

ECT-HOIDON POTILASOHJAUSMATERIAALI

Esittelyvideo ja potilasopas Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmän masennus- ja skitsofreniapotilaiden potilasohjauksen tueksi

TEKIJÄT: Miettinen Nea
Mykkänen Minni
Ruotsalainen Riina

Koulutusala Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Nea Miettinen, Minni Mykkänen, Riina Ruotsalainen	
Työn nimi ECT-hoidon potilasohjausmateriaali, esittelyvideo ja potilasopas Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmän masennus- ja skitsofreniapotilaiden potilasohjauksen tueksi.	
Päiväys	25.10.2016
Sivumäärä/Liitteet	49/4
Ohjaaja(t) Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) KYS, Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Mielenterveyden häiriöt ovat laaja-alaisia, kaikkiin elämän osa-alueisiin vaikuttavia sairauksia. Mielenterveyshäiriöstä kärsivällä voi olla vaikeuksia muun muassa mielialan vaihtelun, painon nousun, harhaluulojen ja syömisen suhteen. Myös kognitiivinen työskentely voi olla mielenterveyden häiriöstä kärsivälle haastavaa. Hoitomuodot ja lääkkeet kehittyvät jatkuvasti, ja potilasohjauksen tarve korostuu tulevaisuudessa entistä enemmän.</p> <p>Sähköhoito on turvallinen ja paljon käytetty hoitomuoto eräiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Potilaan täytyy saada ohjausta ennen sähköhoidon aloittamista, jotta potilas sitoutuisi paremmin hoitoon. Ohjauksen avulla potilas muistaa helpommin, mitä täytyy tehdä ennen sähköhoitoon saapumista. Tämä lisää potilasturvallisuutta.</p> <p>Opinnäytetyönä tuotettiin potilasohjausvideo ja potilasopas sähköhoidon ohjauksen tueksi Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmälle. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, johon kuuluu sekä video että opas. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa sähköhoidosta potilaalle ja yhtenäistää potilasohjausta. Videon ja oppaan tehtävänä ja tavoitteena on parantaa sähköhoidon ohjausta ja potilaiden sitoutuvuutta sähköhoitoon. Oppaan avulla potilas voi vielä ohjaustilanteen jälkeen kerrata sähköhoitoon liittyviä asioita.</p> <p>Jatkotutkimus- ja kehittämismahdollisuus voisi olla se, millaisena henkilökunta on pitänyt videon ja oppaan käytön potilasohjauksessa. Lisäksi voisi tutkia tuotteiden käytettävyyttä kyseisessä yksikössä. Näiden jo tehtyjen potilasohjausmateriaalien lisäksi voisi vielä tehdä hoitajan tarkastuslistan uuden sähköhoitopotilaan ohjaukseen liittyen.</p>	
Avainsanat Sähköhoito, masennus, skitsofrenia, potilasohjaus, video, potilasopas	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Miettinen Nea, Mykkänen Minni and Ruotsalainen Riina			
Title of Thesis Patient education material for electroconvulsive therapy, video guide and guide for the patient to support the Julkula hospital neuromodulation crew counseling depressive and schizophrenic patients			
Date	25.10.2016	Pages/Appendices	49/4
Supervisor(s) Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners KYS, Julkula hospital neuromodulation crew			
<p>Abstract</p> <p>Mental disorders are wide-ranged and all aspects of life affect diseases. A person who is suffering from mental disorders may have various difficulties such as mood swings, weight gain, and delusions in terms of eating. Also cognitive functioning can be challenging for people with mental disorders. Therapies and medicines are constantly evolving, and the need for patient education is amplified even more in the future.</p> <p>Electroconvulsive therapy is a safe and widely used form of treatment of certain mental disorders. The patient must get counseling before the electrical therapy, which helps the patient to commit with the treatment better. Counseling allows the patient to remember more easily what they need to do before arriving to treatment. This increases the patient's safety.</p> <p>As a result of this thesis there is a patient guide video and a patient guide book produced for the neuromodulation crew at Julkula hospital to support electroconvulsive therapy counseling. The thesis was a functional one and includes both a video and a guide book. The aim of this thesis is to increase the patient's knowledge about the electrical treatment and to standardize patient counseling. The objective of the video and the guide is to improve the counseling of electroconvulsive therapy and increase the commitment regarding patients going through the treatment. Patients are able to revise things related to electrical treatment with the guide.</p> <p>Further research and development ideas regarding the thesis could focus on the opinions of the neuromodulation crew about the patient video and the patient guide in use. In the future it could also be possible to examine the usability of the products within the unit. In addition to these patient education materials already made there could still be a nurse's checklist for counseling related to admitting new electroconvulsive patients.</p>			
<p>Keywords Electroconvulsive therapy, depression, schizophrenia, patient counseling, video, patient guide</p>			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	ECT (ELECTROCONVULSIVE THERAPY) ELI SÄHKÖHOITO	9
2.1	Käyttö- ja vasta-aiheet	9
2.2	Sähköhoidon toteuttaminen	9
2.3	Hoidon kulku sähköhoitoyksikössä	10
2.4	Sähköhoidon vaikutusmekanismit	12
2.5	Sähköhoidon haittavaikutukset	12
2.6	Sähköhoidon tehokkuus.....	12
3	SÄHKÖHOITO SKITSOFRENIAN JA MASENNUKSEN HOIDOSSA	14
3.1	Skitsofrenia	14
3.1.1	Prodromaalioireet	14
3.1.2	Diagnoosi ja oireet.....	15
3.1.3	Hoito	16
3.2	Masennus.....	18
3.2.1	Oireet.....	18
3.2.2	Hoito	19
4	POTILASOHJAUS	21
4.1	Potilaan yksilöllinen huomioiminen ohjauksessa	21
4.2	Psykoedukaatio.....	22
4.3	Hoitoon sitoutuminen	22
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	24
6	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
6.1	Toiminnallisen opinnäytetyön ja aiheen valinta	25
6.2	Esittelyvideon suunnittelu	26
6.3	Videon toteuttaminen	27
6.4	Oppaan suunnittelu ja toteuttaminen.....	29
6.5	Tuotteiden pilotointi, palautteen käsittely ja muokkaus.....	30
7	POHDINTA	32
7.1	Aikataulutuksen arviointi.....	32
7.2	Esittelyvideon arviointi.....	32

7.3	Oppaan arviointi	33
7.4	Yhteistyön arviointi.....	34
7.5	Työn eettisyys ja luotettavuus	34
7.6	Ammatillinen kehittyminen.....	36
7.7	Jatkotutkimus- ja kehittämismahdollisuudet.....	36
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	38
	LIITE 1: LUPAHAKEMUS	42
	LIITE 2: ESITTELYVIDEON KÄSIKIRJOITUS.....	45
	LIITE 3: VIDEON KERRONTA.....	47
	LIITE 4: POTILASOPAS	49

1 JOHDANTO

ECT (Electroconvulsive therapy) eli sähköhoito on hoitomuoto, jota käytetään vaikeiden psyykkisten sairauksien, kuten skitsofrenian ja psykoottisen masennuksen hoidossa. Vaikka sähköhoito on vanha hoitomuoto, sen on todettu helpottavan kyseisten sairauksien oireita. Sähköhoidon on todettu olevan vaikutuksiltaan tehokkaampi hoitomuoto kuin psykoterapia ja lääkehoito. (Ritschkoff ja Vataja 2009).

Sähköhoidosta on monenlaisia käsityksiä ja potilailla saattaa olla siihen liittyviä ennakkoluuloja tai pelkoja. Sähköhoito on aikojen saatossa kärsinyt huonosta maineesta. Kun Yhdysvalloissa sai ensi-iltansa elokuva "Yksi lensi yli käenpesän", sen suggestiivisten kohtausten takia sähköhoidon käyttö romahti useiksi vuosiksi. (Leppämäki 2012, 2454-2459.) Yleensä ihmisten käsitykset eivät estä sähköhoidon aloittamista, sillä potilaat ovat tyytyväisiä saadessaan luotettavaa tietoa sähköhoidon vaikutuksista. Kun potilaalle ollaan aloittamassa sähköhoitoa, on tärkeää ottaa huomioon, että potilas kaipaa hoitohenkilökunnalta potilaslähtöistä ohjausta ennakkoluulojen vähenemiseksi, sillä suuri osa ihmisistä uskoo tutkimustietoon. (Ritschkoff ja Vataja 2009.)

Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen on yksi keskeisempiä hoitotyön tavoitteita, jossa potilaan ohjaaminen korostuu merkittävästi. Yhtenä hoitajan tärkeimmistä osaamisen osa-alueista pidetään ohjaustaitoja. Hyvät ohjaustaidot auttavat potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja täten edistämään terveyttään. (Kääriäinen 2010, 26.) Hoitajan rooli ohjaustilanteissa on toimia ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana edellyttäen ammattitaitoa ohjauksen sisällöstä ja kulusta. Hoitajan on oltava vuorovaikutustaitoinen ja ymmärrettävä ohjauksen prosessi sekä kirjaamisen merkitys. (Kääriäinen 2010, 27.)

Aihe opinnäytetyöhömmme löydettiin KYS:n (Kuopion yliopistollisen sairaalan) internet-sivujen aihepankista. Aihe valikoitui siksi, koska se kiinnosti jokaista ryhmän jäsentä. Aiheena oli esittelyvideon tuottaminen Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmään. Jotta video palvelisi toimeksiantajaa paremmin, ehdotettiin ohessa tuotettavaksi lisäksi potilasopas ja hoitajan tarkastuslista potilasohjauksen tueksi, joista jälkimmäisestä luovuttiin opinnäytetyön työmäärän vähentämisen vuoksi.

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli tuottaa toimeksiannon mukaisesti esittelyvideo ja potilasopas Julkulan sairaalan neuromodulaatiokeskuksesta ja siellä annettavasta sähköhoidosta. Video ja potilasopas tuotettiin mahdollisimman potilaslähtöiseen muotoon, koska Julkulan sairaalan henkilökunta ja heidän yhteistyökumppaninsa käyttävät niitä nimenomaan potilasohjauksessa tai sen tukena. Ajatuksena on, että esittelyvideota ja potilasopasta voisi käyttää potilasohjauksen lisäksi apuna myös omaisten ohjaamisessa sekä uusien työntekijöiden työhön perehdyttämisessä.

Neuromodulaatioryhmällä ei ollut aiemmin käytössä omaa potilasohjausvideota, vaan he käyttivät Oulun yliopistollisessa sairaalassa kuvattua potilasohjausvideota ohjatessaan omia potilaitaan.

Neuromodulaatioryhmän henkilökunta toivoi saavansa oman ohjausvideon, koska Oulun yliopistollisen sairaalan sähköhoitokäytännöt, tilat ja laitteet ovat erilaisia kuin Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmässä. Toimeksiantaja toivoi, että videossa näytetään konkreettisesti nimenomaan heidän omia tilojaan ja käytäntöjään, jotta potilaiden kynnys sähköhoidon aloittamiseen olisi mahdollisimman matala.

Ennen neuromodulaatioryhmän käytössä oli potilasohje, joka oli laajuudeltaan kolmen sivun mittainen. Neuromodulaatioryhmän henkilökunnan mielestä vanhan potilasohjeen ulkomuoto ja sisältö eivät palvelleet tehokkaasti potilaiden hoidon ohjausta, koska se ei sisältänyt kuvia, eikä se ollut riittävän selkeä ja potilaslähtöinen. Neuromodulaatioryhmän henkilökunnalla oli ajatus, että heille tulevat potilaat eivät lukeneet entistä potilasohjetta, koska se ei näyttänyt houkuttelevalta, tekstiä oli liikaa ja se oli vaikeasti ymmärrettävässä muodossa.

Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmä (3717) sijaitsee Kuopiossa Julkulan kaupunginosassa. Se toimii Julkulan sairaalan mielialahäiriöosaston (2717) alaisuudessa sairaalan toisessa kerroksessa. Neuromodulaatioryhmän tarkoituksena on tuottaa korkeatasoista, näyttöön perustuvaa hoitoa potilaille. Potilaan koko sähköhoitoprosessi toteutuu yhteistyössä potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuvien tahojen kanssa. Henkilökuntaan kuuluu psykiatrian erikoislääkäri ja neljä sairaanhoitajaa. Anestesiapalvelut neuromodulaatioryhmä ostaa Kuopion yliopistollisen sairaalan Puijon sairaalan päiväkirurgisesta yksiköstä. Neuromodulaatioryhmässä annetaan potilaille sähköhoitoa (ECT-hoito) kolme kertaa viikossa, maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin. Potilaita sähköhoidossa käy keskimäärin 8 päivässä. Potilaat tulevat hoitoihin Julkulan sairaalan osastoilta, avohoidosta tai hoitokodeista. Neuromodulaatioryhmän henkilökunnan laskennallinen arvio vuosittaisesta potilaskävijämäärästä on noin 950 potilasta vuodessa. (Saarman 2015.)

2 ECT (ELECTROCONVULSIVE THERAPY) ELI SÄHKÖHOITO

Sähköhoito on keksitty jo vuonna 1938, ja Suomessa sitä alettiin antaa vuonna 1941, koska sen tuomien epileptisten kohtausten huomattiin helpottavan skitsofrenian oireita. Tällöin sähköhoitoa annettiin ilman anestesiaa ja sitä käytettiin myös potilaiden rankaisemiseen. Nykyään sähköhoitoa annetaan anestesiassa ja se on turvallinen sekä paljon käytetty hoitomuoto etenkin vaikean masennuksen hoitoon. Myös laitteet ja hoitokäytännöt ovat kehittyneet paljon ja hoito toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa. (Järventausta 2014.)

