.....	17
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ.....	20
5.1	Aineistonkeruumenetelmä	20
5.2	Aineiston keruun toteutus	20
5.3	Aineiston analyysi	21
6	TULOKSET.....	22
6.1	Taustatiedot.....	23
6.2	Vastaajien kokemat hyödyt sähköhoidosta.....	24
6.3	Vastaajien kokemat haittavaikutukset sähköhoidosta.....	27
6.4	Vastaajien kokemukset sähköhoidon turvallisuudesta.....	28
6.5	Vastaajien kokemukset hoitajista.....	29
6.6	Vastaajien kokemukset potilasohjauksesta.	30
6.7	Vastaajien muut kokemukset sähköhoidosta.....	33
7	POHDINTA	33

7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	34
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	35
7.3	Toimenpide-ehdotukset toimeksiantajalle	38
7.4	Jatkotutkimusideat	39
LÄHTEET.....		40

LIITTEET

Liite 1. Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Kysely

Liite 4. Ohjeistus

1 JOHDANTO

Psykiatrinen aivosähköhoito (ECT) on tehokas hoitomuoto vakavien psyykkisten sairauksien hoidossa. Potilaan aivoihin johdetaan kevyessä anestesiassa lyhyt sähköimpulssi, joka aiheuttaa muutoksia aivojen välittäjäaineissa ja solujen toiminnassa, millä saadaan aikaan yleinen kouristuskohtaus (Oravainen 2013, 2.) Toistuvilla kouristuskohtauksilla on todettu olevan muun muassa vaikeaa masennusta lievittävä vaikutus (Partonen ym. 2019).

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän alueella (Essote) annetaan aivosähköhoitoa useille psykiatrisia sairauksia sairastaville potilaille. Kuntayhtymän alueella oli tarve tutkia potilaiden kokemuksia hoitomuodosta. Saimme toimeksiannon opinnäytetyöhön Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän psykiatrisilta palveluilta Moision sairaalasta. Yhteiskillömme on osasto 2 osastonhoitaja.

Aiheen valinta oli luonteva, sillä olemme olleet mukana toteuttamassa aivosähköhoitoa, ja haluamme tuoda lisää tietoa kyseisestä aiheesta potilaan näkökulmasta. Aiheen koemme ajankohtaiseksi, sillä aivosähköhoito on vakiintunut ja tehokas hoitomuoto psykiatriassa (Isometsä 2019).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksia sähköhoidosta ja potilasohjauksesta Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden alueella. Tavoitteena oli kerätä potilaslähtöistä tietoa sähköhoidosta ja saada palautetta sekä kehittämissuhteita toimeksiantajalle.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Toimeksiantajamme on Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän psykiatriset palvelut, Moision sairaalan osasto 2. Moision sairaala on Mikkelin Annilassa sijaitseva vuonna 1927 perustettu psykiatrinen sairaala. Sairaalassa on kolme aikuisille tarkoitettua osastoa sekä alle 18-vuotiaille tarkoitettu nuoriso-osasto. (Essote 2017.) Sairaalassa on myös lastenpsykiatrian

päiväosasto (Essote 2018c). Sähköhoitoon ohjautuu potilaita kaikilta muilta osastoilta paitsi lastenpsykiatrialta.

Nuorisopsykiatrian osastolla hoidetaan 13–17-vuotiaita potilaita. Osasto on kahdeksan paikkainen suljettu osasto, joka toimii päivystys-, vastaanotto-, hoito- ja tutkimusosastona. Sairaalan alueella on sairaalakoulu, jossa peruskouluikäiset voivat käydä koulua osastohoidon aikana. Osaston henkilökunta koostuu osastonhoitajasta, sairaanhoitajista, mielenterveyshoitajista, lähihoitajista, sairaalahuoltajista, osastonsihteeristä, osastonlääkäristä sekä osastonylilääkäristä. Lisäksi potilaiden hoitoon osallistuu yksilöllisen tarpeen mukaan psykologi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. (Essote 2018a.)

Psykiatrian osasto 1 on akuuttihoito-osasto, jossa hoidetaan psykoottistasoisesti sairastuneita potilaita. Osastolla on 15 potilaspaikkaa. Osastolla työskentelee sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, lähihoitajia, osastonsihteeri, sairaalahuoltajia, osastonlääkäri, osaston ylilääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja osastonhoitaja. (Essote 2020a.)

Psykiatrian osasto 2 on mielialahäiriöihin keskittynyt akuuttihoito-osasto. Osastolla hoidetaan pääasiassa vaikeasti masentuneita, ahdistuneita, psykoottistasoisesti masentuneita ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia potilaita. Osastolla on 16 potilaspaikkaa. (Essote 2019a.)

Psykiatrian osasto 7 on suljettu psykiatrinen vuodeosasto, jossa hoidetaan psykoosiin sairastuneita tai muuten vaikeassa elämäncrisissä olevia potilaita. Osastolla on 21 potilaspaikkaa. (Essote 2019b.)

Psykiatristen osastojen lisäksi sairaalassa toimii mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastaanottoon kuuluva psykoosityöryhmä, jonka tehtävänä on mm. täysi-ikäisten ensipsykoosiin sairastuneiden diagnostiikka ja hoidon aloitus sekä ECT-hoidon toteutus. (Essote 2018b.)

Sähköhoitoon ohjautuu potilaita myös vanhuspsykiatrian työryhmän kautta. Työryhmä tarjoaa ikääntyneille psykiatrista avohoitoa Essoten alueella. Hoitoon hakeudutaan lääkärin läheteellä. (Essote 2019c.)

3 AIVOSÄHKÖHOITO MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖSSÄ

Historiassa vakavia psykiatrisia sairauksia on hoidettu erilaisilla kouristuksia aiheuttavilla menetelmillä. Tällöin hoito perustui enemmän itse menetelmään ja sen terapeuttiseen vaikutukseen. Vuonna 1935 Ladislav Meduna esitti ensimmäisenä tutkijana teorian epilepsian ja skitsofrenian antagonistisesta eli vastavaikutteisesta luonteesta. Havainnossa hän huomasi, ettei epilepsiaa sairastavalla esiintynyt normaalisti skitsofreniaa. Tutkiessaan epileptikoiden ja skitsofreniaa sairastaneiden aivoja huomattiin epileptikoiden aivojen gliasolujen (hermotukisolujen) määrän olevan huomattavasti suurempi kuin skitsofreniaa sairastaneilla. (Oravainen 2013, 5.)

Varsinaisen aivosähköhoidon keksivät Ugo Cerletti ja Luigi Bini vuonna 1938. Hoidollisena menetelmänä sähköhoitoa annettiin ensimmäisen kerran 11. huhtikuuta vuonna 1938. Potilaalla oli todettu skitsofrenia. Hänelle annettiin 11:n kerran sarja sähköhoitoa, joissa saavutettiin grand-mal eli suuri epileptinen kohtaus. Potilas toipui hoitokertojen jälkeen täysin. Tämän jälkeen sähköhoidon tutkiminen lisääntyi, ja sen yleistyminen alkoi psykiatrisessa hoidossa. 1940-luvun lopulla hoitoa alettiin antaa kevyessä anestesiassa, joka yhdessä sähköjohtamistekniikan kehittyessä paransi hoidon laatua ja vähensi sen haittoja. (Oravainen 2013, 5–6.)

Sähköhoitoa on käytetty psykiatrisessa hoidossa jo useita vuosikymmeniä, mutta sen biologista vaikutusta tai kliinistä vastetta ei ole pystytty edelleenkään täysin selvittämään. Viime vuosikymmenien nopea tekniikan kehitys on antanut lisää tietoa sähköhoidon mikrotason vaikutuksista. (Oravainen 2013, 6.) Lumekontrolloituja seurantatutkimuksia ei ole tehty 1980-luvun jälkeen, jol-

loin saatiin tutkimuksissa kielteisiä tuloksia (Kopakkala 2015. 55). Lumekontrolloidussa kokeessa tutkittavat jaetaan kahteen osaan, jossa toinen ryhmä saa vaikuttavaa hoitoa ja toinen ei (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020).

3.1 Mielenterveyden häiriö

Suomessa mielenterveyden häiriöiden luokittelussa käytetään American Psychiatric Associationin DSM-5-käsikirjaa ja WHO:n ICD-10-luokituksen osaa, jossa käsitellään mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöitä (Hautamäki 2016, 12). Tarkka mielenterveyden häiriöiden määrittäminen ja tunnistaminen voi olla tapauskohtaisesti hankalaa, koska myös tavalliseen elämään kohdistuu mielen häiriöitä, kuten unettomuutta, ahdistuneisuutta ja pelkoja. Mielenterveyden häiriöistä aletaan puhua, kun mieliala, ajatukset ja tunnetilat alkavat haitata ja aiheuttaa kärsimyksiä ihmisen toiminnassa ja ihmissuhteissa. Vakavalla mielenterveyden häiriöllä voi olla pahimmassa tapauksessa täysin lamaava vaikutus ihmisen elämään. (Huttunen 2017.)

Mielenterveyshäiriöt voivat esiintyä monilla eri tavoilla, ja kaikilla on harvoin samoja oireita. Vaikka rajanveto mielenterveyshäiriön ja sairauden välillä on hankalaa, pyritään erilaiset mielenterveyden häiriöt tunnistamaan toisistaan. Mielenterveyshäiriöitä on useita erilaisia, ja ne eritellään niille tyypillisten oireiden mukaan. Luokitteluun vaikuttaa myös oireiden vaikeusaste. Henkilöllä voi olla myös useita eri mielenterveyshäiriöitä, jotka vaativat hoitoa, ja ne voivat olla hankalasti eroteltavissa. (Huttunen 2017.)

Yleensä mielenterveyden häiriöiden taustalta löytyy sietämättömiä tunteita kuten, pelkoa, surua, ahdistusta tai vihaa. Liian voimakkaina nämä tunteet aiheuttavat ihmiselle lamaantumista ja saavat hänet käyttäytymään haitallisella tavalla. Hänen olonsa paranee, kun haitalliset tunnetilat kevenevät tai hän oppii hallitsemaan niitä. Näiden tunnetilojen hallinnan vaikeus liittyy usein traumaattisiin kokemuksiin tai henkilön alhaiseen itsetuntoon. (Huttunen 2017.)

3.2 Aivosähköhoidon toteuttaminen

Aivosähköhoito (ECT) eli elektrokonvulsiivinen terapia on hoitomuotona turvallinen ja ennen kaikkea tehokas keino hoidettaessa psykiatrisia potilaita. Hoito toteutetaan lyhyellä aivoihin kohdistuvalla sähköimpulssilla, joka aiheuttaa epileptisen grand-mal -kohtauksen. Tästä seuraa kliinisesti todettava potilaan symmetrinen toonisklooninen kouristus eli molemmilla puolilla kehoa esiintyvä tajuttomuuskouristuskohtaus. Grand-mal-kohtaus käynnistää keskushermostossa muutoksia kasvutekijöiden ja välittäjäaineiden määrissä. Se myös vaikuttaa reseptorien (aistinsolujen) ja muiden solujen toimintaan. (Oravainen 2013, 2.)