Aivojen sähköhoito on nukutuksessa annettava hoito, jossa kalloon johdetaan sähkövirta. Hoidon tavoitteena on aiheuttaa potilaalle yleistynyt kouristuskohtaus, toistuvana hoitomuotona tämän on todettu olevan etenkin vaikeaa masennusta helpottava hoitomuoto. Yleistyneen kouristuksen aikana on todettu aivojen verenkierron, hapen käytön ja glukoosin käytön kasvavan. Kouristuskohtauksen jälkeen on havaittu potilailla verenkierron ja glukoosiaineenvaihdunnan vähenemistä etenkin otsalohkojen alueella, tämä ennakoi hyvää hoitovastetta masennuksen hoidossa. On myös viitteitä siitä, että sähköhoito vaikuttaisi serotoniinireseptoreiden määrään. Sähköhoito vaikuttaa myös kolinergiseen ja dopaminergiseen hermojen välilytykseen. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen ja Partonen 2011, 742.)

2.1 Käyttö- ja vasta-aiheet

Sähköhoidon on todettu olevan nopeampi ja tehokkaampi hoitomuoto kuin esimerkiksi lääkehoito ja psykoterapia. Sähköhoidolla saadaan nopea osittainen paraneminen, joka voi helpottaa potilaan ja omaisten pitkää kärsimystä. Sähköhoito ei ole este muille hoitomuodoille, kuten esimerkiksi elämäntapamuutoksille ja lääkehoidolle. (Lönqvist ym. 2011, 742.)

Hoito on sitä tehokkaampaa, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Vasta-aiheita hoidolle ei ole, alaikäisillä tulee kysyä huoltajien lupa hoitoon. Hoidon riskitekijöinä voi olla muun muassa tuumori tai vuoto aivoissa, aneurysmat ja vasta sairastettu sydän- tai aivoinfarkti. (Järventausta 2014.)

2.2 Sähköhoidon toteuttaminen

Sähköhoito toteutetaan aina potilaan kanssa yhteistyössä. Potilaan ehdoton kieltäytyminen hoidosta on kontraindikaatio, ellei kyse ole potilaan kieltäytymisestä psykoottisen tilan vuoksi. (Leppämäki 2014.) Sähköhoitoa annetaan sarjamuotoisena hoitona. Sähköhoitoa annetaan yleisimmin psykiatrisen osastohoitojakson aikana, mutta nykyisin on yleistä myös polikliinisesti annettava sähköhoito. (Depressio 2014.)

Lähettävä lääkäri tekee potilaasta lähetteen sähköhoitoon. Lähetteeseen tulee kirjoittaa hoidon indikaatio, eli minkä vuoksi sähköhoito aloitetaan, onko potilas saanut sähköhoitoa ennen,

laboratoriotutkimusten tulokset, onko potilas aiemmin nukutettu, ajan tasalla oleva lääkitys ja somaattiset sairaudet ja niiden hoidon tila. (Leppämäki 2014.)

Alle 65-vuotiailta perusterveiltä potilailta tulisi ottaa seuraavia verikokeita ennen sähköhoidon aloittamista: perusverenkuva (PVK+T), kalium (K) ja natrium (Na) sekä sydänfilmi (EKG). Yli 65-vuotiailta tulisi ottaa samat verikokeet kuin nuoremmilta potilailta, mutta lisäksi tulisi ottaa kreatiiniarvo (Krea). Mikäli potilas sairastaa hoitotasapainossa olevaa koronaaritautia tai lievää sydämen vajaatoimintaa, tulisi potilaalta ottaa myös thorax-röntgen eli keuhkokuva. Jos potilaan koronaaritauti ei ole hoitotasapainossa tai hänellä on hankala sydämen vajaatoiminta, tulee pyytää sisätautilääkärin konsultaatiota ennen ensimmäistä sähköhoitokertaa. Mikäli potilaalla on keuhkosairaus, tulee ottaa kaikki yllämainitut verikokeet ja spirometria sekä thorax-röntgenkuvat ennen sähköhoidon aloittamista. Keuhkolääkärinä on hyvä konsultoida, jos potilaan keuhkosairauden hoitotasapaino on huono. Marevan-hoidossa olevilta potilaita tulisi ottaa edellä mainittujen verikokeiden lisäksi myös INR-arvo ennen sähköhoidon aloittamista. Diabetesta sairastavilta potilailta tulisi mitata verensokeri aamulla ennen sähköhoidon antamista. Maksasairauksia sairastavista potilailta tulisi ottaa edellä mainitut perusverikokeet sekä kreatiini (Krea), INR ja bilirubiini-arvo (Bil). Jos potilaalla on Litium-lääkehoito, myös litium-arvo (S-Li) on tarkistettava ennen sähköhoidon aloittamista. (Leppämäki 2014.)

Potilaan tulee käydä suihkussa edellisenä iltana ja hiusten tulee olla puhtaat sähköhoitoa annettaessa. Potilaalla täytyy olla löysät vaatteet eikä potilaalla saa olla kynsilakkaa. Potilaan täytyy olla syömättä ja juomatta ennen sähköhoitoa, sekä virtsarakon ja suolen tulisi olla mahdollisimman tyhjät. Hammasproteesit tulee ottaa pois ennen anestesiaa. Hampaiden kunto olisi hyvä tarkistaa, koska kouristuksen aikainen hampaiden yhteenpureminen voi irrottaa heiluvia hampaita. Kielen ja huulten kunto tarkistetaan ja potilaan nestetasapainon tulee olla kunnossa. (Ylitalo 2013.)

Potilaalle voidaan antaa tarpeen mukaan pahoinvointi- sekä särkylääkettä ennen toimenpidettä. Potilas ei saa ottaa bentsodiatsepiinilääkitystä sähköhoitoaamuna. Pakolliset verenpaine- ja sydänlääkkeet potilas voi ottaa pienen nestemäärän kera aamulla ennen sähköhoitoon tuloa. (Ylitalo 2013.) Potilaalle annetaan antikolinergia ennen sähköhoitoa syljeneritystä vähentämään (Kempainen ja Palokangas 2014).

2.3 Hoidon kulku sähköhoitoyksikössä

Potilaille annetaan yleensä sähköhoitoa sarjahoitona, esimerkiksi kolme kertaa viikossa (Kempainen ja Palokangas 2014). Hoitava lääkäri, anestesiaalääkäri ja avustavat hoitajat tapaavat potilaan ennen hoitoa (Henriksson 2011). Hoidon alussa anestesiaalääkäri laittaa potilaalle kanyylin. Potilaalle laitetaan sydänsähkökäyräelektrodit rintakehälle (EKG), pulssioksimetri sormenpäähän ja aivosähkökäyräelektrodit otsaan (EEG). Hoidon aikana mitataan kouristuksen kestoa EMG-elektrodeilla, jotka asetetaan potilaan käsivarteen. Hoidon aikana potilaalta mitataan verenpainetta 2,5 minuutin välein, ja se tulee mitata samasta kädestä, jossa i.v. kanyyli on. Vapaana olevaan

käteeseen laitetaan käsikäyttöinen verenpainemittari, joka täytetään yli potilaan systolisen verenpaineen rajan ennen lääkkeiden antamista. Tarkoituksena tässä on estää relaksoivan lääkkeen kulkeutuminen raajaan, jotta siitä saadaan mitattua kouristuksen kesto-aika (Järventausta 2014). Kouristusta mitataan yleensä silmämääräisellä havainnoinnilla ja seurataan mansetin alapuolisen raajan liikehdintää. Nesteytyksenä hoidon aikana voidaan käyttää 0,9 % NaCl eli keittosuolaliuosta i.v. 500 ml. (Ylitalo 2013.)

Potilas esihapetetaan happimaskin avulla. Potilaalle laitetaan suuhun hammassuoja ja nielutuubi, kun anestesia-lääkkeet ovat alkaneet vaikuttaa. Yleensä anestesia toteutetaan Propofolilla ja lihasrelaksanteilla. Potilaan riittävä hapettuminen toteutetaan hengistyspalkeella anestesian syventämisen jälkeen. Potilaan hiilidioksidiarvo pyritään pitämään matalana, koska matala hiilidioksidiarvo lisää kouristusherkkyyttä. Lihasrelaksantin annon jälkeen minuutin päästä voidaan antaa ensimmäinen isku. (Ylitalo 2013.)

Sähköhoitoa voidaan antaa kahdella erilaisella tavalla; bilateraalisesti eli niin, että elektrodit asetetaan molemmille ohimoille tai unilateraalisesti, jolloin elektrodit asetetaan vain oikealle ohimolle sekä otsalle. Bilateraalinen tapa on yleisimmin käytetty metodi, mutta se aiheuttaa enemmän sivuvaikutuksia. Mikäli potilaalle tulee paljon sivuvaikutuksia bilateraalista antotavasta, voidaan aloittaa kokeiluun unilateraalinen antotapa. (Mind for better mental health.)

Hoidon tavoitteena on saada 20 sekuntia pitkä kouristus ja 25 sekuntia pitkä purkaus aivoissa. Potilaiden hoitoannos on yksilöllinen, hoitoannos määräytyy kouristuskynnyksen mukaan. Kouristuskynnys mitataan ensimmäisellä hoitokerralla; hoito aloitetaan pienellä annoksella ja nukutuksen aikana annetaan useita annoksia hoitoa, niin että annos nousee siihen asti, kunnes potilas kouristaa. Hoidon aikana on huolehdittava potilaan hyvästä hapetuksesta. (Järventausta 2014). Kouristuksen aikana potilasta ei ventiloita. Kouristus kestää vähintään 25 sekuntia jonka jälkeen aletaan ventiloita hengityspalkeella. 100 prosentista happea saa antaa potilaalle vasta, kun toimenpiteestä vastaava lääkäri antaa siihen luvan. (Ylitalo 2013.)

Potilaalle annettava nukutus on lyhytaikainen ja yleensä potilas herää noin kymmenen minuuttia hoidon jälkeen. Potilaalla voi esiintyä huonovointisuutta ja päänsärkyä hoidon jälkeen. Päänsärkyyn potilaalle voi antaa normaaleja tulehduskipulääkkeitä kuten ibuprofeenia. Potilas jää hoidon jälkeen heräämään tarkkailuun, ja hänen verenpainetta ja sykettä seurataan niin kauan, kunnes ne ovat normaalilla tasolla. (Henriksson 2011.) Hoidon jälkeen potilaan hapensaannista huolehditaan niin kauan, kunnes potilas pystyy itse hengittämään. Tarvittaessa potilasta ventiloitaan. Kun peruselintoiminnot ovat vakaat ja potilas on orientoitunut, hän voi lähteä jatkohoitoon. (Ylitalo 2013.)

2.4 Sähköhoidon vaikutusmekanismit

Sähköhoidolle ei ole vielä osoitettu yksiselitteistä vaikutusmekanismeja, koska sähköhoitotekniikat ovat olleet toisistaan poikkeavia ja esimerkiksi kouristuskynnys ja sähköärsyke ovat olleet yksilöllisiä ja niiden välinen suhde on vain harvoin tarkasti määritelty. 1980-luvulla tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että samaan aikaan sairastettu psyykinen ja somaattinen sairaus heikentäisivät sähköhoidon tehoa. Sähköhoidon on todettu lisäävän masennuspotilaiden aivojen otsalohkoissa hidasaaltoista toimintaa. Tämän toiminnan on todettu olevan yhteydessä sähköhoitosarjan alussa määritetyn kouristuskynnyksen ja ärsyksen voimakkuuden väliseen suhteeseen etenkin oikealle puolelle annettavassa sähköhoidossa. On tutkittu, että bilateraalihoito lisää aivojen verenkiertoa otsalohkojen lateraalisisissa osissa ja ohimolohkojen etuosissa, kun taas unilateraalinen hoito kohdistuu suoraan otsan alueelle, ja näin ollen lisää aivojen verenkiertoa otsalohkossa ja cingulumin etuosissa. Näin ollen unilateraalinen hoito vaikuttaa masennussairauksien hoidossa keskeisimpiin keskushermostollisiin alueisiin ja bitemporaalinen hoito kohdistuu enemmän posteriorisempiin aivoalueisiin. Kun sähköhoitoa käytetään manian ja skitsofrenian hoitoon, vaikutusmekanismit saattavat olla hyvinkin erilaisia kuin masennuksessa. Vaikutusmekanismina oleellinen ominaisuus voi olla sen kyky korjata aivojen häiriintynyt biologinen tila. Tämä riippuu täysin sairauden häiriintymisen asteesta ja patofysiologisista tekijöistä. (Heikman 2004.)

2.5 Sähköhoidon haittavaikutukset

Yleisimpinä haittavaikutuksina sähköhoidossa ovat hoitojen jälkeen tulevat päänsärkytilat ja lihaskivut. Lihaskivut vastaavat luonteeltaan samaa kuin urheilusuorituksen jälkeiset lihaskivut. Yleensä näitä kipuja potilaalla on vain ensimmäisen sähköhoitokerran jälkeen. Sekä päänsärkyä että lihaskipuja potilailla voidaan hoitaa tulehduskipulääkkeillä tarpeen mukaan. Joskus kouristuksen jälkeen voi ilmetä sydämen rytmihäiriöitä, jotka ovat nopeasti ohimeneviä ja perusterve elimistö sietää näitä hyvin. Muistin ongelmat lienevät pelätyin sähköhoidon haittavaikutus, yleensä muistinmenetyks on lyhytaikaista ja se korjautuu hoitajakson jälkeen. Jotkin potilaat unohtavat tapahtumat juuri ennen hoitoa ja sen jälkeen, mutta yllättävän monet potilaat muistavat kaikki tapahtumat anestesian alkuun asti. (Leppämäki 2014.)