Sähköhoito alkaa esivalmisteluilla, johon sisältyvät lääkärintarkastus, laboratoriokokeita ja sydänfilmin ottaminen. Laboratoriokokeista katsotaan verestä perusverenkuva ja nestetasapaino sekä otetaan virtsakoe. Esivalmistelu sisältää myös bentsodiatsepiinin eli rauhoittavan lääkityksen lopettamisen, masennukseen käytettävien ja mielialaan vaikuttavien lääkkeiden vähentämisen tarvittaessa sekä kouristuksia ehkäisevän epilepsialääkkeiden tauottamisen tai vähentämisen. (Sadeniemi ym. 2017.) Masennuslääkkeiden annostuksia ei tarvitse yleensä muuttaa sähköhoidon vuoksi, mutta masennuslääkkeistä muutoksia voi vaatia venlafaksiini. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön käytettävän litiumin (Lito) annostus tulee laskea ylläpitotasolle. (Leppämäki 2020.)

Ennen sähköhoidon antoa potilaan tulee olla syömättä ja juomatta ainakin kahdeksan tuntia. Hoitoa annettaessa potilaan hiusten ja hiuspohjan on oltava puhdas ja kuiva. Hoitoa voidaan antaa sekä osastohoidon aikana että polikliinisesti. Polikliinisesti hoidossa käyvä saapuu hoitoon kotoa ja kotiutuu yleensä muutama tunti hoidon jälkeen. Nukutuksen aikana hoitaja tarkkailee potilaan sykettä, verenpainetta ja hengitystä. (Sadeniemi ym. 2017,217.)

Toimenpide vaatii kevyen anestesian, joten hoito toteutetaan sairaalassa (Oravainen 2013, 2). Metoheksitaali ja propofoli ovat yleisimmät käytetyt anestesit eli nukutusaineet sähköhoidossa. Anestesia (nukutus) on lyhytaikainen ja potilaan hapetus hoidetaan asettamalla potilaan kasvoille hengitysmaski, jo-

hon on kiinnitetty palje, jolla ilmaa pumpataan käsin potilaan keuhkoihin toimenpiteen aikana. Potilaan nukahtaessa annetaan hänelle lihaksia rentouttavaa lääkettä, jotta kouristus saadaan mahdollisimman pieneksi, jottei potilas satuta itseään kouristuksen aikana. (Leppämäki 2020.)

Yleistyneet sähköhoidon antotavat ovat bilateraalin eli molemminpuolisen (bitemporaalin, BT) ja oikeanpuoleisen unilateraalisen eli toispuoleisen tapan (RUL). Molemminpuolisesti sähköä annettaessa elektrodit eli sähköä johtavat osat asetetaan ohimoiden kohdalle. Sähköä annettaessa toispuoleisesti toinen elektrodeista laitetaan oikealle ohimolle ja toinen pääkallon lakiosan keskipisteestä vähän oikealle. Oikeanpuoleista unilateraalista antotapaa suositetaan, koska se aiheuttaa vähemmän haittoja aivojen tiedonkäsittelylle eli kognitiolle. Bitemporaalista antotapaa käytetään ensihoidossa, jos potilas on aiemmin saanut bitemporaalista hoitoa, jonka hoitovaste on ollut hyvä, potilaalla on taipumista psykoottisuuteen (mielenhäiriöihin) tai suuicidaalisuuteen eli itsetuhoisuuteen, jolloin on tärkeää saada hoidolle nopea vaste tai silloin, jos kuuden unilateraalisen hoidon jälkeen ei ole päästy hyvään hoitovasteeseen. Tällöin on harkittava bitemporaalista hoitoa. (Leppämäki 2020.)

Yksilöllinen hoitoannos, jolla saavutetaan kouristuskohtaus (ilmoitetaan sähkövarauksena millicoulombi), määritetään ensimmäisellä hoitokerralla. Kouristuskynnys on pienin sähkömäärä, jolla saavutetaan yleistynyt kouristuskohtaus. Lähestyttäessä korkeita sähköannoksia kouristuskynnystä hakiessa olisi jo hyvä tarkistaa ainakin potilaan lääkelista. Potilaalla saattaa olla käytössä kouristuksia ehkäiseviä lääkkeitä, jotka haittaavat toimenpidettä ja kouristuskynnyksen saavuttamista. Tavoitteena olisi saavuttaa 15–30 sekunnin yleinen kouristuskohtaus. Kliininen hoitovaste eli käytännöllisesti näkyvät hoidon tulokset toimivat hyvänä toimenpiteen mittarina. (Leppämäki 2020.)

3.3 Vasta-aiheet ja haittavaikutukset

Vasta-aiheiden eli kontraindikaatioiden ehdottomuudesta on ristiriitaisia tietoja. Sähköhoitoa pidetään yleisesti turvallisena hoitomuotona. Se sopii käytettäväksi potilaille, joille muut hoidot, kuten lääkehoidot, ovat vasta-aiheisia. Kontraindikaatiot pääosin liittyvät anestesiaan. (Oravainen 2013, 12.) Tutkimuksessaan Oravainen (2013, 12) toteaa, ettei ehdottomia vasta-aiheita sähköhoidolle olisi, vaan vasta-aiheet olisivat suhteellisia. Myös Partonen ym. (2019) toteavat, ettei ehdottomia vasta-aiheita ole. Nykyään ehdottomana vasta-aiheena pidetään kohonnutta kallonsisäistä painetta. Alle kolmen kuukauden aikana käynyttä aivotapahtumaa ja sydäninfarktia pidetään myös vasta-aiheena sähköhoidolle. (Leppämäki 2020.) Nuori ikä on vasta-aihe sähköhoidon käytölle. Ikärajana pidetään 13:a ikävuotta (Ylitalo 2013). Akuutti infektio on anestesian vasta-aiheita, jolloin sitä on pidettävä vasta-aiheena myös sähköhoidolle (Leppämäki 2020).

ECT-hoidon yleisin haittavaikutus on muistinmenetys, jota esiintyy jopa noin 75 prosentilla hoitoa saavista potilaista. Muistinmenetys koskee uuden tiedon muistiin säilömistä, mikä on kuitenkin ohimenevä ja jokaisen hoitokerran jälkeen lievenevä oire. Muita aivojen sähköhoidosta johtuvia haittavaikutuksia ovat heräämisen jälkeinen sekavuus sekä harvinaisempaan haittana myöhemmin ilmenevät kouristukset. Hoidon vaativasta nukutuksesta ja hoidossa annettavasta ärsykkeestä johtuvia haittavaikutuksia ovat myös verenpaineen nousu sekä sykkeen vaihtelu. (Lönqvist ym. 2014, 854–855.)

3.4 Sähköhoidosta hyötyvät potilasryhmät

Aivosähköhoidon käyttöaiheet eli indikaatiot ovat psykoottiset oireet, itsetuhoisuus, mania, skitsofrenia ja katatonia (Leppämäki 2020; Ylitalo 2013). Sähköhoidon on todettu olevan erittäin tehokas hoitomuoto psykoottisessa masennuksessa, jolloin masennukseen liittyy aistiharhoja ja harhaluuloja, sekä lääkeresistentissä vakavassa masennuksessa, jolloin potilas ei saa lääkehoidosta apua. Itsemurhariskissä olevalle potilaalle sähköhoito on perusteltua. Sähköhoitoa voidaan myös yhdistää lääkehoidon kanssa, jolloin hoidon vastetta voidaan parantaa, mikäli lääkehoito ei yksinään ole riittävä. Sähköhoidon

avulla voidaan esim. tehostaa klotsapiinin vaikutusta hoitoresistenttiä skitsofreniaa sairastavilla potilailla (Kykkänen 2010, 1–2.)

3.4.1 Masennus eli depressio

Masennus on oireyhtymä, jossa vaikeusasteesta riippuen esiintyy useita masennusoireita. Masennuksen oireita ovat mm. alentunut mieliala suurimman osan ajasta, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen aiemmin kiinnostaviin asioihin, poikkeuksellinen väsymys ja voimavarojen vähäisyys, itseluottamuksen ja omanarvon tunteen lasku, perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset, kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset, itsetuhoinen käyttäytyminen, keskittymisvaikeus, joka saattaa ilmetä päätöksenteon vaikeutena tai jähkailuna, psykomotorinen kiihtymys tai hidastuminen, univaikeudet sekä ruokahallun muutokset joko lisääntymisenä tai vähenemisenä. Lisäksi masennusdiagnoosin kriteerinä on, että masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan (Depressio, 2020.)

Masennukseen altistavat sekä hankittu biologinen alttius, perintötekijät että persoonallisuus. Laukaisevana tekijänä on yleensä jokin negatiivinen elämäntapahtuma, joskus jokin aivosairaus tai hormonaaliset muutokset (Heiskanen ym. 2017, 50.)

Masennuksen hoidossa voidaan käyttää useita erilaisia hoitomuotoja, joita voivat olla mm. potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavat hoitomuodot, biologiset hoidot tai psykologiset hoidot. Jokaisen masennuspotilaan tulee kuitenkin saada jotakin sellaista hoitoa, jonka vaikuttavuudesta on saatu vahvaa näyttöä kliinisissä tutkimuksissa. Tällaisia hoitoja ovat lääkehoito, aivojen sähköhoito, psykoterapia ja transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) (Heiskanen ym. 2017, 66.) Transkraniaalisessa magneettistimulaatiossa tarkoitus on stimuloida eri aivoalueita magneettisilmukan avulla. Vaihtoehtoisia stimulointimenetelmiä on useita. (Isometsä 2020b.)

3.4.2 Mania

Mania on 1 tyypin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä mielialan nousu. Maniaa voivat aiheuttaa myös päihteet ja tietyt aivosairaudet. Maniassa ihmiselle on selvästi kohonnut mieliala normaaliin psyykkiseen vointiin verraten, mikä aiheuttaa toimintakyvyn alenemista. Manian diagnoosi vaatii kolmea seuraavista oireista: sosiaalinen estottomuus, puheen lisääntyminen, lisääntynyt aktiivisuus, ajatustoiminnan kiihtyminen, unen vähentyminen, itsetunnon kohe-neminen, uhkarohkeus ja vastuuttomuus tai lisääntynyt sukupuoli-vietti. Maaniset oireet ilmenevät jaksoittain. Jakso kestää yleensä muutaman viikon, jonka aikana henkilön psyykkinen olemus muuttuu normaalista. (Isometsä 2020a.) Manian lievempää muotoa kutsutaan nimellä hypomania. Sen toteamiseksi potilaalla täytyy myös olla vähintään kolme edellä mainituista oireista. Toisin kuin maniassa, hypomania ei aiheuta vakavaa toimintakyvyn laskua. (Lönnqvist ym. 2014. 222–223.)