2.6 Sähköhoidon tehokkuus

Tutkimusten mukaan sähköhoidon teho on suurempi kuin psyykkisissä sairauksissa käytettävän lääkehoidon tehokkuus. Tutkimuksissa on todettu sähköhoidon olevan tehokas niin psykoottisen kuin vaikeankin masennuksen hoidossa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että sähköhoito on psykoottisen masennuksen tehokkain hoitomuoto ja sähköhoidon jatkaminen hoitona vähentää relapseja. (Isometsä ja Koponen 2014a.)

Sähköhoidon on todettu olevan ensisijainen hoitomuoto vaikean ja psykoottisen masennuksen hoidossa, koska tutkimuksissa on osoitettu todennäköistä paremmuutta hoidon vasteessa lääkehoitoon verrattuna. Tutkimuksissa yleensä potilasryhmät kärsivät psykoottisesta tai vaikeasta

masennuksesta, joten vastetta ei ole voitu tutkia keskivaikean masennuksen hoidossa. Sähköhoitoa voidaan käyttää myös muiden masennustilojen hoitoon, mikäli potilas itse on halukas ja motivoitunut sähköhoitoon hoitomuotona. (Isometsä ja Koponen 2014b.)

3 SÄHKÖHOITO SKITSOFRENIAN JA MASENNUKSEN HOIDOSSA

Sähköhoitoa käytetään skitsofrenian hoidossa. Skitsofrenian hoidossa tärkeänä osana on antipsykoottinen lääkehoito yhdistettynä psykoedukatiiviseen hoitosuhdetyöskentelyyn. Aina nämä hoitomuodot eivät ole riittäviä skitsofrenian hoidossa, jolloin hoitoon on hyvä yhdistää sähköhoito muiden hoitomuotojen tueksi. (Skitsofrenia 2015.)

Sähköhoitoa käytetään myös lääkeresistentin masennuksen ja psykoottisen masennuksen hoidossa. Sähköhoitoa annetaan muiden hoitomuotojen, kuten lääkehoidon ja psykoterapian, tukena. Sähköhoitoa harkitaan silloin, kun muut hoitomuodot eivät ole olleet riittäviä. Yleisesti on tutkittu, että sähköhoito yhdistettynä muihin hoitumuihin on tehokasta sekä skitsofrenian että masennuksen hoidossa. (Depressio 2014.)

3.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yleisin, yleensä nuorella iällä alkava mielisairaus, johon liittyy vahvasti psykoottisia piirteitä. Skitsofreniaa sairastavalle ihmiselle ovat tyypillisiä erilaiset havaitsemisen ja ajattelutapojen vääristymät sekä aistiharhat. Usein skitsofreniaa sairastavilla on myös tunneilmaisussa poikkeavuutta tai tunneilmaisuuksia on täysin latistunut. Skitsofreniaa sairastaa noin 1 % väestöstä. Yleisin ikä sairastua on 20–28-vuotiaana, mutta skitsofrenia voi alkaa joskus lapsena tai murrosikäisenä. (Huttunen 2015a.)

Potilaiden oirekuva vaihtelee suuresti eri henkilöillä. Tämän lisäksi samalla henkilöllä voi olla erilainen oirekuva eri vaiheissa sairautta. Osalla sairastuneista oireet eivät häviä lainkaan, osalla ne lievittyvät akuuttivaiheen jälkeen. Osalla sairastuneista oireet jatkuvat vakavina myös akuuttivaiheiden välissä. Tutkimusten perusteella 40–70 % skitsofreniaa sairastavista pystyy vuosien myötä elämään tyytyväisenä ja he kärsivät vain lievistä oireista. Suuri osa pystyy säilyttämään työkykynsä. (Huttunen 2015a.)

Erilaiset perinnölliset tekijät lisäävät skitsofreniaan sairastumisen riskiä. Joillakin skitsofreniaa sairastavilla potilailla on löydetty merkittäviä muutoksia aivojen otsa- ja ohimolohkojen toiminnassa ja rakenteessa. Nämä voivat selittää osaltaan sen, että tällaisilla potilailla on vaikeuksia esimerkiksi tarkkaavaisuudessa ja muistissa. Myös traumaperäisillä häiriöillä ja tunnemuistoilla voi olla yhtäläisyyksiä skitsofrenian syntyyn. (Huttunen 2015a.)

3.1.1 Prodromaalioreet

Prodromaali- eli ennakko-oreet ovat varsin yleisiä skitsofrenian ensioireita. Noin kolmelle neljästä ensi kertaa sairastuneista näitä oireita ilmenee kuukausia tai jopa 2–3 vuotta ennen varsinaista sairauden ensimmäistä jaksoa. Prodromaalivaiheessa saatu hoito voi viivästyttää tai jopa estää sairauden puhkeamista. Näihin oireisiin kuuluu:

- mielialan vaihtelu

- masennus
- eristäytyminen, vetäytyminen sosiaalisista kontakteista
- outo käytös ja ajattelutapa
- vaikeus tehdä päätöksiä tai muistaa asioita
- huono stressinsietokyky
- unihäiriöt
- motivaation lasku
- lyhytaikaiset aistiharhat tai merkityselämykset, harhaluulot ja suhteuttamislulot (Huttunen 2015a.)

Jos edellämainittuja oireita ilmenee tai ne pitkittyvät, potilas tulee ohjata lääkärin vastaanotolle. Mitä aikaisemmin apua ja hoitoa haetaan ja antipsykoottinen lääkitys sekä psykoterapia aloitetaan, sitä helpommin voidaan estää ensipsykoosin tuleminen. Nämä oireet voivat olla kuitenkin ohimeneviä ja kuulua normaaliin murrosikään tai alkavaan masennusjaksoon. Ennakko-oireista kärsivien tulisi välttää erityisesti alkoholin ja kannabistuotteiden käyttöä. (Huttunen 2015a.)

3.1.2 Diagnoosi ja oireet

Diagnostisen määritelmän mukaan skitsofrenian diagnoosi edellyttää, että henkilöllä on ollut vähintään kuukauden ajan ainakin kaksi skitsofrenialle tyypillisistä oireista, jotka ovat:

- harhaluulot
- aistiharhat
- hajanainen puhe (puheen epäyhtenäisyys)
- katatonisuus (pahasti hajanainen tai outo käyttäytyminen, motorinen jäykkyys)
- tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen
- sosiaalisen toimintakyvyn heikkeneminen (Huttunen 2015a.)

Skitsofrenian oireet vaihtelevat potilailla suuresti. Aistiharhoista yleisimpiä ovat kuuloharhat, jolloin potilas kuulee erilaisia sanoja tai puhetta, yleensä ääni puhuu tai kommentoi henkilöä tai hänen käyttäytymistään. Äänet ovat yleensä luonteeltaan negatiivisia. Potilaalla voi näiden kuuloharjojen lisäksi olla myös muita aistiharhoja, kuten esimerkiksi näköharhoja. Skitsofreniaa sairastavilla voi olla myös harhaluuloja, jotka voivat olennaisesti hallita potilaan ajatusmaailmaan sekä vaikeuttaa hänen sosiaalista toimintakykyään. Yleensä nämä harhaluulot ovat paranoidisia eli vainoharhaisia. Tällaisia harhaluuloja kokevat potilaat yleensä luulevat, että joku tai jokin vainoa heitä. Potilaalla voi olla myös suhteuttamisharhaluuloja, jolloin potilas saa merkityselämyksiä esimerkiksi ihmisten eleistä tai lehtien kirjoituksista. Näiden vuoksi potilas saattaa eristäytyä täysin sosiaalisista kontakteista. (Huttunen 2015a.)

Joillakin skitsofreniaa sairastavilla pääasiallisena oireena ovat ajatusten rakenteen häiriöt ja puheenhäiriöt. Skitsofreniaa sairastavan puhe voi olla hyvin epäloogista, täysin sekavaa sanojen

yhdistelyä ja itse keksittyjä sanoja. Joillakin potilailla puhe voi olla korostuneen takertuvaa ja sisällöltään hyvin köyhtynyttä samojen asioiden toistamista. Sairastuneilla voi ilmetä ajatustoiminnan häiriöitä, jotka johtavat erilaisiin käyttäytymisen ongelmiin. Oudot maneerit ja muiden ihmisten matkiminen kuuluvat tähän. Potilailla voi esiintyä mutismia eli puhumattomuutta sekä tahdottomuutta (ei kykyä spontaaniin toimintaan). Tämä vaikeuttaa osaltaan potilaan toimintakykyä sekä sopeutumista uusiin tilanteisiin. (Huttunen 2015a.)

Skitsofreniaa sairastavilla yleistä on kyvyttömyys tuntea nautintoa, joka voi johtaa siihen, ettei potilas pysty lainkaan tuntemaan esimerkiksi mielihyvää tai pelkoa. Kroonisesti skitsofreniaa sairastavilla tämä voi johtaa siihen, että heidän sosiaaliset suhteensa ovat täysin minimissä, koska potilas ei kykene ilmaisemaan tunteitaan normaalisti. Potilailla voi ilmetä epäadekvanttia tunneilmaisua esimerkiksi nauramista epäasiallisissa tilanteissa. Skitsofreniaan liittyy erilaiset keskushermoston toimintaan liittyvät häiriöt, joista yleisimpiä ovat keskittymisen ja tarkkaavaisuuden ylläpitäminen, tiedon vastaanottaminen ja käsittely sekä päätösten tekeminen. Potilailla voi ilmetä myös ongelmia lyhytkestoisessa muistissa. (Huttunen 2015a.)

Hoitoon potilaan tulisi hakeutua silloin, kun oireet alkavat häiritä hänen tai hänen lähipiirinsä normaalia elämää. Jos potilas on vaarallinen itselleen tai muille, hänet tulee toimittaa hoitoon mahdollisimman pian. Skitsofreniaa sairastaville on tyypillistä se, että he ovat sairautentunnottomia, eli he eivät tunne olevansa sairaita. Mikäli potilas ei halua itse hoitoon, mutta on selvästi hoidon tarpeessa vaarallisuutensa vuoksi, hänet tulee viedä lääkäriin. Lääkäri voi lähettää potilaan tahdonvastaiseen hoitoon mielenterveyslain mukaisesti, mikäli arvioi potilaan olevan psykiatrisen hoidon tarpeessa. (Huttunen 2015a.)

3.1.3 Hoito

Skitsofrenian hoidossa tärkeintä on erilaisten hoitomuotojen yhdistäminen niin, että ne muodostavat potilaalle yksilöllisen, hänen elämänsä sopivan kokonaisuuden, jossa huomioidaan hänen omat tarpeensa. Hoidon ja kuntouttamisen perustavoitteena ovat oireiden lievittäminen, uusien psykoosijaksojen estäminen tai vähentäminen sekä potilaan psykososiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja elämänlaadun parantaminen. Hoitoa toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa, luottamuksellinen ja pitkäkestoinen hoitosuhdetyöskentely on potilaan hoidon perusta. Psykoosilääkitys osana hoitosuhdetyöskentelyä auttaa potilasta kuntoutumaan paremmin, lievittää oireita sekä ylläpitää ja parantaa potilaan toimintakykyä. (Skitsofrenia 2015.)

Potilaat pitävät tärkeänä jatkuvan hoitosuhteen tuomaa turvallisuuden tunnetta. Potilaiden on vaikea kestää epävarmuutta hoitosuhteen jatkuvuudesta sekä oman sairautensa ennusteesta, tämän vuoksi hoitosuhteen on hyvä jatkua. Pitkiin hoitosuhteisiin liittyy vaara siitä, että potilas kiintyy liikaa hoitajaansa. Hoitajan on osattava itse arvioida, milloin hoitosuhdetyöskentelyä ei enää tarvita. Normaalisti potilaan voimien parantuessa potilas ei enää tunne olevansa niin riippuvainen hoitajastaan kuin silloin, kun psyykinen vointi oli huonompi. On osattava puhua potilaan kanssa

ajoissa hoitosuhdetyöskentelyn lopetuksen jälkeisestä elämästä, ja siitä, mitä tulee tehdä, jos vointi huonontuu akuutisti. Tieto luo potilaalle turvallisuuden tunnetta tulevaisuutta ajatellen. (Hanses ja Salminen 1994, 1458.)

Sairauden akuuttivaiheessa potilaan hoidon tavoitteena on oireiden vähentäminen muun muassa sopivalla lääkityksellä ja hoidollisella vuorovaikutuksella, tällöin myös turvallinen hoitoympäristö luo pohjaa hyvälle hoitotulokselle. Potilaita hoidetaan ensisijaisesti avohoidossa psykiatrisessa työryhmässä tai akuuttiosastolla psykiatrisessa sairaalassa. Mikäli tahdonvastaisen hoidon kriteerit täyttyvät, potilas voidaan määrätä mielenterveyslain mukaiseen pakkohoitoon. (Skitsofrenia 2015.)