Manialle tyypillisten oireiden lisäksi maniaan voi liittyä psykoottisia oireita, jolloin kyseessä on psykoottinen mania. Psykoottiset oireet voivat olla aistien harhoja tai deluusioita eli harhaluuloja. Harhaluulot voivat olla suuruusharhaluuloja, ja hän voi kokea olevansa yhteiskunnallisesti erityisen merkittävä henkilö tai omaavansa yliluonnollisia kykyjä. Toisaalta tavanomaisia ovat myös vainotuksi tulemiseen liittyvät harhat. (Lönnqvist ym. 2014. 225.) Sähköhoidon on todettu olevan tehokas hoitomuoto manian hoidossa, mutta sitä käytetään vain harvoin potilaiden vähäisen hoitomyönteisyyden ja maniaan kehitettyjen toimivien lääkkeiden takia (Kykkänen 2019, 2).

3.4.3 Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoottinen mielenterveyden häiriö. Sen oireet jaetaan positiivisiin, negatiivisiin, kognitiivisiin sekä ahdistus- ja mielialaoireisiin. Positiivisiin oireisiin voivat kuulua mm. aistiharhat, harhaluuloisuus ja hajanainen ajattelu ja puhe. Negatiivisia oireita ovat sosiaalinen vetäytyminen ja aloitekyvyttömyys. Kognitiivisia oireita ovat poikkeava motorinen käyttäytyminen ja kognitiivisten toimintojen häiriö, kuten tarkkaavaisuuden ongelmat. Oireet ovat hyvin yksilöllisiä. Skitsofreniaa sairastavilla myös masennus ja ahdistus ovat yleisiä.

Myös itsetuhoisuutta ilmenee skitsofrenia potilailla (Skitsofrenia 2020.) Sairauden diagnoosi edellyttää, että henkilöllä on esiintynyt viimeisen kuukauden aikana ainakin kaksi skitsofrenialle ominaista oiretta. Edellä mainittujen oireyhtymien lisäksi diagnoosin edellytyksenä on henkilön sosiaalisen toimintakyvyn merkittävä heikentyminen, ja toimintakyvyn lasku on kestänyt useamman kuukauden. (Huttunen 2018.)

Suomessakin käytössä olevassa ICD-10 tautiluokituksessa on määritelty skitsofrenian alaluokat. Nämä alaluokat ovat paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen ja erilaistumaton skitsofrenia (Juva ym. 2011, 66.) Kaikissa skitsofrenian muodoissa täytyvät yleiset skitsofrenian kriteerit (Skitsofrenia diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020).

Paranoidinen skitsofrenia on muodoista yleisin. Siihen sisältyy yleensä kohtalaisen vakaita vainoavia harhaluuloja, aistiharhoja tai havainnoinnin häiriöitä. Aistiharhat ovat usein harhaääniä, kuulo-, haju- ja makuaistin harhoja tai näköharhoja. (Skitsofrenia diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020.)

Hebefreeninen skitsofrenia puhkeaa tavallisimmin 15–21 vuoden iässä. Oireina ovat huomattavat muutokset tunne-elämässä, harhaluulot ja aistiharhat, jotka eivät ole vakaita vaan epäyhtenäisiä ja käytös voi olla vastuutonta. Tunne-elämän muutokset voivat olla tunteiden latistumista, tunneilmaisun asiaan kuulumattomuutta. Potilaan ajattelu on jäsentymätöntä. Myös puhe on sekavaa tai epäjohdonmukaista. (Skitsofrenia diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020.)

Nykyään skitsofrenian katatoninen muoto on epätavallinen kehittyneissä maissa, mutta muualla se on vielä säilynyt. Siinä esiintyy katatonisia oireita vähintään kahden viikon ajan. Oireina siinä ovat merkittävät psykomotoriset häiriöitä, jotka mahdollisesti vaihtelevat ääripäästä toiseen, kuten sulkuutilaan tai kiihtymykseen. Potilas vapaaehtoisesti saattaa asettua outoihin asentoihin ja hän pitää asentoa yllä. Muita oireita ovat negativismi, jäykkyys, käskyjen ja

ohjeiden täsmällinen noudattaminen sekä vahamainen taipuisuus. (Skitsofrenia diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020.)

Erilaistumattomassa skitsofreniassa minkään muun tyypin oireita ei ole niin paljon, että kyseisen diagnostiset kriteerit täyttyisivät. Vastaavasti oireisto voi täyttää useamman kuin yhden tyypin diagnostiset kriteerit. (Skitsofrenia diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2020.)

Skitsofrenian esiintyvyys on noin 0,5–1,5 % Suomen väestöstä, joka tarkoittaa Suomessa noin 50 000 ihmistä. Yleisimmin sairaus puhkeaa nuorena aikuisena, miehillä 20–28 vuoden iässä ja naisella 24–32 vuoden iässä. On myös olemassa skitsofrenioita, joiden ensipsykoosit ajoittuvat ennen 17 vuoden tai 13 vuoden ikää. Tämän tyyppiset skitsofreniat ovat ennusteeltaan yleensä huonoja (Juva ym. 2011, 66.)

Olennaista skitsofrenian hoidossa on psykoosilääkitys. Psykoosilääkkeet ovat tehokkaita sekä akuuttivaiheen skitsofrenian hoidossa että uusien psykoosien estossa. Jos lääkehoito on vasteetonta, tulee toiseen lääkkeeseen vaihtaa 4 - 6 viikon käytön jälkeen. Skitsofreniaa pidetään lääkeresistenttinä, kun kahdella eri lääkkeellä ei saada kuuden viikon aikana vastetta potilaan psyykkiin vointiin. Muille lääkkeille resistentin skitsofrenian hoitoon ensisijainen lääke on klotsapiini, joka on toisen polven psykoosilääke. Lääkityksen määrää yleensä psykiatri. Sähköhoidosta on hyötyä lyhyellä aikavälillä skitsofrenian hoidossa, mutta psykoosilääkehoito on tehokkaampi vaihtoehto. Sähköhoidon yhdistäminen psykoosilääkehoitoon voi olla avuksi, jos vaste lääkehoitoon on puutteellinen. Hoitoresistenttiä skitsofreniaa sairastavilla sähköhoidon liittäminen klotsapiinihoitoon lisäsi toipuneita potilaita 50 % (Skitsofrenia 2020.)

3.4.4 Katatonia

Katatonia liittyy useisiin erilaisiin diagnostisiin kokonaisuuksiin psykiatrisista sairauksista aina somaattisiin sairauksiin. Siihen liittyvät tietyt psyykkiset ja vegetatiiviset oireet, motoriset häiriöt sekä henkilön poikkeava käyttäytyminen.

(Korkeila 2016, 1321–1322.) Vegetatiivisia oireita ovat väsymys, laihtuminen ja ruokahaluttomuus sekä psykomotorinen hidastuminen (Depressio 2020).

Katatonian luokitellaan Suomessa käytössä olevan ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti skitsofrenian alamuodoksi. ICD-10 työryhmässä on myös harkittu katatonian vaativan erillistä omaa diagnoosia. Toisaalta katatonian määritelmää on kuvattu myös epäselväksi. (Korkeila 2016, 1321–1322.)

Kliinisen kuvan mukaan voidaan tauti luokitella hyvänlaatuiseksi, deliriootiseksi (sekavaksi) ja pahanlaatuiseksi. Katatonian ilmenemismuoto voi olla sekava vastakkaisten oireiden esiintymisen takia, ja oireet voivat vaihdella vuorokauden aikana. Taudissa esiintyy kolmenlaista oireyppiä, jotka ovat liikkeiden vilkastuminen sekä niiden estyminen tai väheneminen. Myös vaikeita tahdon toteuttamisen häiriöitä voi esiintyä. Myös ärsykesidonnaista käytöstä on mahdollista esiintyä. Tällaista käytöstä on esimerkiksi ulosteella sotkeminen tai riisuutuminen. Taudissa ilmenee myös puheentuottamisen häiriöitä. (Korkeila 2016, 1322–1323.)

Katatonian voi nopeasti edetä vaikeaksi pahanlaatuiseksi tilaksi, jolloin henkilön pahentuneita mielialaoireita seuraa syömättömyyttä, juomattomuutta, kiihtymistä ja tajunnan häiriöitä. Potilaan tilanteen vaikeutuessa havaitaan yleisoi- reita, kuten korkeaa lämpöä, hikoilua, sydämen nopealyöntisyyttä, nopea tempoista ja pinnallista hengitystä, korkeaa verenpainetta, syanoottisuutta eli hapenpuutteesta johtuvaa ihon sinertävyyttä, harhaisuuden lisääntymistä sekä tajunnan vaihtelua. (Korkeila 2016, 1323.)

Katatonian hoidossa oleellista on hoitaa katatonian aiheuttava häiriö. (Koponen & Vataja 2019). Lääkehoidosta suurimmalle osalle eli noin 70–80 prosen- tille loratsepaami on toimiva lääke (Korkeila 2016, 1324). Sähköhoito on yleensä toimiva katatoniaoireiston hoidossa (Koponen & Vataja 2019).

3.5 Sähköhoitopotilaan ohjaaminen

Tutkijat Cambridgen yliopistosta tutkivat tehtyjä kyselyitä ja tutkimuksia potilaiden kokemuksista ect-hoidosta. Tutkimuksessa haluttiin potilailta vastauksia

kysymyksiin, olivatko he saaneet ect-hoidosta ja toteutuksesta tarpeeksi potilasohjausta, kuinka monella oli tietoa toimenpiteestä ennestään, olivatko he saaneet tarpeeksi tietoa hoidon sivuvaikutuksista ja kuinka moni koki olleensa painostettu tai pakotettu ect-hoitoon. (Rose ym. 2018.)

Rose ym. (2018) mukaan noin puolet potilaista olivat kokeneet saaneensa liian suppeaa potilasohjausta ja informaatiota toimenpiteestä, ja noin kolmannes oli kokenut olleensa painostettu toimenpiteeseen. Potilaat kokivat myös saaneensa liian vähän tietoa toimenpiteen sivuvaikutuksista. Huomattiin myös, että osa potilaista halusi luottaa lääkäriin toimenpiteen suunnittelussa ja toteutuksessa, joten potilaan oma harkinta ja tiedon sisäistäminen jäi vaillinaiseksi. Johtopäätöksen mukaan potilaille tulee tarjota kattavasti tietoa ect-hoidosta ja sen sivuvaikutuksista sekä potilasta ei tulisi painostaa tai pakottaa toimenpiteeseen.

Potilasohjauksen tavoitteena on, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen ja, että hän itse voi vaikuttaa hoitoonsa. Ohjaaja auttaa ohjattavaa motivoitumaan ja sitoutumaan hoitoonsa. Ohjaava ammattilainen käyttää työssään näyttöön perustuvia tutkittuja tietoja ja metodeja. Ohjaajan tulee huomioida ohjaus potilaan mukaan. Ohjauksessa lähdetään liikkeelle potilaan yksilöllisistä ohjaustarpeista. Ohjaaja valitsee tilanteeseen sopivat menetelmät. (Pihlainen 2019.)

Potilasohjauksessa pyritään lisäämään potilaan hoitoon motivoitumista ja hallinnan tunnetta tukemalla hänen voimavaraistumistaan. Potilasohjauksella on positiivinen vaikutus potilaan omaan sairauteensa ja hoitoonsa liittyvään tiedon ymmärtämiseen. (Lipponen 2014, 17–18.)

Potilaan tuntema arvostus ja turvallisuuden tunne lisääntyy, kun hän kokee hoitajien olevan aidosti kiinnostuneita hänen tunteistaan ja ongelmistaan. Tämä lisää potilaan kykyä hyödyntää saamaansa ohjausta hänen hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. (Lipponen 2014, 21–22.)

Potilaille, joille ollaan suunnittelemassa ECT-hoitoa, tulisi tarjota kattavasti tietoa aivosähköhoidosta toimenpiteenä. Hoidon eduista ja haittavaikutuksista tulisi keskustella potilaan kanssa kattavasti ja hyvissä ajoin ennen hoidon aloitusta. Hyvällä potilasohjauksella varmistetaan, että potilas on täysin suostuvainen hoitoon. (Rose ym. 2018.)

Nykyaikainen ECT-hoito on turvallinen hoitomuoto. Sille on olemassa muutamia kontraindikaatioita, joita olemme tekstissä aiemmin maininneet. Sen on todettu olevan turvallista myös iäkkäillä henkilöillä. (Oravainen 2013, 2–12.) Tutkimuksessa, jossa selvitettiin yli 60-vuotiaiden masennuspotilaiden sähköhoidon tehoa, sähköhoidosta vakavia haittavaikutuksia esiintyi 13 potilaalla, joka oli 5,4 % otoksesta. (Koponen, 2020).

Potilaalle annetaan tarvittavat tiedot ennen hoidon aloitusta. Potilaan suostumus vaaditaan myös hoidon antamiseen. Potilaalle kerrotaan, mitä häiriötä hänellä hoidetaan, hoidon tarkoituksesta ja hyödyistä sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Potilaalle tulee myös tehdä sähköhoidon valmistelut. (Partonen ym. 2019.) Kyseiset valmistelut ovat mainittu aivosähköhoito osiossa.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksia sähköhoidosta ja potilasohjauksesta. Tavoitteena oli kerätä potilaslähdistä tietoa sähköhoidosta ja saada palautetta sekä kehittämissuhteita toimemiksiantajalle.

Opinnäytetyön kysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on aivosähköhoidosta?
2. Millaisia kokemuksia potilailla on potilasohjauksesta?

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

5.1 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmä on puolistrukturoitu kysely (liite 3). Kysely sisältää laadullisia, avoimia kysymyksiä ja määrällisiä, strukturoituja monivalintakysymyksiä sekä asteikkokysymyksiä. Tutkimuksemme kohderyhmänä on sähköhoitoa saavat psykiatriset potilaat Essoten alueella. Perusjoukkoon kuuluvat kaikki kyselyyn vastanneet. (Wivolin 2019.) Yhteishenkilönä Essoten puolelta toimii tutkimuksen tilaaja.

Kyselylomake annettiin nähtäväksi toimeksiantajan edustajille, joiden palautteen perusteella sitä muokattiin mahdollisimman luotettavaan muotoon niin, että kohderyhmällä on kiinnostus vastata kyselyyn. Alkuperäinen tarkoitus oli tehdä pelkästään laadullinen tutkimus, mutta toimeksiantaja ehdotti määrällisten kysymysten lisäämistä kyselylomakkeeseen, jotta saisimme enemmän vastauksia, joita pystymme analysoimaan.

5.2 Aineiston keruun toteutus

Essoten alueella sähköhoidossa kävijät ovat hoitokontaktissa joko osastolla tai psykiatrian poliklinikalla. Kysely toteutetaan paperisella puolistrukturoidulla kyselylomakkeella saatetekstin kera, joka annetaan potilaan ollessa osastolla tai sähköhoidossa käynnin yhteydessä. Vastaajalle annetaan myös kirjekuori, johon vastauslomake laitetaan. Osastolla kirjekuori palautetaan hoitajalle, joka laittaa kirjekuoren sille määrättyyn paikkaan, josta tutkijat hakevat kirjekuoren. Poliklinikan potilaat saavat kirjekuoren, jolla voivat postittaa vastauslomakkeen psykiatrian poliklinikalle, mistä tutkijat noutavat lomakkeet.

Kun haluamme tietää ihmisten ajatuksia ja kokemuksia, on heiltä kysyttävä asiasta. Kyselyssä on ideana kysyä potilaiden kokemuksista. (Tuomi, J & Sarajarvi, A. 2018, 63–65.) Tutkimukseen valikoituu kaikki sähköhoitoa saavat potilaat Essoten alueelta, sekä ylläpito- ja sarjahoidossa olevat potilaat.

5.3 Aineiston analyysi

Avoimet kysymykset analysoidaan sisällönanalyysillä. Käytämme induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Induktiivinen sisällönanalyysiä on aiheellista käyttää aikaisemman tiedon ollessa vähäistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167.) Induktiivinen sisällönanalyysi tehdään vaiheittain. Sisällönanalyysissä tehdään luokittelua ilmaisun merkityksen perusteella. Sisällönanalyysin vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167–168.)

Käytämme suljettujen- ja asteikkokysymysten analyysiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Syötämme tutkimuslomakkeen muuttujat ja arvot ohjelmaan. Exceliin tehdään havaintomatriisi, jossa laitamme riville yhden henkilön tiedot ja sarakkeille määrittelemme muuttujan jokaisesta suljetusta kysymyksestä. (Heikkilä 2014, 120–121.)

Kysymykset 1 ja 2 ovat kyselyyn orientoivia kysymyksiä, jotka käsittelevät vastaajan aikaisempia sähköhoitoja, niiden lukumäärä ja sitä, onko vastaaja ylläpito vai sarjahoidossa. Tiedot tuodaan esille tutkimuksessa, ja ne esitetään pylväsdiagrammeina lukuina, mutta niitä ei käytetä johtopäätöksissä.

Kysymys numero 3 on ”Mihin oireeseen saitte sähköhoitoa tällä hoitajak-solla?”. Kysymys analysoidaan määrällisesti niin, että sanalliset vastaukset luokitellaan ja muodostetaan muuttujia. Nämä analysoidaan käyttämällä frekvenssiä ja esitetään pylväsdiagrammina.

Kaikki määrällisten kysymysten tulokset, mukaan lukien Likert- ja kyllä/ei- kysymykset analysoimme käyttämällä frekvenssiä tai prosenttiosuuksia, riippuen aineiston koosta. Frekvenssillä voidaan kuvata määrällisten kysymysten vastauksien lukumääriä (Vilka 2007, 121). Esimerkiksi, kyllä/ei- kysymyksissä, voimme esitellä, kuinka moni vastaajista vastaa kyllä ja kuinka moni ei. Kyselyn vastaukset tuomme esille lukuina ja/tai pylväsdiagrammeina.

6 TULOKSET

Kyselylomake annettiin 25 potilaalle. Vastauskirjekuoria saimme takaisin 15 kappaletta, joista yhdessä oli tyhjä kyselylomake. Kyselyyn vastasi tällöin 60 % vastaajista.

Tutkimuksessa käytetystä aineistosta tehtiin pelkistyksiä. Pelkistyksiä muodostui 66, jotka vastasivat kahteen tutkimuskysymykseen. Alaluokkia muodostettiin ryhmittelemällä pelkistyksiä, joita muodostui 13. Alaluokille haettiin yhteisiä otsikoita, joista muodostui kolme yläluokkaa (taulukko 1). Esitämme tutkimuksen tuloksia taulukoin, pylväsdiagrammein ja havainnollistamme avoimien kysymysten vastauksia esimerkkilausein.

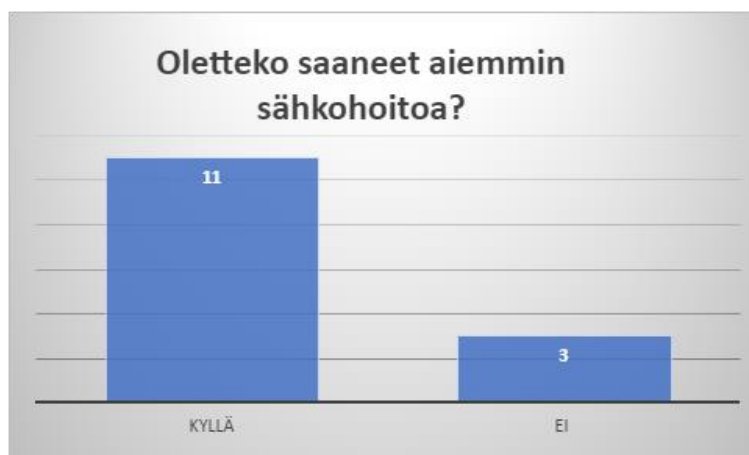
Taulukko 1. Esimerkki henkilökunnan ammatillisuus alaluokan muodostamisesta

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka
Koen ammattihoitajien käsissä (14)	Kokemus ammatillisuudesta	Henkilökunnan ammatillisuus
Ammattimaista (14)	Ammatillisuus	
Henkilökunta iloista porukkaa, ammatillisesti taitavia, ystävällisiä (9)	Henkilökunta iloista, ammattitaitoista ja ystävällistä	
Erittäin ammattitaitoista henkilökuntaa (8)	Ammattitaitoinen henkilökunta	
Toiminta on ollut ammattimaista ja oloni on ollut turvallinen (2)	Ammattimainen toiminta. Turvallinen olo.	
Hyvin ammatillisesti kohdeltiin (1)	Ammatillinen kohtelu	
Kyllä on kohdellut (12)	Kohdeltu hyvin	

Ammattitaitoisia (10)	Henkilökunnan ammattitaito	
-----------------------	----------------------------	--

6.1 Taustatiedot

Vastaajista 11 (79 %) oli saanut aikaisemmin sähköhoitoa ja kolme vastaajaa (21 %) sai ensimmäistä kertaa sähköhoitoa (kuva 2). Kuvassa 2 on esitetty, kuinka monta vastaajaa on saanut aiemmin sähköhoitoa sekä ensikertalaisten määrän.