Psykoosilääkitys aloitetaan aina yksilöllisesti ja se on välttämätön hoidon alkuvaiheessa oireiden lievittämiseksi. Akuuttivaiheen oireiden lievittyttyä seuraa skitsofrenian hoidon tasaantumisvaihe, joka voi kestää useita kuukausia, tällöin potilas on yleensä avohoidossa. Tässä vaiheessa ylläpidetään potilaan sen hetkistä hyvää vointia ja kohennetaan potilaan toimintakykyä yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Psykoosilääkitystä tulee jatkaa, koska tässä vaiheessa sairautta psykoosi voi uusiutua herkästi. (Skitsofrenia 2015.)

Potilaan elämästä tulisi tehdä mahdollisimman stressitöntä ja häntä tulee tukea, jotta hän sopeutuisi paremmin psykoosivaiheen jälkeiseen elämään. Esimerkiksi sopeutumisvalmennus ja kognitiiviset kuntoutustoimet sekä työhönpaluuta edistävät toimet ovat ajankohtaisia, kuitenkin yksilöllisesti arvioiden potilaan toimintakykyä ja vointia. Terveyden edistäminen otetaan huomioon sekä mahdollisten somaattisten sairauksien hoidossa ohjataan potilasta. (Skitsofrenia 2015.)

Skitsofrenian hoidossa suurimpina ongelmina ovat psykoosien uusiutuminen, joka johtuu potilaiden huonosta sitoutumisesta hoitoon. Tätä voidaan ehkäistä siten, että luodaan potilaaseen mahdollisimman hyvä hoitosuhde, varmistetaan potilaan hoidon jatkuvuus ja pyritään minimoimaan lääkkeiden haittavaikutukset. Myös psykososiaaliset hoitomuodot ovat tärkeitä skitsofrenian hoidossa ja psykoosien uusiutumisen ennaltaehkäisyssä. Psykoosit uusiutuvat helpoiten silloin, kun potilaalla ilmenee muutoksia terveydentilassa tai hänellä tulee muita vastoinkäymisiä elämään. (Skitsofrenia 2015.)

Noin kolmasosa skitsofreniaa sairastavista potilaista ei saa minkäänlaista hyötyä tavallisimmista antipsykoottisista lääkehoidoista. Näitä potilaita hoidetaan useimmiten selvästi tehokkaimmalla antipsykoottisella lääkkeellä, klotsapiinilla. Klotsapiinilla on runsaasti sivuvaikutuksia, kuten lisääntynyt syljeneritys ja ummetus. Klotsapiini ei kuitenkaan tehoa kaikkiin potilaisiin toivotulla tavalla. Eräs amerikkalainen tutkimusryhmä on selvittänyt tutkimuksessaan, tehoaako sähköhoito klotsapiinille resistenteille skitsofreniaa sairastaville potilaille. Tässä tutkimuksesta tuli ilmi, että sähköhoidosta oli hyötyä etenkin niin sanottujen positiivisten oireiden lievittämiseen. Sähköhoito ei heikentänyt potilaiden kognitiivisia taitoja, koska sähköhoidon tuomaa pieni ohimenevä muistikatkosta kompensoi hyvin ajattelun hajanaisuuden helpottaminen. Aiemmin ei ole saatu näin

hyviä tutkimustuloksia näin vaikeassa potilasryhmässä millään tutkitulla hoitomuodolla. (Taiminen 2015.)

Sähköhoitoa on viime vuosina käytetty lähinnä masennuksen ja katatonian hoitoon. Sähköhoitoa käytettiin yleisesti skitsofrenian hoidossa ennen antipsykoottien markkinoille tuloa, mutta antipsykootit syrjäyttivät sähköhoidon. Masennuksen uusiutumisen ehkäisyssä ylläpitohoito on todettu tehokkaaksi. Jos ylläpitosähköhoito osoittautuu tehokkaaksi myös skitsofrenian hoidossa, sähköhoidolla voidaan tulevaisuudessa merkittävästi parantaa potilaiden toimintakykyä. (Taiminen 2015.)

3.2 Masennus

Masennus on kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Vuoden aikana noin 5 % suomalaisista kärsii masennuksesta. (Depressio 2014.) Keskeisimpänä oireena masennuksessa on masentunut mieliala ja vähentynyt mielihyvän tunne. Nämä keskeisimmät oireet vaivaavat potilasta suuren osan päivästä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan. (Huttunen 2015b.)

Masennus sisältää paljon muita samanaikaisia oireita, kuten painon muutokset, unihäiriöt, keskittymisvaikeudet, itsetuhoiset ajatukset ja vaikeudet tehdä päätöksiä. Myös ahdistuneisuus ja alkoholin liikkäyttö ovat yleisiä oireita masentuneella potilaalla. Joillakin potilailla ilmenee itsetuhoisia ajatuksia, jotka voivat johtaa itsemurhaan. (Huttunen 2015b.)

3.2.1 Oireet

Oireiden mukaan masennustiloja voidaan jakaa eritasoisiksi: lievä, keskitasoinen, vakava ja psykoottinen. Lievässä masennustilassa potilaan toimintakyky pysyy juurikin hyvänä, mutta oireet saattavat haitata vain hieman toimintaa ja ihmissuhteita. Vakavassa masennustilassa potilaalla on oireita runsaasti ja hänen toimintakykynsä on rajoittunut oireiden vuoksi. Psykoottistasoisessa masennustilassa potilaalla ilmenee psykoottisia piirteitä, kuten harhaluuloja tai syyllistäviä kuuloharhoja, myös merkityselämyksiä ja vaikutusharhaluuloja voi esiintyä. (Huttunen 2015b.)

On olemassa myös niin sanottu melankolinen masennustila, jolloin potilas menettää mielihyvän lähes kaikissa elämäänsä sisältävissä toiminnoissa ja ei pysty iloitsemaan edes tilapäisesti lähes mistään. Tällöin oireet ovat luonteeltaan hyvin erilaisia kuin niin sanotussa tavallisessa masennustilassa, potilas saattaa herätä tavallista aikaisemmin aamuisin, hän laihtuu ja hänen ruokahalunsa on erittäin paljon heikentynyt. (Huttunen 2015b.)

Epätyypillinen masennustila on erilaisin näistä masennustiloista, jolloin potilaan vointi voi hyvinkin vaihdella reaktiivisesti myönteisten tapahtumien johdosta. Potilaalla oireena ovat yleensä pitkään jatkuneet hylätyksi tulemisen kokemukset ja hänen oireensa pahenevat hänen ollessaan yksin. Ruokahalu sekä unen määrä ovat hänellä lisääntyneet ja tämän myötä painokin nousee. (Huttunen 2015b.)

Tärkeää on selvittää potilaan oirekuva ja masennustilan vakavuus ja luonne, koska niillä on suuri merkitys hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa (Huttunen 2015b). Potilaan hoitoon saattaminen tarpeeksi varhaisessa vaiheessa parantaa huomattavasti ennustetta selvitä masennuksesta. Masennus voi piiloutua myös monien erilaisten vaivojen alle ja siksi jäädä huomaamatta. Potilaalla tulee olla ainakin neljä seuraavista oireista vähintään kaksi viikkoa, jotta hänellä voidaan alkaa epäillä masennusdiagnoosia.

Kriteerit:

- Masentunut mieliala
- Aloitekyvyttömyys, uupumus, energian puute
- Muistin häiriöt, keskittymiskyvyn heikkeneminen, päätösten teon vaikeutuminen
- Syyllisyyden ja häpeän tunne kohtuuttomasti
- Ruokahalun muutokset
- Uniongelmat; liiallinen nukkuminen tai herääminen aamuyöllä
- Ärtynisyys ja ahdistuneisuus
- Psykomotoriset muutokset
- Itsetuhoisuus, kuolema-ajatukset
- Somaattiset vaivat
- Päihdeongelma
- Psykoottisessa masennuksessa: aistiharhoja, harhaluuloja, oudot ajatukset, tyhjyys sekä toivottomuus puheissa (Pulkinen ja Vesanen 2014.)

3.2.2 Hoito

Masennuksen hoidossa olennaisina ovat yhdistetyt hoitomuodot. Yleisimpiä käytettyjä hoitomuotoja ovat terapeutin hoitosuhde, lääkehoito, sairausloma ja omaisten mukaanotto hoitoon. Liikunta ja taideterapia sekä musiikkiterapeuttiset menetelmät on koettu myös hyväksi hoitomuodoiksi masennuksen hoidossa. Kirkasvalohoidon on todettu tehoavan joillakin masentuneilla. Hoitosuhdetyöskentelyssä on oltava myös psykoedukaatiivinen näkökulma ja hoitajan on ohjattava potilasta sairaudessaan. (Pulkinen ja Vesanen 2014.)

Mielialalääkitys määrittellään jokaiselle potilaalle yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Masennuslääkkeiden teho liittyy olennaisesti aivojen välittäjäaineiden toimintaan, joista tärkeimmät oireiden paranemisen kannalta ovat dopamiini, serotoniini ja noradrenaliini. Lääkehoidon seuranta olisi hyvä harjoittaa ja potilaalle tulisi ohjata sekä kertoa mahdollisista sivu- ja haittavaikutuksista. Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vakavammasta ja vaikeammasta masennuksesta on kyse. Etenkin vaikeassa ja psykoositasoisessa masennuksessa lääkehoitoa tulisi käyttää aina. Akuutissa vaiheessa masennuksen lääkehoidossa tärkein tavoite on oireettomuus, jotta potilaan toimintakykyä saataisiin mahdollisimman pian takaisin normaalille tasolle. (Depressio 2014.)

On todettu, että hoitoresistenteistä masennustiloista noin 50–60 % toipuu sähköhoidon avulla. Psykoottisen masennuksen hoitomuotona sähköhoito on hyvä keino, jopa 80–95% potilaista saa hyödyn hoidosta. Suurin osa psykoottista masennusta sairastavista paranee kolmessa viikossa sähköhoidon aloittamisesta. Sähköhoidolla on todettu olevan selkeästi nopeampi vaikutus kuin lääkehoidolla masennuksen hoidossa. (Järventausta 2014.)

Hoitoresistenttiin masennukseen sähköhoitoa annetaan tavallisesti kolme kertaa viikossa, yhteensä 10–12, eli noin neljän viikon ajan. Masennuksen uusiutumista ennaltaehkäistään asteittain tiputtamalla sähköhoitoannosta esimerkiksi siten, että kuukauden ajan potilas saa viikoittain sähköhoitoa ja sen jälkeen kuukauden ajan kahden viikon välein ja niin edelleen. Yleensä hoitoresistenttiin masennukseen aloitetaan ei-dominoivaan aivopuoliskoon kohdistettu sähköhoito, koska se aiheuttaa vähemmän muistihäiriöitä ja on kuitenkin teholtaan lähes yhtä hyvä kuin molemminpuoleinen sähköhoito. (Taiminen 2013, 2154.)

Masennustila voi uusia jo nopeastikin sähköhoitojakson lopettamisen jälkeen, koska sähköhoito lopetetaan yleensä silloin, kun se on juuri alkanut tehot. Tämä aiheuttaa haasteita hoidon suunnittelussa. Yleensä hoidon vasteeseen vaikuttaa myönteisesti hyvin suunniteltu jatkohoito sekä ylläpitona annettu sähköhoito sekä sähköhoidon lopetusvaiheessa masennuslääkityksen tehostaminen litium-lääkityksellä. Joillekin potilaille on koettu olevan hyötyä pitkäaikaisesta (noin puoli vuotta kestävästä) sähköhoidon ylläpitoahoidosta, jota voidaan toteuttaa polikliinisestikin. (Heikman 2004.)

4 POTILASOHJAUS

Ohjaus sanana on laaja ja moniulotteinen käsite. Se on iso osa sairaanhoitajan työtä ja tärkeä osa potilaiden hoitoa. Hyvin onnistuneella potilasohjauksella on suuri vaikutus potilaan terveyteen ja terveyttä edistävään toimintaan. Ohjaus on osaltaan myös ongelmanratkaisua ja asiakkaan omien tarpeiden erittelyä sekä siitä oppimista. Ohjauksen syvimpänä tarkoituksena on lisätä potilaiden luottamusta ja sitoutumista hoitoonsa. (Kyngäs ja Kääriäinen 2006.)

Ohjauksen pohjalla on potilaan taustatekijöiden huomioiminen, jotka yleensä luokitellaan fyysisiin ja psyykkisiin tekijöihin sekä sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin. Fyysisistä tekijöistä potilaan ohjaustarpeisiin vaikuttavat esimerkiksi ikä ja sukupuoli sekä sairauden kesto ja sairauden vaikuttavuus potilaan elämään. Nämä taustatekijät osaltaan myös vaikuttavat siihen, miten potilas ottaa ohjausta vastaan. Nämä tekijät voivat vaikuttaa osaltaan myös hoitajan suhtautumiseen potilasta kohtaan, vaikkei näin saisi olla. (Kyngäs ja Kääriäinen 2006.)

4.1 Potilaan yksilöllinen huomioiminen ohjauksessa

Potilaan ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat eritoten motivaatio ja kokemukset, odotukset ja potilaan tarpeet. Motivaatio vaikuttaa suurelta osalta siihen, haluaako potilas ottaa hoitoonsa liittyvää ohjausta vastaan. Aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa siihen, miten potilas suhtautuu sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen. Ihmiset oppivat eri tavalla asioita, joten sairaanhoitajan on hyvä ehdottaa potilaalle erilaisia ohjausmenetelmiä. Potilaan kanssa yhdessä etsitään hänelle sopiva ohjausmenetelmä. (Kyngäs ja Kääriäinen 2006.)

Sairaanhoitajan on hyvä havainnoida potilaan ja omaisten vuorovaikutusta ja sitä, miten tärkeitä omaiset ovat potilaan elämässä. Myös kulttuurilliset lähtökohdat on hyvä ottaa huomioon, kuten uskonto ja eri äidinkieli. Ohjaustilanne tulisi järjestää sellaiseksi, että ympäristö olisi mahdollisimman häiriötön ja ohjaukseen tarvittavat materiaalit olisivat helposti saatavilla. Paikkana ohjauspaikan tulee olla turvallinen ja neutraali paikka, joka ei aiheuta potilaalle negatiivisia muistoja tai tunteita. Sairaanhoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksen toteutumisesta. Jos potilas ja sairaanhoitaja ovat yhdessä aktiivisia ohjaussuhteessa, he voivat yhdessä rakentaa tavoitteellisen ja hyvin toimivan ohjausprosessin, josta on hyötyä jatkossa. Selkeät tavoitteet edistävät potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista hoitoon. Hyvin onnistuneen ohjauksen kannalta on tärkeää, että ohjauksen kaikki vaiheet kirjataan ja ohjausta arvioidaan koko ohjausprosessin ajan. (Kyngäs ja Kääriäinen 2006.)

Hoitotyössä vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa potilasohjausta. Ilman vuorovaikutusta myönteistä kokemusta potilaalle ei voida saavuttaa. Hoitajan tehtäviin kuuluu havaita potilaan voimavarat ja auttaa tätä näkemään omat mahdollisuutensa. Hoitajan kuuluu myös havaita ohjattavan kyky asioiden omaksumisessa ja täten löytää viestiskeinot vuorovaikutuksessa. Jotta potilasohjaus onnistuisi, niin hoitajan on tunnettava teoriatieto ja omattava vuorovaikutustaidot. (Hankonen ym.

2006, 24-30.) Hyvän ohjauksen ominaisuudet ovat aito potilaan kohtaaminen, läsnäoleminen, ohjattavan tiedon asiantuntijuus ja potilaan tukeminen. Ohjaajalla tulee olla kokemusta potilaiden ohjaamisesta, kiinnostus ohjattavasta asiasta ja kyky ymmärtää potilasta. (Kyngäs, Kukkurainen ja Mäkeläinen 2005, 16.)

Tietoa pystytään välittämään potilaalle myös tekniikan välityksellä audiovisuaalisesti, kuten videon välityksellä. Video voi sisältää esimerkiksi paikkojen, tilanteiden ja kokemusten esittelyä tai erilaisia ohjeistuksia. Videon käytöstä ohjauksessa hyötyvät erityisesti ne potilaat, joille kirjallisen materiaalin lukeminen on hankalaa. Video-ohjauksen hyötyjä on, että se mahdollistaa oikea-aikaisen ohjaamisen ja se on taloudellinen ohjauksen muoto. Audiovisuaalisella ohjauksella voidaan välttää väärinkäsityksiä, kun sitä käytetään keskustelun tukena. Videon katsominen nostaa mieleen aiemmin keskusteltuja asioita ja se on helppo tapa viedä tietoa myös potilaan omaisille. Audiovisuaalisen ohjausmateriaalin käyttöä rajoittaa se, että potilailla ei välttämättä ole kotioloissa mahdollisuutta sitä käyttää, lisäksi audiovisuaalisen materiaalin kehittämis- ja tuottamiskustannusten vuoksi tällaista materiaalia ei aina ole saatavilla. (Kyngäs ym. 2007, 116–122.)

4.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatiolla tarkoitetaan opetuksellista hoitomenetelmää, jossa potilaalle sekä hänen omaisilleen annetaan tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Psykoedukaatiossa käsitellään myös sairauden kanssa selviytymistä. Psykoedukaation tarkoituksena on parantaa potilaan ymmärrystä sairaudestaan. Psykoedukaatio lisää sitoutumista hoitoon ja antaa emotionaalista tukea potilaalle ja hänen perheelleen. (Kieseppä ja Oksanen 2013, 2133.)

Psykoedukaatio on psykoosien hoidossa yleisesti käytössä oleva hoitomenetelmä. Psykoedukaatiossa ei ole tiettyä rakennetta tai koulutusohjelmaa, vaan psykoedukaatiota voi toteuttaa monella erilaisella tavalla. Tärkeää on yhteistyö potilaan ja hoitajan välillä sekä omaisten mukaan ottaminen hoitoon. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmämuotoisesti. (Kieseppä ja Oksanen 2013, 2133.)

4.3 Hoitoon sitoutuminen

Hoitomyönteisyydestä ja hoitoon sitoutumisesta puhuttaessa saatetaan tarkoittaa samaa asiaa. Näillä termeillä on kuitenkin eroa. Hoitomyönteisyys voi olla hyvinkin passiivista toimintaa, kuten annettujen ohjeiden noudattamista. Hoitoon sitoutunut potilas sen sijaan osallistuu aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tehokas hoitosuhde on sellainen, jossa mietitään yhdessä eri hoitomuotoja, tehdään hoitosuunnitelma, keskustellaan hoitoon sitoutumisesta sekä siitä, miten hoidon edistymistä seurataan. (Lääketietokeskus 2004, 3.)

Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät, jotka voidaan jakaa viiteen osa-alueeseen:

- potilaaseen liittyvät tekijät
- sairauteen liittyvät tekijät
- hoitoon liittyvät tekijät
- sosiaaliset- ja taloudelliset tekijät
- terveydenhuollon järjestelmiin liittyvät tekijät (Lääketietokeskus 2004, 27-30.)

Hoitoon sitoutumisesta puhuttaessa esiin nousee vahvasti lääkehoito ja potilaan lääkehoitoon sitoutuminen. Psykiatrisessa avohoidossa relapsien ehkäisy ja ylläpitolääkityksen käytön tukeminen on yksi keskeisistä asioista. Skitsofreniapotilaiden lääkemyöntyvyyttä tutkiessa on havaittu, että epäsäännöllinen elämä ja lääkkeiden unohtaminen johtavat helposti elämänhallinnan menettämisen tunteeseen ja sitä kautta motivaatio oman sairauden hoitoon heikkenee. Lääkehoidon onnistumista pyritään tukemaan erilaisilla menetelmillä, kuten psykoedukaatiolla ryhmä- tai perhehoidon muodossa. Hyödylliseksi tavaksi potilaan tukemiseen on koettu myös hoitajan säännölliset puhelinkontaktit potilaaseen. (Oksanen 2015, 1437-1438.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli tuottaa toimeksiannon mukaisesti esittelyvideo ja potilasopas Julkulan sairaalan neuromodulaatiokeskuksesta ja siellä annettavasta sähköhoidosta. Tavoitteena oli se, että esittelyvideota ja potilasopasta voi käyttää potilasohjauksen lisäksi apuna myös omaisten ohjaamisessa sekä uusien työntekijöiden työhön perehdyttämisessä. Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä oli tukea ja helpottaa henkilökunnan työtä sähköhoitopotilaan ohjaamisessa tuottamalla ajantasaista ja juuri Julkulan sairaalan neuromodulaatiokeskuksen toimintaan pohjautuvaa materiaalia. Pyrittiin siihen, että potilasohjaus paranee ja sen sisältö selkeytyy ja yhtenäistyy. Tavoitteena oli myös, että uusille sähköhoitopotilaille tai heidän omaisilleen välittyisi luotettavaa tietoa, jotta mahdollinen jännitys ja stressi olisivat mahdollisimman vähäiset ennen uuden hoitomuodon aloittamista. Nämä materiaalit auttaisivat heitä hahmottamaan paremmin sen, mitä sähköhoito on ja mahdollisesti muuttamaan vääriä käsityksiä liittyen sähköhoitoon.

Tavoitteena oli tuottaa toimeksiantajan toiveiden mukaiset tuotteet, jotka palvelevat sekä työelämää että potilasta mahdollisimman hyvin. Tämän opinnäytetyön tekeminen toi tekijöilleen paljon uutta tietoa sähköhoidosta ja auttoi ammatillisessa kasvussa sairaanhoitajan psykiatriseen osaamisalueeseen. Lisäksi moniammatillinen yhteistyö opinnäytetyöprosessin aikana kehitti ryhmätöytäitoja sekä opetti aikataulujen tekemistä ja ajankäytön hallintaa sekä paineensietokykyä.

Tutkimuskysymyksiä, jotka päälimmäisinä nousivat esiin tätä opinnäytetyötä suunnitellessa, oli kaksi. Jotta saatiin tuotettua esittelyvideo ja potilasopas sähköhoidosta, piti saada kasattua riittävästi teoretietoa näihin aiheisiin liittyen. Etsittiin tietoa ja vastauksia näihin kysymyksiin: "Miten toteutetaan potilaan ohjaus sähköhoitoa aloitettaessa?" sekä "Millainen on hyvä esittelyvideo ja potilasopas?"

6 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotetaan jokin toimeksiantajan toivoma tuote kuten dvd, opas tai tapahtuma. Tavoitteena on edistää ammatillisen ympäristön toimintaa ja ohjeistusta toimeksiantajaa kehittäväällä tavalla. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammatillisen korkeakoulun tutkimuksellisen opinnäytetyön rinnalla. (Vilka ja Airaksinen 2003, 9.) Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on tukea opiskelijan ammatillista kasvua niin, että kykenee yhdistämään teoriatietoa ja käytännön tietoa yhteneväiseksi kokonaisuudeksi ja sitä kautta kehittämään omaa ammattitaitoaan. Opiskelijan on myös pystyttävä tarkastelemaan teoriaa niin, että kykenee perustelevaan valintoihin. (Vilka ja Airaksinen 2003, 42.)

Opinnäytetyön aihetta valitessa on hyvä miettiä asioita, mitkä alalla kiinnostaa eniten. Esimerkiksi työharjoitteluissa ja koulutuksen aikana on noussut esiin vahvana asioita, joihin on enemmän kiinnostusta muihin verrattuna. Hyvän opinnäytetyön aiheen valinnalla on se merkitys, että se mahdollistaa parhaimmillaan yhteyksiä työelämään ja työharjoittelupaikkoihin. Tärkeää on löytää opinnäytetyön toteutuksen kannalta toimeksiantaja, joka mahdollistaa sen, että omaa ammatillista kasvuaan ja ammattitaitoa voi laajemmin päästä toteuttamaan. Tämä antaa myös mahdollisuuden omalle kehittämistyölle ja ideoinnille, jossa lopputuloksena voi olla työpaikka. (Vilka ja Airaksinen 2003, 16.)

6.1 Toiminnallisen opinnäytetyön ja aiheen valinta

Toiminnallinen opinnäytetyö valittiin siksi, että se oli käytännönläheisempi vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Oli kiinnostavaa ja motivoivaa tuottaa tuotteita, jotka tulevat työelämään käytettäväksi. Samalla saatiin haastetta opinnäytetyön toteutukseen ja koko prosessin hallintaan.

Opinnäytetyön aihe löydettiin KYS:n internet -sivujen aihepankista. Aiheena oli esittelyvideo sähköhoidosta (electroconvulsive therapy) Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmälle. Kiinnostus heräsi, koska kysymyksessä oli toiminnallinen opinnäytetyö. Myös opinnäytetyön aihe ja psykiatrian ala herättivät kiinnostuksen tämän opinnäytetyön tekemiseen. Esittelyvideon tuottaminen oli laajuudeltaan sopiva, koska ryhmässämme on kolme jäsentä. Aikaisempaa kokemusta videon tekemisestä ei kenelläkään ryhmän jäsenistä ollut. Yhdellä ryhmän jäsenistä oli yhteys työelämään psykiatrian alalla. Tätä kautta saimme tietoon, että potilasohjaus ennen sähköhoidon aloitusta jää usein vähäiseksi.

Tiedonhakumenetelminä käytettiin Savonian kirjastoa, Nelli-portaalia ja muita tietokantoja. Kirjallisuustietoa on aiheesta niukasti saatavilla, joten tietoa jouduttiin etsimään myös internet-lähteistä ja artikkeleista. Tietoa saatiin lainattua myös Niuvanniemen sairaalasta, heillä käytössä olevia sähköhoitoa koskevia luentomateriaaleja opinnäytetyön tekemistä varten ryhmän käyttöön.

Asiasanoina tiedonhaussa käytettiin muun muassa sanoja potilasohjaus, sähköhoito, masennus, skitsofrenia, käsikirjoitus, videon suunnittelu, videon tuottaminen, oppaan toteutus, word-tekstinkäsittelyohjelma. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme ECT ja electroconvulsive therapy. Videon suunnitteluun käytettiin apuna kirjallisuutta, muita opinnäytetöitä ja verkkosivuja. Myös Ingmanin käsi- ja taideteollisuusoppilaitoksen opettaja ja opiskelijat olivat hyvänä apuna videon suunnittelussa.

6.2 Esittelyvideon suunnittelu

Lähtökohta esittelyvideon suunnittelulle oli toimeksiantajan toiveet videon sisällöstä. Ensimmäisellä tapaamisella Julkulan sairaalassa saatiin hyviä vihjeitä videosta, joka heillä on sillä hetkellä käytössä. Lisävahvistusta idealle tuli siitä, kun hoitoja päästiin seuraamaan paikan päälle. Siellä nähtiin käytännössä, miten hoito toteutettiin ja mitä asioita tapahtuu missäkin järjestyksessä. Tämän idean pohjalta alettiin miettiä videon rakennetta ja sisältöä.