Kuva 2. Onko vastaaja saanut aiemmin sähköhoitoa?

Kysymyksessä kolme kysyttiin, mihin oireeseen saitte sähköhoitoa tällä hoitojaksolla. Vastaajista yhdeksän sai hoitoa masennukseen, kaksi ahdistukseen, kaksi skitsofreniaan ja kolme johonkin muuhun oireeseen. Muita oireita oli mainittu esimerkiksi, kipuoireyhtymä, uni ja halvauksen jälkitilan hoito. Oireita on enemmän kuin vastaajia, koska osalla oli myös useita oireita hoidettavana. (kuva 3) Kuvassa 3, esitetään mihin oireeseen vastaajat saivat sähköhoitoa hoitojaksolla.



Kuva 3. Mihin oireeseen vastaaja sai sähköhoitoa?

Vastaajista 11 (79 %) oli kyselyä tehdessä ylläpito-hoidossa ja kolme (21 %) sarjahoidossa (kuva 4). Kuva 4 kertoo, olivatko vastaajat sarja- vai ylläpito-hoidossa.



Kuva 4. Onko vastaaja sarja- vai ylläpito-hoidossa?

6.2 Vastaajien kokemat hyödyt sähköhoidosta.

Vastaajista 12 (86 %) oli kokenut saaneensa apua sähköhoidosta, kaksi vastaajaa (14 %) ei kokenut saaneensa apua hoidosta (kuva 5). Kuvassa 5 esitetään, kokivatko vastaajat saaneensa apua sähköhoidosta.



Kuva 5. Onko sähköhoidosta ollut apua?

Kysymyksessä viisi tiedusteltiin, kuinka paljon vastaajat ovat kokeneet saaneensa apua sähköhoidosta. Vastaajista kuusi (43 %) koki saaneensa apua hyvin paljon, kolme (21 %) melko paljon, kolme (22 %) jonkin verran, yksi (7 %) vähän ja yksi (7 %) en yhtään (kuva 6) Kuvassa 6 kuvataan sähköhoidosta saadun avun määrää.



Kuva 6. Sähköhoidosta saadun avun määrä

Potilaat kokivat sähköhoidon kohottaneen heidän vireystilaansa, mielialaansa, parantaneen elämän laatua ja vähentäneen ahdistuksen tunnetta. Osa koki myös sosiaalisen kanssakäymisen helpottuneen hoidon myötä.

"Lieviä oireita muistin kanssa. Hyödyt suuret. Pystyn asumaan ja hoitamaan asiani omatoimisesti."

"Vireystila on noussut."

"Olo on hiukan pirteämpi ja olen ehkä sosiaalisempi, kuin aiemmin tällä masennuskaudella."

"Helpotusta ahdistuneisuuteen."

"Sähköhoito hoitona erittäin hyvä hoitomuoto. Parantaa elämänlaatua."

Sähköhoito oli auttanut myös uniongelmiin sekä pää- hartia ja lihassärkyihin. Osalla sähköhoito oli korvannut kokonaan masennuslääkkeet. Vastauksista tuli myös ilmi hoidon jännittäminen, mutta hoito koettiin silti välttämättömäksi sen etujen takia.

"Univaikeudet helpottivat ensiksi. Arkielämän toimien hoitamiseen riitti voimia (aluksi selkeästi vaihdellen sen mukaan, miten oli aikaa hoidosta)."

"Masennus vähentynyt, yöuni parantunut."

"Hoito on tiukka paikka mennä (rajuus, outous, unipätkä), mutta ollut ehdottoman välttämätön. Kuulemma itseni kohdalla kanssakulkijat "eivät olleet tuntea", koska muutos oli ollut niin suuri. Saman olen todennut itse ylläpitohoitojen yhteydessä. Sähköhoito tuntuu liittyvän "toivottomiin" tilanteisiin. Harmi. Jos hoito tulee ilmi, kanssakulkija säikähtää kuulemastaan."

6.3 Vastaajien kokemat hättavaikutukset sähköhoidosta.

Kysymyksessä kuusi kysyttiin, onko vastaajalle tullut hättavaikutuksia sähköhoidosta. Vastaajista 11 (79 %) koki saaneensa hoidosta hättavaikutuksia ja kolme (21 %) ei kokenut saaneensa hättavaikutuksia. (kuva 7.) Kuvassa 7 esitetään, onko vastaaja saanut hättavaikutuksia sähköhoidosta.



Kuva 7. Kokivatko vastaajat hättavaikutuksia?

Tiedusteltaessa, kuinka paljon vastaajat olivat saaneet hättavaikutuksia sähköhoidosta, kuusi (43 %) vastaajaa oli vastannut hyvin paljon, kolme (21 %) melko paljon, kolme (22 %) jonkin verran, yksi (7 %) vähän ja yksi (7 %) ei lainkaan (kuva 8). Kuvassa 8 esitetään, kuinka paljon vastaajat kokivat saaneensa hättavaikutuksia sähköhoidosta.



Kuva 8. Vastaajien kokemukset hättavaikutusten määrästä

Kyselyyn vastanneista potilaista suurin osa koki sähköhoidon haittoina lyhytaikaiset muistin menetykset tai muistin huonontumisen. Osa vastaajista koki hoidon jälkeistä sekavuutta, väsymystä, lihas- ja päänsärkyä sekä pahoinvointia. Myös heti hoidon jälkeistä ahdistusta ilmeni vastauksissa.

”Muistin menetyksiä ja väsymystä.”

”Päänsärky (oksentelu), lihaskivut, lyhytkestoiset lyhyen muistin tökkimiset.”

”Heti hoidon jälkeen ahdistus.”

”Väsymys ja kipeytyneet lihakset, operaatiopäivän muistissa katkoja, ei pahoja.”

6.4 Vastaajien kokemukset sähköhoidon turvallisuudesta

Kysymyksessä 11 tiedusteltiin vastaajilta, kokevatko he sähköhoidon turvalliseksi. 12 (86 %) vastaajaa vastasi kyllä ja kaksi (14 %) vastaajaa ei osannut sanoa (kuva 9). Kuvassa 9 on nähtävillä, kuinka moni koki sähköhoidon turvalliseksi.



Kuva 9. Kokemus sähköhoidon turvallisuudesta

Kyselyyn vastanneiden keskuudessa sähköhoitoa pidettiin yleisesti turvallisena hoitomuotona. Turvallisuudesta huolimatta hoitomuoto on koettu jännittävänä. Osa vastaajista koki hoidon odotusajan olevan pitkä.

”En osaa pelätä hoitoa”

”Varmasti olisi tullut vastaan netissä enemmän negatiivista jos olisi vaarallista eikä itsellä 3 kerran jälkeen ole valittamista.”

”Hoito on turvallista, odotusaika on välillä pitkä.”

”Toimenpidettä ennen ja sen jälkeen oli turvallinen olo.”

”Jännittää, vaikka luotankin henkilökuntaan.”

6.5 Vastaajien kokemukset hoitajista

Kysymykseen, kohtelivatko hoitajat teitä ammatillisesti, kaikki vastaajat (100 %) vastasivat kyllä (kuva 10). Kuvassa 10 esitetään, kohtelivatko hoitajat vastaajia ammatillisesti.



Kuva 10. Kohtelivatko hoitajat vastaajia ammatillisesti?

Vastaajat kokivat henkilökunnan kohtelevan heitä pääsääntöisesti ammattitaitoisesti. Henkilökunta koettiin ystävällisiksi ja huolehtivaisiksi. Kuitenkin eräillä vastaajilla oli jäänyt negatiivinen kuva anestesia- ja lääkäreistä. Henkilökunnan toiminta toi turvallisuuden tunteen potilaille, ja ylläpito- ja hoitotoimet oli järjestetty hyvin.

”Henkilökunta aivan ihanaa ja ystävällistä.”

”Toiminta on ollut ammattimaista ja oloni on ollut turvallinen.”

”Anestesia- ja lääkärit osa tyytyväisiä.”

”Hoitajat kyllä, osa anestesia- ja lääkäreistä ei.”

”Henkilökunta iloista porukkaa, ammatillisesti taitavia, ystävällisiä.”

6.6 Vastaajien kokemukset potilasohjauksesta.

Kysyttäessä, kokivatko vastaajat saaneensa tarpeeksi tietoa sähköhoidosta ennen ensimmäistä hoitokertaa, 11 (79 %) vastaajaa koki saaneensa tarpeeksi tietoa, kun taas kolme (21 %) vastaajaa ei. (kuva 11.) Kuvassa 11 on nähtävillä, kokivatko vastaajat saaneensa tarpeeksi tietoa sähköhoidosta ennen ensimmäistä hoitokertaa.



Kuva 11. Vastaajien tiedottaminen ennen ensimmäistä hoitokertaa

Kysymyksessä yhdeksän kysyttiin, kuinka tyytyväinen vastaaja on ollut potilasohjaukseen sähköhoidon aikana, kahdeksan (57 %) vastasi olevansa tyytyväinen, kolme (21 %) melko tyytyväinen ja kolme (22 %) vastasi en osaa sanoa (kuva 12). Kuvassa 12 kuvataan, miten tyytyväisiä vastaajat olivat sähköhoidon potilasohjaukseen hoidon aikana.



Kuva 12. Vastaajien tyytyväisyys potilasohjaukseen

Vastaajista 12 (92 %) koki saaneensa tarpeeksi jatkohoito-ohjausta sähköhoidon jälkeen, yksi (8 %) vastastaja ei kokenut (kuva 13). Kuvassa 13 esitetään vastaajien kokemuksia jatkohoidon ohjauksen riittävydestä sähköhoidon jälkeen.



Kuva 13. Vastaajien kokemukset jatkohoitohjauksen riittävydestä

Vastaajat kokivat hyväksi asiaksi, kun hoitaja kertoi potilaalle, mitä hoidon aikana ja valmisteluissa tapahtuu. Hoitajilla mainittiin olevan inhimillinen ote potilasohjaukseen.

”Kertovat, mitä tekevät. Inhimillinen ote.”

”Hoitaja kertoo, että mitä tekee.”

”Sain tarvitsemani tiedon.”

Osa vastaajista koki saaneensa kaiken tarvitsevansa tiedon potilasohjauksesta, mutta moni vastaaja koki tarvitsevansa myös lisätietoa. Vastaajat kertoivat tarvitsevansa lisätietoa hoidon haittavaikutuksista, hoidon kulusta, nukutuksen kestosta, hoidon tavoitteesta sekä jatkohoidosta. Useampi vastaaja kertoi myös omaisten ohjauksen tärkeydestä, jotta hekin tietäisivät, mitä sähköhoito on ja mitä hyötyjä sillä saavutetaan.