Opinnäytetyön suunnitelman korjausvaiheessa saatiin tietoon, että videon kuvaukseen ja editointiin voisi saada apua media-assistenttiopiskelijoilta. Kun asiaa selviteltiin lisää, otettiin yhteys Ingmanin käsi- ja taideteollisuusoppilaitoksen media-assistenttiopiskelijoiden yhteyshenkilöön. Yhteyshenkilö kertoi, että se onnistuisi, vaikka aikataulu oli tiukka. Hän kertoi, että video toteutettaisiin yhtenä projektina, joka toisi oppimiskokemuksen ensimmäisen vuoden opiskelijoille. Tämän jälkeen lupaa kysyttiin suullisesti toimeksiantajalta, opinnäytetyön sisällön ohjaajalta ja yliopettajalta. Kun myöntävä vastaus saatiin jokaiselta osapuolelta, niin tämän jälkeen päästiin sopimaan käytännön asioista lupiin, aikatauluihin ja muihin käytännön asioihin liittyen. Lupa (liite 1) haettiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriltä, kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty.

Teoreettisena viitekehyksenä videon suunnittelussa käytimme synopsisista. Synopsis tarkoittaa lyhennelmää videon sisällöstä. Synopsis yleensä suunnitellaan ennen varsinaista käsikirjoitusta ja siinä asiat kerrotaan aikajärjestyksessä. Synopsis sisältää videon tärkeimmät aiheet, mitä siinä tullaan esittämään. Se ei sisällä erittelyä tarkimmin kohtauksista tai vuorosanoista. Synopsisin pituudella ei ole merkitystä, vaan pääasia on, että siinä on koko videon perusidea selvillä. (Apogee-productions.)

Synopsis toimii pohjana lopulliselle käsikirjoitukselle. Edellytys hyvälle videolle on hyvä käsikirjoitus. Käsikirjoituksessa tulee ilmi koko videon runko ja kohtaukset eriteltynä. Käsikirjoitus kertoo selkeästi sen, mitä videolla tulee tapahtumaan. Käsikirjoituksen on pyrittävä kertomaan asiasisältö kuvan ja äänen avulla. Käsikirjoitus ei puutu kameran liikkeisiin tai kuvan kokoon. (Apogee productions.)

Videon sisällöstä päätettiin toimeksiantajan kanssa. Kun käsikirjoitus oli valmis, se lähetettiin toimeksiantajalle tarkastukseen. Tässä vaiheessa käsikirjoituksen sisältöön voitiin tehdä tarvittaessa muutoksia. Toiveena oli, että video saisi kestää enintään 10 minuuttia. Käsikirjoitus lähetettiin myös Ingmanin käsi- ja taideteollisen oppilaitoksen yhteyshenkilölle, jotta heillä oli mahdollisuus perehtyä

käsikirjoitukseen tarkemmin ennen kuvauksia. Käsikirjoitusta jouduttiin useasti muokkaamaan ja selventämään.

Alustavana suunnitelmana oli, että videon alussa näkyisi alkuteksti, jossa kerrottaisiin sähköhoidosta teoritietoa lyhyesti, ytimekkäästi ja potilaslähtöisellä tavalla. Tämä sama teksti luettaisiin samaan aikaan myös ääneen tekstin ollessa esillä videossa. Tämän jälkeen videossa näkyisi Julkulan sairaalan etupiha ja itse rakennus, jossa yksi ryhmämme jäsenistä olisi ”juontamassa” ja ohjaamassa kuvaajaa (kuvaaja on olevinaan potilaan näkökulma) sisälle rakennukseen, samalla kertoen, minne pitäisi mennä. Sitten juontajahahmo ohjaisi tämän potilaan (kuvaajan) Neuromodulaatiokeskuksen tiloihin ja siellä potilaan (kuvaajan) ottaisi vastaan henkilökunta alkaen kertoa enemmän sähköhoidon käytännöstä ja siitä, mitä tulisi tapahtumaan. Selostuksen jälkeen yksi ryhmämme jäsenistä esiintyisi potilaana, jolle neuromodulaatioryhmän oma henkilökunta antaisi sähköhoitoa, kertoen välineistä ja toiminnastaan potilaslähtöisellä tavalla samanaikaisesti. Tämän jälkeen kuvattaisiin hoidon jälkiseurantaan liittyviä asioita ja miten hoito saattaisi vaikuttaa potilaaseen. Videon lopulla olisi vielä pieni lista siitä, mitä potilaan tulee huomioida ennen sähköhoitoon tulemistä. Viimeisenä olisivat lopputekstit ja videon tekijöiden ja editoijien tiedot. Media-assistenttiopiskelijat suunnittelevat kaikki kuvaukseen liittyvät seikat kuten valaistuksen, kuvakulmat, kuvausetäisyydet ja kerronnan äänityksen kuvatussa.

6.3 Videon toteuttaminen

Esittelyvideon kuvauspaikkana olivat Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmän tilat ja sairaalan yleiset aulatilat sekä sairaalan etupiha. Toimeksiantajan toiveena oli saada esittelyvideo sähköhoidosta, jossa esitellään heidän tilat ja välineet, joten oli luonnollista, että kuvauspaikka oli heidän omat työskentelytilat.

Ensimmäinen otos: Kuvataan sairaalan rakennusta ulkona etupihalla. Potilas ja saattaja kävelevät sairaalan aulatiloihin, jossa he katsovat opastetaulua. Kuvataan opastetaulua. Potilas ja saattaja kävelevät portaita toiseen kerrokseen. Taustalla kerronta, missä kerrotaan yleistä aiheeseen johdattelua asiaa sekä neuromodulaatioryhmän sijainti ja osoite.

Toinen otos: Potilas ja saattaja kävelevät neuromodulaatioryhmän tiloihin. Siellä he riisuvat ulkotakkinsa ja siirtyvät odotustilaan. Sieltä hoitaja tulee hakemaan potilaan. Saattaja jää odotustilaan istumaan. Taustalla on kerronta, missä kerrotaan hoitoon saapumisesta ja valmistautumisesta sähköhoitoon.

Kolmas otos: hoituhuoneeseen saapuminen hoitajan ohjaamana. Nukutukseen valmistautuminen ja siihen liittyvät toimenpiteet kuten verenpainemittarin asettaminen käsivarteen, happisaturaatiomittarin laittaminen sormeen, EKG elektrodien asettaminen, verisuonikanyylin asettaminen, geelin laittaminen ohimoille, otsan ja korvien taakse laitettavien elektrodien asettaminen sekä tarkastuslistan mainitseminen. Hoitotoimenpide ja siihen liittyvät asiat kuten

ventilointi, suusuojan asettaminen, sähkön antaminen ja herättely. Kerronta on taustalla kertoen koko hoitotoimenpiteeseen liittyvät asiat.

Neljäs otos: heräämään saapuminen, seuranta heräämössä, vereenpaineen- ja happisaturaation seuranta sekä yleisen voinnin seuranta. Kerrotaan lähimuistin heikkenemisestä hoitojen aikana, joka ei ole pysyvää. Aamupalan syöminen, kotiutumisen kriteerit ja jatkoseuranta mainitaan lopuksi.

Ennen kuin videota alettiin kuvata, Ingmanin käsi- ja taideteollisen oppilaitoksen media-assistenttiopiskelijat ja opettaja kävivät ennakkoon tutustumassa 12.5.2016 Julkulan sairaalan tiloihin. Tämän tapaamisen avulla he pystyivät ennakoimaan kuvausympäristön vaikutuksia kuvattavaan materiaaliin. Tämä lisäsi mahdollisuuksia siihen, että lopputulos olisi mahdollisimman laadukas. Tutustumispäivänä käsikirjoitus (liite 2) oli lähes valmis. Tutustumispäivänä toimeksiantajalla oli mahdollisuus vaikuttaa käsikirjoituksen sisältöön ja kaikilla oli vahva luottamus media-assistenttiosaamiseen. Heidän näkemyksensä otettiin huomioon hyvin, jotta kokonaisuudesta tulisi mahdollisimman hyvä.

Kuvauspäivänä 18.5.2016 oli aluksi tarkoitus, että otokset kuvattaisiin ensin kerran läpi harjoittelun vuoksi. Tämän jälkeen olisi voitu puuttua asioihin, mitä pitäisi vielä muuttaa ennen varsinaista kuvaamista. Kuvauksen aikana nauhoitettiin samalla kerronta (liite 3) kohtauksittain, jotta editointivaiheessa kerronta olisi helpompi sijoitella valmiiseen editoituun versioon. Kuvauspäivän edetessä kuitenkin todettiin, että on helpompi kuvata kohtaus kerrallaan valmiiksi ja siirtyä sitten kuvaamaan seuraavaa kohtausta. Kerronnan nauhoitus tehtiin vielä kuvauksien päätyttyä kuvauspaikalla. Kuvauspäivä kesti noin 7 tuntia. Videomateriaali kuvattiin kahdella videokameralla ja materiaalia oli kasassa kuvauspäivän jälkeen noin tunnin verran. Järjestelmäkameroilla otettiin valokuvia kuvauspaikalta kohteista, joita tarvittaisiin tuotteiden tekemiseen.

Kerronta nauhoitettiin vielä uudestaan Ingmanin käsi- ja taideteollisuusoppilaitoksen tiloissa, koska alkuperäisessä kerronnassa oli kuulunut liikaa ääniä taustalla. Samalla kerralla sovimme media-assistenttiopiskelijoiden kanssa taustamusiikista videolla. He tekivät lopullisen valinnan, joka miellytti kaikkia muitakin osapuolia. Kun kuvausmateriaali ja kerronta saatiin kasaan, media-assistenttiopiskelijat editoivat videon järkeväksi kokonaisuudeksi. Video meni pilotointiin toukokuun lopussa 2016 Julkulan sairaalan. Pilotoinnin jälkeen elokuussa saimme palautetta Julkulan sairaalan henkilökunnalta videon käytettävyydestä. Saatuamme palautteen teimme tarvittavat muutokset ja Ingmanin opiskelijat muokkasivat videota niin, että siitä saatiin nykyinen, toimiva ja hyvä versio. Julkulan sairaala otti videon potilaskäyttöön lokakuussa 2016. Videolinkki lähetettiin toimeksiantajalle, josta he pystyivät tallentamaan sen omalle tietokoneellensa. Videolinkki ei ole julkiseen käyttöön tarkoitettu.

6.4 Oppaan suunnittelu ja toteuttaminen

Potilaan ohjaus on arkipäivää terveydenhuoltoalalla ja tärkeä osa potilaan hoitokokonaisuutta. Vaikka potilas itse onkin oman sairautensa asiantuntija, niin potilasohjausta ei tule unohtaa. Tärkeää on havaita potilaan tiedontarve ja se, minkä tyyppistä ohjausta hän tarvitsee ja miten hän voisi uutta tietoa soveltaa jo aikaisempaan tietoonsa. Erilaiset ohjausmateriaalit ovatkin tärkeässä asemassa potilaskontakteissa ja ohjaustilanteissa tukien hoitoalan ammattilaisen työskentelyä. (Leino-Kilpi ja Salanterä 2009.)

Hyvän oppaan tuntomerkkejä on monenlaisia, joista tärkein on asioiden esittäminen potilaan näkökulmasta sekä asioiden esittämisjärjestys. Koska kysymyksessä on potilaan ohjaus, olisi oppaan tai ohjeen sisällön oltava mahdollisimman selkeä ja helposti luettava kokoonpano sisältäen täsmätietoa. Esittämisjärjestyksen voi määrätä aika, jonka mukaan asia etenee tai toimenpide, mikä määrää esittämisjärjestyksen. Tärkein tai merkittävin seikka potilaan näkökulmasta olisi hyvä esittää ensin. Opasta laadittaessa on myös tärkeää miettiä, millaiseen tilanteeseen ja ympäristöön opas tulee luettavaksi. Se määrittelee hyvin paljon oppaan sisältöä sekä esittämistyyliä. (Hyvärinen 2005.)

Jotta opas voisi olla mahdollisimman selkeä lukijalleen, olisi sisällön oltava selkeästi jaoteltu omiin kappaleisiinsa otsikoin. Otsikon tulisi olla houkutteleva ja sellainen, mikä johdattelee lukemaan sisällön loppun asti. Kappaleessa olisi hyvä olla vain tiettyyn asiaan liittyvää tietoa ja asioiden vaihtuessa joko otsikoida kappale uudestaan tai erotella ne väliotsikoin. Tärkeää on myös kiinnittää huomio siihen, että teksti on oikein kirjoitettu eikä sisällä virheitä, sekä teksti on lyhyesti ja ytimekkäästi kirjoitettu kertoen tarvittavan tiedon lukijalleen. Oppaan uskottavuutta ja luotettavuutta lisää asioiden perustelu sekä kuvien sijoittelu. (Hyvärinen 2005.)

Tarkoituksena oli tuottaa A5-kokoinen opas (keskeltä taitettu A4), joka olisi 4–8-sivuinen. Toimeksiantajan toive oli oppaan mahdollisimman tiivis ja selkeä kokonaisuus. Tämän vuoksi oppaasta tehtiin 4 sivuinen (liite 4). Opas toteutettiin Word-ohjelmalla. Oppaan sisältö on potilaslähtöinen, selkeäsisältöinen ja se on kirjoitettu potilaan tarpeita ajatellen sekä tekstin sisältö on kirjoitettu maallikkokielellä, kuvat lisäävät oppaan selkeyttä ja kiinnostavuutta. Kuvat otettiin omalla järjestelmäkameralla kuvauspäivänä Julkulan sairaalassa neuromodulaatioryhmän tiloissa.

Kansilehdessä on otsikko "Opas sähköhoitoon tulevalle" sekä Julkulan sairaalan julkisivukuva. Muiden sivujen sisältö kertoo potilaan valmistautumisesta hoitoon ja yleistä tietoa siitä, mitä hoidon ympärillä tapahtuu. Kuvissa on esitelty neuromodulaatioryhmän tiloja ja välineitä. Kuvat liittyvät selkeästi asiasisältöön siten, ettei potilaalle jää epäselvyyttä siitä, mitä oppaassa pyritään sanomaan. Kuviin on laitettu pienet kuvatestit. Takakannessa on kuva aamupalahuoneesta ja Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmän kaikki yhteystiedot. Opas on sähköisessä PDF-muodossa, josta toimeksiantaja itse pystyy tulostamaan tarvittavan määrän käyttöönsä. Opas lähetettiin myös WORD-tiedostona, jotta he voivat tulevaisuudessa muokata pohjaa itse tarpeidensa mukaan.

Oppaan vähäisten sivumäärien vuoksi asiasisältö on tarkoituksella tehty tiiviiksi ja kuvia on vain muutama. Itse hoitotapahtumaa oppaassa ei ole kerrottu kuin lyhyellä lauseella. Oppaan tarkoitus oli mukaila videon asiasisältöä tiiviissä muodossa, mutta toimeksiantajan toiveesta itse sähköhoidon antaminen jätettiin siitä pois, koska hoito kuvataan jo esittelyvideossa. Opas on tarkoitettu potilaalle annettavaksi, joten sisältö on potilaslähtöinen ja toimii potilaalle hyvänä muistilistana.

6.5 Tuotteiden pilotointi, palautteen käsittely ja muokkaus

Avoin palaute tuotteista saatiin jo heinäkuussa 2016. Palaute saatiin yhtenä koosteena sekä videosta ja oppaasta. Palautteet olivat hyvin selkeitä ja koskivat videon osalta asiasisältöä, videon kestoa ja kerrontaa. Palaute oppaasta koski asiasisältöä. Neuromodulaatioryhmän henkilökunta oli yhdessä pohtinut tuotteiden käyttötarkoitusta ja sen pohjalta tehneet palautteen. Videoon liittyvä palaute lähetettiin heti sen saavuttua myös media-assistenttiryhmän opiskelijalle ja opettajalle, jotta he näkisivät suoraan palautteen videosta.

Neuromodulaatioryhmä ei pystynyt kesän aikana käyttämään potilasohjauksessa tuotteita, koska tiukan aikataulun vuoksi videon asiasisällön olennainen osa jäi puuttumaan. Aikataulu oppaan teolle ei ollut niin kiireinen, mutta asiasisällön täsmentäminen onnistui vasta palautteen jälkeen. Tämän vuoksi siihen osattiin tehdä oikeanlaisia korjauksia ja täsmennyksiä vasta palautteen jälkeen.

Elokuun alussa tuotteita koskeva palaute käytiin yhdessä toimeksiantajan kanssa puhelimitse läpi, jotta kaikki tuotteiden korjaukset tulisi kerralla huomioitua. Kerronnan asiasisältöön lisättiin olennaisia asioita lisää sekä turhat asiasisällöt poistettiin. Muokattu kerronta lähetettiin toimeksiantajalle luettavaksi, jotta he voisivat tarkistaa asiasisällön. Seuraavana päivänä korjattu kerronta nauhoitettiin uudelleen Ingmanin käsi- ja taideteollisuusoppilaitoksen tiloissa. Tämän jälkeen toimeksiantajalta tuli vielä korjausehdotuksia sille varalle, että kerrontaa voitaisiin vielä osittain muokata. Kerronta nauhoitettiin muokattujen kohtien osalta uudelleen Ingmanin käsi- ja taideteollisen oppilaitoksen tiloissa. Kerronnasta tehtiin rauhallisempi, jotta se sopisi videoon paremmin. Samalla kertaa käsikirjoitusta tarkasteltiin uudelleen, mutta sen rakenteeseen ei tullut muutoksia. Joitakin otoksia editoitiin uudelleen ja joitakin täytekuvia poistettiin. Videon tekstiosuudet laitettiin näkymään pitempään, joitakin kuvakulmia ja efektejä lisättiin. Asiasisältö muokattiin johdonmukaiseksi ja rauhallisesti eteneväksi. Tämän ansiosta videosta tuli myös pidempi kuin alkuperäinen video oli. Lähes lopulliseen versioon laitettiin sähköhoitolaitteen ääni kuulumaan, mutta toimeksiantajan toiveesta se päädyttiin kuitenkin poistamaan.

Oppaan muokkaukset tehtiin jo heinäkuun 2016 loppupuolella, koska oppaan rakenteeseen ei tullut muutoksia. Muutoksia tehtiin tekstiosioihin niin että johdonmukaisuus säilyisi ja kaikki tärkeimmät asiat olisi kerrottu tekstiosioissa. Kuviin tai niiden sijoitteluun ei tarvinnut tehdä muutoksia. Oppaan sisältöön liitettiin vielä elo- ja syyskuussa lisää joitakin täsmentäviä lauseita, jotka olisivat potilaalle tärkeitä asioita tietää. Kaikista tuotteisiin liittyvistä asioista keskusteltiin aina toimeksiantajan kanssa puhelimitse, ennenkuin muutoksia tehtiin. Muutoksien suhteen koko ryhmän mielipide oli tärkeä

lopputuloksien kannalta. Luottamus media-assistenttiopiskelijoihin, opettajaan sekä toimeksiantajaan olivat ehto sille, että lopputulos onnistuisi ja se palvelisi toimeksiantajaa mahdollisimman hyvin.

7 POHDINTA

Kun pohdimme tämän opinnäytetyön tekemistä nyt prosessin loppuvaiheessa, niin tämä on ollut mielenkiintoista ja työntäyteistä aikaa. Vaikka rajasimme työn ulkopuolelle yhden aluksi suunnittelemamme tuotteen, hoitajan tarkistuslistan, niin työtä on silti riittänyt. Opinnäytetyöstä tuli laaja kokonaisuus, johon jokainen ryhmän jäsen on käyttänyt osaamistaan ja saanut oman työnsä jäljen näkyviin.

Tiedostimme sen, että haasteena tämän opinnäytetyön tekemisessä ovat aikataulu, ryhmäläisten välimatkat sekä omien elämäntilanteidemme yhdistäminen opinnäytetyön tekemiseen ja muuhun opiskeluun. Koska otimme nämä haasteet huomioon jo prosessin alkuvaiheessa, stressi näiden asioiden suhteen ei tullut yllätyksenä. Välillä tuntui, ettei työ etene lainkaan, mutta seuraavassa hetkessä se etenikin harppauksen eteenpäin. Tekeminen oli aaltoliikettä, mutta kiinnostuksemme opinnäytetyön aihetta kohtaan sekä yhteinen tahtotilamme saattaa työ sopimamme aikataulun puitteissa valmiiksi antoi motivaatiota kohdata haasteita.

7.1 Aikataulutuksen arviointi

Opinnäytetyöprosessimme eteni aikataulullisesti alkuperäisen suunnittelemamme mukaisesti. Aikataulussa pysyminen tuotti haastetta ohjausvideon työstämisen osalta. Koska meillä ei ollut videon tekemisestä itsellämme kokemusta, emme osanneet varautua siihen, että työ vaatisi niin paljon aikaa. Toukokuussa 2016 saimme ohjausvideota kuvaamaan ja editoimaan Ingmanin käsi- ja taideteollisen oppilaitoksen media-assistenttiopiskelijoita sekä heidän opettajansa. Koska heidän kesälomansa oli juuri alkamassa, videon kuvaamiseen ja editointiin ei pystytty varaamaan riittävästi aikaa, vaan ensimmäinen versio täytyi saada valmiiksi oletettua tiiviimmässä aikataulussa. Videota ei ehditty riittävästi työstää toukokuun aikana, jotta se olisi ollut toimeksiantajan käyttöön sopiva kesän pilotointia varten.

Ensimmäisen videoversion valmistumisen jälkeen pystyimme keräämään palautetta ja mielipiteitä toimeksiantajalta videon kehittämiseksi. Näiden kommenttien ja palautteen pohjalta syksyn 2016 aikana työstimme videota edelleen siten, että pyysimme toistamiseen toimeksiantajalta palautetta tehdystä työstä. Palautteiden perusteella muutimme videon toteutusta toimeksiantajan toiveiden mukaiseksi. Jälkikäteen ajatellen meidän olisi pitänyt varata enemmän aikaa toimeksiantajalle tuottamaamme materiaaliin tutustumiseen ja kommentointiin. Siten olisimme saaneet kerralla enemmän korjausehdotuksia ja videon korjaukset olisimme voineet toteuttaa kerralla. Lopulliseen muotoonsa video saatiin lokakuun alussa. Samanaikaisesti, kun videota työstettiin, teimme myös valmiiksi potilasoppaan sekä saimme kirjallisen opinnäytetyömme raportin edistymään.

7.2 Esittelyvideon arviointi

Audiovisuaalisesta ohjauksesta hyötyvät erityisesti ne potilaat, joille kirjallisen ohjauksen sisäistäminen on haasteellista. Ohjauksen sisällön väärinkäsityksiltä voidaan välttyä ja saadaan

tuotua ohjauksen keskeinen asia potilaalle. (Kyngäs ym. 2007, 116-122.) Mielestämme hyvä video pitää sisällään esitettävän aiheen tärkeimmät ja olennaisimmat asiat. Video johdattelee katsojan johdonmukaisesti ja rauhallisesti asian ytimeen, jonka on tarkoitus jäädä katsojan mieleen. Asiat kerrotaan rauhallisesti ja mielenkiintoisesti niin, että katsojan on helppo ymmärtää esitettävä asia. Video ei saisi olla pituudeltaan liian pitkä eikä liian lyhyt. Videon pituutta määrittelee myös kohderyhmä, kenelle video tehdään ja mitä asioita videolla esitellään.

Lopullinen video ei mennyt kokonaan alkuperäisen suunnitelman mukaan. Ingmanin media-assistentti opiskelijat ja opettaja olivat sitä mieltä, että video olisi laadukkaampi, jos suunnitelmaa muokattaisiin vähän. Muokkaus tehtiin kuvaustyyliin niin, että kuvaaja kuvasi potilasta ja tapahtumia. Alun perin kuvaaja olisi ikäänkuin kuvannut potilaan näkökulmasta. Ideaa kuvaustyylistä muutettiin siksi, että alkuperäisen suunnitelman mukaan videon lopputulos olisi saattanut hämmentää katsojaa ja ei olisi sopinut tämän tyyliin videoon. Videon alussa päädyttiin kuvaamaan potilaan ja saattajan menoa sairaalan tiloihin. ”Juontajaa” ei ollut kuten alkuperäisessä suunnitelmassa oli tarkoitus olla. Tekstejä lisättiin mukaan enemmän, jotta katsojalle jäisi tärkeimpiä asioita mieleen. Videon alkuun lisättiin otsikko ja kertoja aloittaa heti videon alussa kerronnan. Alkutekstejä ei alkuun laitettu. Koska kysymyksessä on hoitomuodon esittelyvideo, niin videosta haluttiin rauhallinen. Tiiviillä yhteistyöllä Ingmanin kanssa videon sisällöstä ja sen esittämisestä saatiin hyvä kokonaisuus. Kaikkien osapuolien huomioon ottaminen oli siksi tärkeää, että kokonaisuus olisi tasapainossa ja kaikki elementit olisivat paikallaan.

Olemme tyytyväisiä videon lopputulokseen. Mielestämme suunnittelemamme video sisältää kaikki tärkeimmät hyvän videon ominaisuudet. Kerronta on rauhallinen ja selkeä, taustamusiikki on rauhallinen ja sopiva tämän tyyliin videoon. Tapahtumat etenevät videolla oikeassa järjestyksessä ja tärkeät asiat on korostettu puheen lisäksi selkeiden ja lyhyiden tekstien avulla. Videon kesto on hieman alle 6 minuuttia, joten mielestämme pituus on sopiva kohderyhmä huomioiden. Video on laadukkaasti kuvattu ja kuvausmiljöö on luonnollinen, koska se on kuvattu toimeksiantajan tiloissa. Näyttelijöinä toimivat neuromodulaatioryhmän henkilökunta, joten videon toimenpidekuvaus on toteutettu vastaamaan oikeaa hoitotilannetta.

7.3 Oppaan arviointi

Hyvän oppaan tuntomerkit ovat johdonmukainen eteneminen ja potilaslähtöinen sisältö. Oppaan kokonaisuutta määrittää kohderyhmä ja ympäristö, mihin se tulee käytettäväksi. (Hyvärinen 2005.) Mielestämme potilasoppaasta tuli selkeä, helppolukuinen ja potilaslähtöinen. Toimeksiantajan toiveena oli, että opas olisi lyhyt ja ytimekäs. Tämä toteutui hyvin, mutta se toi myös haasteita sisällön kartoittamiseen. Sisältö muotoutui sitä mukaa kun videota työstettiin samanaikaisesti. Uskomme, että tuotteista on paljon hyötyä toimeksiantajalle, koska tuotteet suunniteltiin ja muokattiin toimeksiantajan toiveiden perusteella toimivaksi kokonaisuudeksi.