”Lisätietoa haittavaikutuksista.”

”Voisitte selittää mitä hoidossa tapahtuu ja mitä sillä tavoitellaan.”

”Sähköhoidon hyödyistä kerrottava myös omaisille.”

”Olen niin alussa, että jatkosta ei ole puhuttu.”

6.7 Vastaajien muut kokemukset sähköhoidosta

Osa vastaajista mainitsi kokeneensa laitos- ja avohoidon välillä olevan tietämättömyyttä sähköhoidosta. Joku vastaaja mainitsi myös sähköhoidon olleen Savonlinnassa annettuna moitteetonta, kun taas Mikkelissä ongelmia oli ilmennyt melkein jokaisella hoitokerralla liittyen nukutukseen.

”Savonlinnassa hoito oli moitteetonta, ja onnistui joka kerta puolin ja toisin. Mli:ssä ongelmia lähes joka kerta. (En ole nukkunut.)”

”Laitos ja avohoidon rajalla tietämättömyyttä.”

Moniammatillinen yhteistyö koettiin tärkeäksi sähköhoidon kokonaisuudessa. Monelle vastaajalla oli positiivinen kuva hoidosta.

”Sähköhoidolle iso peukku.”

”Moniammatillista yhteistyötä, jossa kerätty kokemusta sujuvan prosessin ja hyvän hoitovasteen aikaansaamiseksi.”

7 POHDINTA

Me opinnäytetyön tekijät olimme kiinnostuneita sähköhoidosta toimenpiteenä psykiatrisen potilaan hoidossa, joten halusimme tietää, minkälaisia kokemuksia sähköhoitoa saavilla potilailla itsellään oli toimenpiteestä kokonaisuutena. Halusimme selvittää, kokisivatko potilaat sähköhoidon hyvänä hoitomuotona vai onko hoidolla ollut vain negatiivisia vaikutuksia. Miten potilaat kokivat hoidon vaikuttaneen elämäänsä ja hyvinvointiinsa? Mitä kehitysideoita tai epäkohtia potilaat kokivat toimenpiteessä, sen valmisteluissa, jatkohoidossa tai hoitohenkilökunnan toiminnassa?

Pyrimme saamaan kattavan vastaajajoukon Essoten alueen sähköhoidossa käyneistä potilaista jakamalla kyselylomakkeita psykiatrian yksiköihin, joiden kautta potilaat hakeutuivat sähköhoitoon. Kyselyyn vastanneiden sukupuolta tai ikää emme tutkimuksessa huomioineet, koska nämä olivat irrelevantteja asioita tutkimuksen tavoitteen kannalta. Tutkimuksen tavoitteeseen pääsemiseksi käytimme puolistrukturoitua kyselytutkimusta.

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksia sähköhoidosta ja potilasohjauksesta. Tavoitteena oli kerätä potilaslähtöistä tietoa sähköhoidosta ja saada palautetta sekä kehittämissuhteita toimemiksiantajalle.

Vastaajista suurin osa (86 %) koki saaneensa hyötyä sähköhoidosta. Vastaajista vain kaksi (14 %) ei kokenut hyötynensä hoidosta. Kuitenkin kysyttäessä, kuinka paljon koette saaneenne apua sähköhoidosta, ainoastaan yksi vastaaja vastasi en yhtään. Vastaajista kuusi (43 %) vastasi saaneensa hoidosta apua hyvin paljon. Vastauksissa esiin nousi monenlaisia hyötyjä. Jotkut vastaajista kokivat ECT-hoidon kohottaneen heidän vireystilaansa ja mieli-alaansa, yleisesti parantaneen elämänlaatua sekä vähentäneen masennusta ja ahdistuksen tunnetta. Yksi vastaajista koki sähköhoidon mahdollistavan omatoimisen asumisen ja asioiden hoitamisen. Lisäksi osa vastaajista koki hoidon parantaneen heidän yöuntaan.

Vastaajien kokemat haittavaikutukset vastasivat yleisesti tiedossa olevia yleisiä haittavaikutuksia, kuten lyhytkestoiset muistinmenetykset ja heräämisen jälkeinen sekavuus. (Lönqvist & Lehtonen. 2017. 854–855.) Päänsärky ja väsymys olivat myös yleisiä haittoja sähköhoidon jälkeen. Muina haittavaikutuksina mainittiin pahoinvointi, oksentelu, hoidon jälkeinen ahdistus sekä lihassäryt.

Sähköhoito koettiin turvalliseksi hoitomuodoksi. Kysymykseen, koetteko sähköhoidon turvalliseksi, 12 (86 %) koki sähköhoidon turvalliseksi ja kaksi (14 %) ei osannut sanoa.

Sähköhoito on turvallinen hoitomuoto, jolle on olemassa muutama kontraindikaatio. Aiemmassa tutkimuksessa, jossa selvitettiin sähköhoidon tehoa, vakavia haittavaikutuksia esiintyi 5,4 prosentilla otoksesta (Koponen, 2020.)

Kyselyyn vastanneista 100 % koki hoitajien kohtelun ammatillisena. Hoidon aikaiseen potilasohjaukseen vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä. 57 % vastasi olevansa tyytyväinen, 21 % oli melko tyytyväinen ja 22 % ei osannut sanoa. Kukaan vastaajista ei ollut tyytymätön hoidon aikaiseen potilasohjaukseen. Vastauksissa hoitajien käytöstä ja toimintaa pidettiin ammattimaisena ja ystävällisenä. Avoimissa kysymyksissä yksi vastaaja kertoi kokeneensa anestesialääkärin käytöksen työkeänä. Myös sähköhoidon jälkeiseen ohjeistukseen oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. 92 % vastaajista koki saaneensa tarpeeksi jatkoahoito-ohjausta ja 8 % ei puolestaan kokenut saaneensa tarpeeksi ohjausta. Jotkut vastaajista olisivat kaivanneet enemmän tietoa ECT-hoidon haittavaikutuksista sekä hoidonkulusta ja tavoitteesta. Cambridgen yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa noin puolet vastaajista olivat kokeneet saaneensa liian vähäistä potilasohjausta sekä informaatiota toimenpiteestä ja noin kolmannes oli kokenut olleensa painostettu toimenpiteeseen. (Rose ym. 2018.) Johtopäätöksenä potilasohjaus sähköhoidossa on hyvällä tasolla Essoten alueella, mutta parannettavaa informoinnissa on.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kriteereinä toimivat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus sekä vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197). Tuomen & Sarajärven (2018, 121) teoksessa käsitteinä käytetään uskottavuutta, vastaavuutta, siirrettävyyttä, luotettavuutta, tutkimustilanteen arviointia, varmuutta, riippuvuutta ja vakiintuneisuutta.

Uskottavuus tulee ilmi tulosten selkeässä kirjaamisessa, jotta lukija ymmärtää, kuinka analyysi on saatu aikaan ja mitä vahvuuksia ja rajoituksia tutkimukseen

liittyy. Näin pystytään tarkastelemaan tutkimuksen analyysiprosessia ja tulosten validiteettia. Uskottavuudesta kertoo myös, kuinka tutkijan tekemät luokitukset sekä kategoriat kattavat aineiston. Kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys aineiston ja tulosten suhteen. Tämä edellyttää analyysin tarkkaa kuvaamista. Taulukoita sekä liitteitä käyttämällä voidaan kuvata analyysin etene- mistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tutkimuksemme uskottavuus perustuu aineiston selkeään kirjaamiseen. Pyrimme avaamaan kaikki ammatilliset termit, jotta muutkin kuin terveysalan ammattilaiset ymmärtäisivät, mitä lukevat. Pyrimme opinnäytetyössämme käyttämään mahdollisimman tuoreita ja tieteelliseen näyttöön pohjautuvia ammattilaislähteitä. Kyselyn kysymysten analysointiin käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisäl- lönanalyysiä sekä Excel-taulukkolaskentaohjelmaa, riippuen kysymysten laa- dusta. Tulokset tuotiin ilmi selkeästi lukuina, prosentteina ja pylväsdiagram- meina.

Siirrettävyys kuvaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä johonkin toiseen tutki- musprosessiin. Tämän varmistamiseksi tutkijalta edellytetään huolellista tutki- muskontekstin kuvausta, osallistujien ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. Tämä on tarpeen, jos toinen tutkija seu- raava prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.)

Opinnäytetyömme luotettavuuden pyrimme varmistamaan hyödyntämällä edellisissä kappaleissa mainittuja keinoja. Pidimme luotettavuutta ja uskotta- vuutta tärkeinä seikkoina opinnäytetyötä tehdessämme. Opinnäytetyössämme keräsimme tietoja Essoten alueella sähköhoitoa saavilta henkilöiltä, joten hei- dän tietojensa turvallinen ja kunnioittava käsittely oli tärkeä sekä mainitse- min arvoisen asian. Kunnioitimme vastaajien yksityisyyttä, ja kysely toteutettiin niin, että vastaajien anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Kyse- lyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, ja se toteutettiin ilman hoitohenkilökunnan tai tutkijoiden valvontaa. Täytetyt lomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuor- rissa niille määrättyihin paikkoihin, josta tutkijat ne noutivat.

Tutkimuksen luotettavuuden osalta on tärkeää otoksen tarpeeksi suuri koko sekä korkea vastausprosentti (Heikkilä 2014, 1).

Tutkimuksen vastausprosentti oli 60, jota pidimme kohtalaisen hyvänä. Emme kuitenkaan pysty arvioimaan, mitä mieltä kyselyyn vastaamatta jättäneet olivat sähköhoidosta. Olivatko vastaamatta jättäneet niin huonossa psyykkisessä voinnissa, etteivät he kyenneet vastaamaan kyselyyn, vai kokivatko he sähköhoidon negatiivisena? Jättivätkö he vastaamatta sen takia, kun kokivat sähköhoidon negatiivisena? Tämän takia kohderyhmän vastaukset eivät täysin edusta koko joukkoa kenelle kysely on annettu.

Pyrimme tekemään kyselylomakkeesta ja mukana olleesta saatetekstistä mahdollisimman yksinkertaisen ja helposti ymmärrettävän vastaajia ajatellen. Näin koitimme välttää tilanteista, joissa vastaaja ei ymmärtäisi mitä kysymyksellä haetaan. Kysymykset pyrimme tekemään neutraaleiksi, jotta ne eivät johdattelisi vastaajaa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaamalla ja palauttamalla kyselyn tutkittava antoi suostumuksensa vastausten käyttöön tässä kyseisessä tutkimuksessa, eikä heiltä pyydetty erillistä suostumusta. Tämä edellä mainittu asia tehtiin selväksi kyselylomakkeen mukaan liitettyssä saatekirjeessä (liite 2).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvän ja luotettavan tieteellisen käytännön lähtökohtiin luetaan, että tutkimuksessa seurataan tiedeyhteisön tunnustamia toimintamalleja, jotka ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallettamisessa ja esittämisessä sekä myös tutkimusten ja niiden tulosten arvioimisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Toimimme tutkimusta tehdessä rehellisesti. Pyrimme toimimaan mahdollisimman huolellisesti jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Aiempaa tutkimustietoa kartoitimme laajasti, ja teimme suunnitelman tarkasti ennen tutkimuksen alkua. Tutkimuksessa ohjeistimme henkilökuntaa kirjallisesti (liite 4) ja suullisesti. Vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimuksen soveltamisessa käytetään tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa hyödynnetään tieteellisen tiedon tutkimiseen kuuluvaa avoi-

muutta sekä vastuullista tiedeviestintää tuloksia julkistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Teimme laajaa tiedonhakua aiemman tutkitun tiedon hankinnassa. Hakuja teimme useista arkistoista esimerkiksi Medicistä, Google scholarista, Kaakkurista ja Trepostista (Tampereen yliopiston avoin julkaisuarkisto). Pyrimme käyttämään tutkimuksessa mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotta tutkimus olisi luotettava. Suoritettua tiedonhakua näkyy taulukko-muotoisesta kirjallisuuskatsauksesta (liite 1).

Tutkijat ottavat aikaisemmat tutkimukset ja saavutukset huomioon, jotta he kunnioittavat muiden tutkijoiden työtä. He myös viittaavat aikaisempiin julkaisuihin asianmukaisella tavalla ja antavat niiden saavutuksille ja oivalluksille niille kuuluvan arvon ja kunnian omassa tutkimuksessa ja sen tuloksia julkistaessa. Tutkimuksen suunnitelmat, toteutukset ja raportoinnit sekä siitä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Pakolliset tutkimusluvut on hankittu sekä aiheelle vaadittu eettinen ennakoarvio on tehty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Huomioimme tutkimuksessa aikaisemman tutkimustiedon. Lähdeviittaukset pyrimme tekemään XAMK:in lähdemerkintäohjeiden mukaan. Tutkimuksen tuloksia analysoitaessa syötimme itse tiedot Excel-taulukoihin ja varmistimme useaan kertaan vastausten oikean täytön. Tuloksia vertaamme aiempaan tutkittuun tietoon.

Potilaisiin kohdistuvaa tutkimusta varten on Essotelta anottava tutkimuslupa. Lupahakemukset tutkimuksissa, jotka kohdistuvat potilaisiin, potilasasiakirjoihin tai terveydenhuollon ammattiryhmiin, käsittelee Essoten johtajaylilääkäri Jarmo Koski (Essote 2020b). Laitoimme lupahakemuksen Jarmo Koskelle toukokuussa 2021. Saimme kesäkuussa ohjeistuksen pyytää tutkimuslupa Mois-sion johtavalta lääkäriltä Antti Hobergilta. Tutkimuslupa hyväksyttiin 6.7.2021.

7.3 Toimenpide-ehdotukset toimeksiantajalle

Suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä hoitohenkilökunnan ammatillisuuteen. Vastauksista nousi ilmi kuitenkin, että työkeyttä oli koettu. Henkilökuntaa tulisi muistuttaa asiallisesta käyttäytymisestä potilaita kohtaan.

Vastaajien kehitysideoita sähköhoitoa kohtaan olivat lisäinformaatio sekä potilaille, että heidän läheisilleen. Lisää tietoa halutaan hoidon hyödyistä ja haitoista, sekä mitä hoidoissa tapahtuu ja mitä sillä tavoitellaan. Halutaan tietoa hoidon mekanismeista ja käytännöistä. Kehitysideana olisi lisätä koulutusta sähköhoidosta hoitohenkilökunnalle, jotka ovat ohjaamassa potilasta sähköhoidossa. Päävastuu hoidosta päättämisestä ja informoinnista on lääkärillä. Lääkäreillekin on hyvä järjestää koulutusta sähköhoidosta, jotta he kykenevät antamaan ajantasaista tietoa potilaille. Myös potilastapaamisten ja hoitoneuvotteluiden tärkeyttä, ennen hoidon aloitusta, on hyvä korostaa riittävän informaation saamiseksi.

Vastauksissa oli kehitysideana viiveiden vähentäminen sairaalassa ennen hoitoa. Toimenpide-ehdotuksena on yhdessä sovitut aikataulut sähköhoitopäivän kulusta kuten heräämön saapumisesta ja nukutuksen alkamisesta. Näin kaikki tarvittavat henkilöt ovat heräämössä paikalla oikeaan aikaan ja viiveet vähenevät.

Yksi vastaaja koki, ettei hän ollut nukkunut kunnolla sähköhoidon aikana. Toimenpide-ehdotuksena on muistuttaa anestesialääkäreitä riittävän anestesian varmistamisesta.

7.4 Jatkotutkimusideat

Tutkimus tulisi suorittaa isommassa mittakaavassa, jopa koko Suomen kattavalla kyselytutkimuksella, jossa kerättäisiin potilaiden kokemuksia kaikista suurimmista sähköhoitoa tarjoavista psykiatrian yksiköistä. Myös eri kuvakulmia ja perspektiivejä olisi hyvä kartoittaa. Esimerkiksi kyselyn voisi kohdentaa hoitohenkilökunnan kokemuksiin sähköhoidosta toimenpiteenä. Tällöin saataisiin erilaisia kehitysideoita sähköhoitoa koskien. Henkilökunnan ja potilaiden kokemukset täydentäisivät yhdessä kokemuksia sähköhoidosta.

Voitaisiin myös tehdä tutkimusta hoitohenkilökunnan ja lääkärrien arvioinnista potilaan vointia koskien sekä nukutuksen aikana tapahtuvista haitoista, kuten

sykkeiden tai verenpaineiden noususta, joita potilas ei itse voi arvioida. Tutkimusta voitaisiin tehdä myös tilastoista esimerkiksi, kuinka sähköhoito on vaikuttanut sairaalapäiviin, lääkkeiden käyttöön tai sairauspoissaoloihin.

LÄHTEET

Depressio. 2020. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 08.01.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#T1> [viitattu 4.2.2021].

Essote 2020a. Psykiatria osasto 1. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/asumis-ja-laitospalvelut/psykiatrinen-osastohoito/psykiatria-osasto-1/> [viitattu 9.4.2021].

Essote 2020b. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/ammattilaiselle/ammattilainen/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/> [viitattu 6.3.2021].

Essote 2019a. Psykiatria osasto 2. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/asumis-ja-laitospalvelut/psykiatrinen-osastohoito/psykiatria-osasto-2/> [viitattu 9.4.2021].

Essote 2019b. Psykiatria osasto 7. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/asumis-ja-laitospalvelut/psykiatrinen-osastohoito/psykiatria-osasto-7/> [viitattu 9.4.2021].

Essote 2019c. Vanhuspsykiatrian työryhmä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/avo-palvelut/aikuisten-mielenterveys-ja-paihdepalvelut/erikoissairaanhoidon-mielenterveys-ja-paihdevastaanotto/vanhuspsykiatrian-tyoryhma/> [viitattu 22.4.2021].

Essote 2018a. Nuorisopsykiatrinen osasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/asu-mis-ja-laitospalvelut/psykiatrinen-osastohoito/nuorisopsykiatrinen-osasto/> [viitattu 9.4.2021].

Essote 2018b. Psykoosityöryhmä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/avo-palvelut/aikuisten-mielenterveys-ja-paihdepalvelut/erikoissairaanhoidon-mielenterveys-ja-paihdevastaanotto/psykoosityoryhma/> [viitattu 9.4.2021].

Essote 2018c. Lastenpsykiatrian päiväsasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/perhe-ja-sosiaalipalvelut/lastenpsykiatria/lastenpsykiatrian-paivaosasto/> [viitattu 26.4.2021].

Essote 2017. Moision sairaala tähtää mielentalon Mikkelin keskustaan. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/moision-sairaala-tahtaa-mielentaloon-mikkelin-keskustaan/> [viitattu 9.4.2021].

Hautamäki, L. 2016. Psykiatrisen diagnostiikan epävarmuus. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130678/2_16%2011-13%20Psykiatrisen%20diagnostiikan%20epavarmuus.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 9.4.2021].

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2014. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/Tutkimuksen-Luotettavuus.pdf> [viitattu 8.12.2021].

Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O & Tuulari, J. 2017. Masennus. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Huttunen, M. 2018. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148> [viitattu 18.3.2021].

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002> [viitattu 18.3.2021].

Isometsä, E. 2020a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärin käsikirja. Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.11.2020. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 4.2.2021].

Isometsä, E. 2020b. Transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) depression akuuttihoitossa. Käypähoito- suositus. Suomalainen lääkärisseura. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak06962> [viitattu 26.4.2021].

Isometsä, E. 2019. Masennustilojen hoito. Teoksessa: Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. Helsinki. Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 22.4.2021].

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2011. Kliininen neuropsykiatria. 1. Painos. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.

Kopakkala, A. 2015. Masennus: suuri serotoniinihuijaus.1. painos. Helsinki: Basam Books

Koponen, H. 2020, ECT:n teho ja turvallisuus iäkkäiden depression hoidossa. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Helsinki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak04384#R1> [viitattu 15.4.2021].

Koponen, H. & Vataja, R. 2019. Elimelliseen sairauteen liittyvä katatonia. Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. Helsinki. Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 30.3.2021].

Korkeila, J. 2016. Katatonia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13234> [viitattu 20.3.2021].

Kykkänen, K. 2019. Psykiatrisen sähköhoidon seurantatutkimus Pitkäniemen sairaalassa vuosina 2012–2014. Lääketieteen terveysteknologian tiedekunta. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105209/1550670073.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 4.2.2021].

Leppämäki, S. 2020. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. <https://www.kaypahoito.fi/nix02125> [Viitattu 18.3.2021].

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Oulun yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf> [viitattu 31.3.2021.]

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Paino 11. Helsinki. Duodecim.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. Helsinki. Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 22.4.2021]

Oravainen, J 2013. Sähköhoidon käyttö psykiatrisissa häiriöissä. Tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Lääketieteen koulutus ohjelma. Itä-Suomen yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/12372/urn_nbn_fi_uef-20130603.pdf [viitattu 4.2.2021].

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti. 2019. Aivojen sähköhoito. Teoksessa. Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 15.4.2021]

Pihlainen, V. 2019. Potilasohjausta vaikuttavasti. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ksshp.fi/Elintapamuutosryhmat-ohjaajakasikirja/Pihlainen_Vuokko_Ohjaus.pdf [viitattu 30.3.2021].

Rose, D., Wykes, T., Bindman, J & Fleishman, P. 2018. Information, consent and perceived coercion: patients' perspectives on electroconvulsive therapy. Published online by Cambridge University Press. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/information-consent-and-perceived-coercion-patients-perspectives-on-electroconvulsive-therapy/4DE7CB9CBA5D6047F65CAF4E9A6D4477> [viitattu 25.3.2021].

Sadeniemi, M., Jänkälä, K., Malm, H., Sorvaniemi, M., Stenberg, J., Suominen, K. & Ripatti, T. 2017. Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Opas sairastuneille ja heidän omaisilleen. 3.painos. Helsinki. Duodecim.

Skitsofrenia. 2020. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 26.02.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050> [viitattu 4.2.2021].

Skitsofrenia diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu

26.3.2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00191> [viitattu 25.3.2021].

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2020. Tutkimus ja kehittäminen. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/rahapeliiriippuvuuden-hoitotutkimus/toteutus> [viitattu 26.4.2021].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitoksen julkaisu. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 11.2.2021].

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 5.3.2021].

Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5. Painos. E-kirja. Jyväskylä. PS-kustannus. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 9.4.2021].

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://hanna.vilkkä.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf> [viitattu 29.4.2021].

Wivolin, S. 2019. Ketä ja mitä oikein tutkitaan? Osa 1. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.teetutkimus.fi/blogi/keta-ja-mita-oikein-tutkitaan-osa-1> [viitattu 5.3.2021].

Ylitalo, V. 2013. Sähköhoito. Anestesiahoitotyön kirja. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi> [viitattu 18.3.2021].

Liite 1/1

Tutkimuksen bibliografiset tiedot- XAMK:n raportointiohjeidenmukaan	Tutkimuskohde	Otoskoko, mentelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressisi opinnäytetyön kannalta
<p>1.tutkimus</p> <p>Oravainen, J. Sähköhoidon käyttö psykiatrisissa häiriöissä. Terveystieteiden tiedekunta. Lääketieteen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Itä-Suomen yliopisto. 2013.</p>	<p>Esitellä sähköhoidon käyttöindikaatiot, toteutustavat ja käytännöt. Lisäksi lyhyt katsaus sähköhoidon neurobiologisista vasteista ja niiden vasteista nykkyä-sityksen mukaan.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Sähköhoito on tehokas ja nopea hoitomuoto masennukseen</p> <p>Sähköhoito tehoaa yhtä hyvin vaikeaan masennukseen riippumatta siitä, onko potilaan masennus yksi- vai kaksisuuntaista.</p>	<p>Tutkimuksessa on teoriatietoa ECT hoidon toteutuksesta, indikaatioista ja haittavaikutuksista.</p>
<p>2.tutkimus</p> <p>Kykkänen, K. Psykiatrisen sähköhoidon seuranta tutkimus Pitkäniemen sairaalassa vuosina 2012-2014. Lääketieteen terveysteknologian tiedekunta. Syventävien opintojen kirjallinen työ.</p>	<p>Tarkastella sähköhoitoa saaneiden masennuspotilaiden taustatekijöitä, ECT-hoidon ominaisuuksia sekä vastetta.</p>	<p>204 potilasta. Vastetta arviointiin MADRS- ja BDI- pisteiden avulla. Vasteeksi määriteltiin vähintään 50% alenema oirepis-teissä. Remissioiksi luettiin alle 8 MADRS-</p>	<p>Remission saavutti 25% eli 51 potilasta. 46% eli 93 potilasta saavutti vähintään 50% vähenemän BDI-pisteissä. 47% eli 96 potilasta saavutti vähintään 50% aleneman</p>	<p>Tutkimuksessa on tietoa ECT-hoidon vaikuttavuudesta masennuspotilaiden hoidossa.</p>

Tampereen yliopisto. 2019.		pistettä hoidon jälkeen.	MADRS-pisteissä.	
3.tutkimus Huuhka, M. Electroconvulsive Therapy in Major Depression. A Clinical and Genetic Approach. Lääketieteen tiedekuta. Väitöskirja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää apolipoproteiini E geenin polymorfista yhteyttä sähköhoidon vasteeseen vaikean masennuksen hoidossa.	30 potilasta hoidettiin sähköllä ja 21 potilasta lääkkeillä. Potilaita seurattiin vuosi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Hoidon vastetta arvioitiin	APOE polymorfismi ei liittynyt sähköhoidon vasteeseen vaikean masennuksen hoidossa. Vaikeasta masennuksesta kärsivät vanhukset	Tutkimuksessa on tietoa ECT-hoidon vaikuttavuudesta masennuspotilaiden hoidossa.

Liite 1/2

Tampereen yliopisto. 2005.	Verrata masennuslääkkeiden ja sähköhoidon tehoa vaikeaa masennusta sairastavilla vanhus potilailla.	masennuservoiintias-teikoilla. Lisäksi sairausjaksojen uusiutuminen otettiin huomioon.	saivat hyvän välittömän vasteen lääke- sekä sähköhoidosta. Masennusjakson uusiutuminen oli yleistä molemmissa ryhmissä.	
-------------------------------	---	--	---	--

Saatekirje

Hyvä kyselyyn osallistuja.

Teemme opinnäytetyötä Etelä- Savon sosiaali- ja terveystalvelujen alueella sähköhoitoa saaneiden potilaiden hoitokokemuksista. Tutkimus ja opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Essoten ja Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää potilaan ohjausta ja hoitoa, sekä potilastyytyväisyyttä.

Tutkimuksen tiedonkeruu toteutetaan kyselylomakkeella. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaamalla ja palauttamalla kyselyn annatte suostumuksenne vastausten käyttöön tässä kyseisessä tutkimuksessa. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja vastanneiden anonymiteetti säilytetään.

Tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto hävitetään, eikä aineistoa käytetä muuhun tarkoitukseen.

Kyselylomakkeen ja vastauskirjekuoren saatte yksikön hoitajalta. Palautattehan vastaukset kirjekuoressa yksikön hoitajalle tai postin kautta psykiatrian poliklinikalle. Tutkimuksen tekijät noutavat vastauskuoret yksiköstä.

Tutkimukseen on saatu asianmukainen lupa Essotelta.

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Yhteydenotot psykiatrian poliklinikan kautta.

Ystävällisin terveisin,

Valtteri Martikainen, Mikko Mielonen & Jonne Palm

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Kysely

Kyselyssä on 15 kysymystä. Vastaamiseen menee noin 10 minuuttia aikaa. Kysymykset ovat sekä monivalintakysymyksiä, että avoimia kysymyksiä.

Kysely sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksista Essoten alueella. Vastaaminen on nimetöntä

Aluksi kysytään taustatietojasi.

KYSYMYKSET

1. Oletteko saaneet aiemmin sähköhoitoa

Kyllä

En

Jos vastasitte kyllä niin,

Aiempien hoitokertojen määrä _____

2. Oletteko sarja- vai ylläpito-hoidossa?

3. Mihin oireeseen saitte sähköhoitoa tällä hoitokaudella?

4. Koettako saaneenne apua sähköhoidosta?

Kyllä

Ei

Jos vastasitte kyllä niin minkälaista apua:

5. Kuinka paljon koette saaneenne apua sähköhoidosta?

En yhtään Vähän Jonkin verran Melko paljon Hyvin paljon

6. Onko teille tullut haittavaikutuksia sähköhoidosta?

Kyllä

Ei

Mikäli vastasitte kyllä, millaisia haittavaikutuksia?

7. Kuinka paljon koette saaneenne sähköhoidosta haittavaikutuksia?

En ollenkaan Vähän Jonkin verran Melko paljon Hyvin Paljon

8. Saitteko mielestänne tarpeeksi tietoa sähköhoidosta ennen ensimmäistä hoitokertaa?

Kyllä

En

Mitä lisätietoa olisitte kaivannut?

9. Kuinka tyytyväinen olet ollut potilasohjaukseen sähköhoidon aikana?

Tyytymätön Melko tyytymätön En osaa sanoa Melko tyytyväinen Tyytyväinen

10. Miten toivoisitte sähköhoidon potilasohjausta kehitettävän?

11. Koetteko sähköhoidon turvalliseksi?

Kyllä

En

En osaa sanoa

Perustele vastauksesi?

12. Kohtelivatko hoitajat teitä ammatillisesti?

Kyllä

Ei

Perustele.

13. Onko muuta kommentoitavaa henkilökunnan työskentelystä?

14. Saitteko tarpeeksi jatkohoito-ohjausta sähköhoidon jälkeen?

Kyllä

En

Jos vastasitte ei, mitä olisitte kaivanneet lisää?

15. Vapaa palaute

Liite 4

Arvoisa työntekijä.

Teemme opinnäytetyötä Etelä- Savon sosiaali- ja terveystalvelujen alueella sähköhoitoa saaneiden potilaiden hoitokokemuksista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa sähköhoitoa saavien potilaiden kokemuksista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla voidaan kehittää potilaan ohjausta ja hoitoa, sekä potilastyytyväisyyttä.

Tutkimuksen tiedon keruu toteutetaan kyselylomakkeella. Kyselyyn osallistuminen on potilaalle vapaaehtoista. Vastaamalla ja palauttamalla kyselyn tutkittava antaa suostumuksensa vastausten käyttöön tässä kyseisessä tutkimuksessa, eikä heiltä pyydetä erillistä suostumusta.

Potilas saa kyselylomakkeen ja vastauskirjekuoren yksikön hoitajalta. Potilas palauttaa vastaukset kirjekuoressa yksikön hoitajalle. Psykiatrian poliklinikan ja vanhustyöryhmän kautta tulleet potilaat voivat myös palauttaa lomakkeen postin kautta psykiatrian poliklinikalle. Jokaisella osastolla on laatikko, johon vastauskuoret kerätään ja tutkimuksen tekijät noutavat ne yksiköstä.

Eli hoitajan tehtävä on antaa sähköhoitoon osallistuvalla potilaalla kyselylomake ja vastauskuori. Kun potilas on vastannut, toimittaa hoitaja kirjekuoren osastolla sille varattuun paikkaan (laatikko, kaappi, tms). Paikasta tiedotetaan jokaisella osastolla erikseen.

TYÖNTEKIJÖILLÄ EI OLE LUPAA KATSOA VASTAUKSIA!

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne. Meidät voi löytää työskentelemästä kesän aikana Moisio os.2 (Mikko ja Jonne) tai os.7 (Valtteri). Meihin saa yhteyden myös psykiatrian poliklinikan kautta.

Ystävällisin terveisin,

Valtteri Martikainen, Mikko Mielonen & Jonne Palm

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