Toimeksiantajalla oli ennen opinnäytetyönämme tuotettua opasta käytössä potilasohje, joka ei palvellut heidän mielestään potilasohjausta riittävän selkeästi. Koska oppaamme on nyt selkeä ja riittävän tiivis sekä potilaslähtöinen niin uskomme sen palvelevan toimeksiantajaa tehokkaammin kuin vanha potilasohje.

7.4 Yhteistyön arviointi

Yhteistyö ryhmämme välillä toimi hyvin, vaikka yhteisen ajan järjestäminen oli haaste. Jokainen sitoutui omalta osaltaan koko opinnäytetyön prosessiin. Työ jakaantui tasaisesti kaikkien tekijöiden kesken oman osa-alueen ympärille. Koska jokaisella ryhmäläisellä oli ikään kuin oma vastuualue, prosessia oli helpompi viedä eteenpäin näinkin isossa ryhmässä. Tämä oli hyvä ratkaisu, koska muuten raporttia olisi ollut haastavaa saada yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli hyvää. Kaikki asiat sovittiin yhteisymmärryksessä.

Ryhmällämme oli tavoite; tuottaa hyvät ja käyttökelpoiset tuotteet toimeksiantajalle. Yhteistyötä toimeksiantajan kanssa helpotti yhteyshenkilö, jonka kautta asioista sovittiin sähköpostitse ja puhelimitse. Ryhmässämme oli lisäksi yhteyshenkilö, joka toi viestiä ryhmäläisille toimeksiantajalta. Tällöin kaikki opinnäytetyötä koskevat asiat tuli selkeästi kerrottua eikä tieto kulkenut välikäsien kautta. Yhteistyötä helpotti hyvä vuorovaikutus ryhmämme ja toimeksiantajan välillä. Kaikkia asioita koskevat kysymykset voitiin esittää heti ja niihin saatiin vastaus välittömästi.

Yhteistyö Ingmanin käsi- ja taideteollisuusoppilaitoksen media-assistenttiopiskelijoiden ja opettajan kanssa oli helppoa ja mukavaa. He toivat omat näkemyksensä esiin suunnitteluvaiheesta viimeistelyyn asti. Ilman heidän näkemystään ja työpanostaan emme olisi saaneet näin laadukasta videota suunniteltua. Vuorovaikutus heidän kanssaan oli sujuvaa.

7.5 Työn eettisyys ja luotettavuus

Aihepiiriä, jota tutkitaan, voi tarkastella useista näkökulmista. Mikäli aihetta on tutkittu paljon ja eri menetelmillä, on tarjolla monenlaista lähdeaineistoa ja mahdollisesti toisistaan poikkeavia tuloksia. Siksi lähteitä pitää tarkastella kriittisesti ja käyttää harkiten. Lähdeaineistoa arvioitaessa voi jo ennen sen sisältöön perehtymistä huomioida tiedonlähde ja sen tunnettavuus ja uskottavuus sekä tietysti aineiston ikä ja laatu. Tunnetun asiantuntevan tekijän uusi ja ajantasainen materiaali on hyvä valinta lähdettä valittaessa. (Vilka ja Airaksinen 2003, 72.)

Tässä opinnäytetyössä käyttämämme tiedon etsimme ja saimme eri lähteistä. Teoriatiedon luotettavuuden varmistamiseksi pyrimme siihen, että käyttämämme lähdemateriaali oli asiantuntevan tahon tuottamaa, mahdollisimman uutta ja ajantasaista tietoa. Lisäksi etsimme tietoa useista eri lähteistä ja vertasimme niitä keskenään, jotta välttäisimme käyttämästä työssämme virheellistä tietoa. Teoriatiedon kriittisen arvioinnin lisäksi valitsimme opinnäytetyötämme tukevaa ja siihen sopivaa tietoa, jotta kirjallinen osuus sekä video ja potilasohje muodostaisivat yhtenäisen

kokonaisuuden. Huolehdimme myös siitä, että opinnäytetyömme kirjallisessa osuudessa käytetty lähdemateriaali on asianmukaisesti lähdeluettelossa ja tekstistä löytyvät viittaukset. Lukijan on tällöin halutessaan helppo löytää alkuperäinen lähde, josta tieto on saatu.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöprosessimme alussa kävimme opinnäytetyöhön liittyviä asioita läpi sekä suunnittelimme sisältöä Julkulan sairaalassa yhdessä toimeksiantajan kanssa. Tämän prosessin aikana olemme pitäneet yhteyttä toimeksiantajaan ja olemme toimittaneet heille suunnitelmamme luettavaksi ja he ovat olleet tietoisia prosessin etenemisestä, kuten aikataulusta. Toimeksiantajalla on ollut mahdollisuus kommentoida opinnäytetyön sisältöä ja esittää mahdollisia muutos- ja korjausehdotuksia opinnäytetyöprosessin aikana. Tarkoitushan oli tuottaa heille käyttöön mahdollisimman toimiva esittelyvideo ja potilasohje. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme luvat, jotta pääsimme kuvaamaan Julkulan sairaalaan esittelyvideota ja ottamaan valokuvia potilasohjetta varten. Ingmanin opiskelijat ja opettaja eivät tutkimuslupia tarvinneet, sillä he olivat avustamassa kuvauksissa. Esittelyvideo kuvattiin siten, että tilat, henkilökunta ja toimintatavat ovat samat, kuin oikeassakin sähköhoitotilanteessa. Vastaavasti potilasohjeen kuvat ja teksti kuvaavat juuri Julkulan sairaalan neuromodulaatioyksikön toimintaa. Potilaalle siis pyritään välittämään esittelymateriaalin kautta mahdollisimman oikea kuva sähköhoidosta ja sen toteuttamisesta toimeksiantajayksikössä.

Potilasohjeen ja esittelyvideon toimimista käytännössä oli tarkoitus testata alun perin pilotoinnilla ja annoimme keväällä tehdyn materiaalin toimeksiantajan käyttöön kesäksi 2016. Potilastyössä materiaalia ei kuitenkaan tuolloin käytetty, sillä siinä todettiin olevan vielä muutostarvetta ennen käyttöönottoa. Saimme materiaalista palautetta ja muutostoiveita toimeksiantajalta, jonka pohjalta sekä esittelyvideota, että potilasopasta on muokattu toimeksiantajan toiveita vastaavaksi. Valmis kirjallinen osuus opinnäytetyöstämme tarkastetaan Urkund-ohjelmalla. Sillä varmistetaan tekstin olevan omaa tuotostamme, ei plagioitua.

Eettisyys opinnäytetyöprosessissa merkitsee tapaa, jolla työn ohjaaja ja sen tekijä suhtautuvat tehtävään työhön, sen kysymyksiin ja niihin ihmisiin, joiden kanssa prosessin aikana työskentelevät. Eettisesti oikeilla ratkaisuilla tavoitellaan tasa-arvoista vuorovaikutusta, oikeudenmukaisuuden korostamista ja ihmisten kunnioittamista. Eettisyyteen kuuluu osana myös rakentava kriittisyys esimerkiksi vallitsevia käytäntöjä tai lähdemateriaaleja kohtaan, sillä se luo pohjaa käytäntöjen kehittämiseksi ja arvioinnille. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2014.)

Eettisten kysymysten pohtiminen on ollut osa opinnäytetyöprosessia. Lähtökohtana työnteolle on ollut se, että pyrimme saamaan toimeksiantajalle tuotettua hyvin heitä ja heidän potilaitaan palvelevaa materiaalia. Emme ole antaneet omien mielikuviemme ja ennakkokäsitystemme vaikuttaa työn tekemiseen, vaan teoriatekstin sisällössä ja materiaalien suunnittelussa olemme käyttäneet monipuolisesti apuna luotettavia lähteitä. Jos nimetään muutamia niitä arvoja, jotka ovat ohjanneet työskentelyämme, niin niitä ovat puolueettomuus, rehellisyys ja luotettavuus sekä korkea työmoraali. Pidämme tärkeänä sitä, että tuottamamme aineisto on sisällöltään luotettavaa ja

käytännönläheistä sekä sellaista, jota toimeksiantaja on toivonut ja johon myös sen tekijöinä voimme olla tyytyväisiä.

7.6 Ammatillinen kehittyminen

Kun pohditaan ammatillisen kehittymisen kannalta opinnäytetyöprosessia, niin se on tukenut sairaanhoitajuuteen kasvamista monin tavoin. Suunnitelmavaiheessa tuli tehtyä paljon tiedonhakua muun muassa sähköhoidosta, sillä hoidettavista sairauksista sekä potilaan ohjauksesta. Varsinkin lähteiden luotettavuuden arviointi, näyttöön perustuvien ja tutkimuksellisten lähteiden etsiminen sekä käyttäminen tulevat helpottamaan oikeanlaisen tiedon löytämistä myöhemmin työelämässä. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa pääsimme myös tutustumaan sähköhoitoon hoitomuotona käytännössä Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmän tiloissa, kun saimme olla paikalla seuraamassa aitoja potilaiden hoitotilanteita. Runsaan tiedonhaun ja käytännön kautta olemme päässeet hyvin perehtymään kyseiseen hoitomuotoon. Yhteistyömme toimeksiantajan kanssa on tuonut meille ammatillista lisävalmiutta ja vahvistusta potilasohjauksen tärkeyden merkityksestä hoitotyössä. Olemme kirjallista tuotosta tehdessämme oppineet paljon myös skitsofrenian, masennuksen ja sähköhoidon teoriasta.

Itse opinnäytetyö on vaatinut tekijöiltään paljon. Vaikka tiedonhaku, materiaalin tuottaminen sekä työssä edistyminen on ollut palkitsevaa ja aihe mielenkiintoinen, niin prosessi on paikoitellen tuottanut myös haasteita. Prosessissa on tarvittu yhteistyö-, organisointi- ja paineensietokykyä sekä ajankäytön hallintaa. Kun työtä on tehty ryhmänä, on täytynyt pystyä ymmärtämään toisten elämäntilanteita ja jakamaan töitä sen mukaan. Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkäjänteistä ja moniulotteista työtä, sillä kirjalliseen työhön on yhdistetty videon ja potilasoppaan tekoa. Tämän prosessin aikana olemme oppineet sellaisia ryhmässä toimimisen ja organisoimisen taitoja, joista on hyötyä työelämässä. Prosessinhallinta oppimiskokemuksena on arvokas kokemus, koska työelämässä jatkuvat muutokset ovat arkipäivää.

7.7 Jatkotutkimus- ja kehittämismahdollisuudet

Tuotimme tässä opinnäytetyössä Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmälle potilasohjausmateriaalia sähköhoitoon tulevien potilaiden ohjausta varten. Käytännössä työmme sisälsi kaksi konkreettista tuotetta: potilasoppaan ja ohjausvideon. Potilasohjauksen tukena neuromodulaatioryhmässä on aikaisemmin käytetty videomateriaalia, joka on kuvattu Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Olemme tässä opinnäytetyössä pyrkineet tuottamaan mahdollisimman toimeksiantajan toivomusten mukaisen ohjausvideon sekä potilasoppaan, jotka pohjautuvat nimenomaan heidän yksikkönsä toimintaan.

Jatkossa olisi mielenkiintoinen tutkia sitä, miten henkilökunta on kokenut tuottamamme materiaalin käytön omassa työssään. Ovatko ne olleet hyvä apu potilasohjauksessa ja missä laajuudessa niitä on käytetty? Meillä oli alun perin ajatus tuottaa vielä hoitajan tarkastuslista liittyen siihen, mitä asioita on käytävä läpi potilaan aloittaessa uutena hoitomuotona sähköhoitoa. Rajasimme sen kuitenkin

pohdinnan jälkeen työmme ulkopuolelle, koska totesimme, ettei sitä aikataulun puitteissa ole mahdollista toteuttaa. Sen materiaalin tuottaminen voisi myös olla hyvä ajatus jatkoa ajatellen.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

Apogee productions. Ideasta käsikirjoitukseksi [verkkosivu]. [viitattu 2016-4-26]. Saatavissa: <https://www.apogee.fi/koulutusmateriaali/videotuotannon-perusteet/ideasta-kasikirjoitukseksi/>

Depressio 2014. Käypä Hoito. Suositukset. [viitattu 2015-9-18]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>

HANKONEN, Anu, KAARLELA, Elsi, PALOSAARI, Tiina, PINOLA, Kati, SÄKKINEN, Mika, TOLONEN, Anne ja VIROLA, Minna 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa: LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. [viitattu 2016-11-22]. Saatavissa: http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

HANSES, Orvokki ja SALMINEN, Jouko 1994. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntouttajan rooli. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 15, 1458. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2016-10-16]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku:jsessionid=BDB92B150517C13889B5BA73CA68D103?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=masennus&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo40323

HEIKMAN, Pertti 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. Lääkärikirja Duodecim. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2016-2-22]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=s%C3%A4hk%C3%B6hoito

HENRIKSSON, U. 2011. Vårdguiden Stocholms Läns Landsting. ECT. [verkkosivu]. [viitattu 2016-2-11]. Saatavissa: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Elbehandling/>

HUTTUNEN, Matti 2015a. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. [verkkosivu]. [viitattu 2015-9-10]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

HUTTUNEN, Matti 2015b. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. [verkkosivu]. [viitattu 2015-9-18]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

HYVÄRINEN, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. Katsaus. [verkkajulkaisu]. [viitattu 2016-02-03]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

ISOMETSÄ, Erkki ja KOPONEN, Hannu 2014a. Aivojen sähköhoito ja vaikea psykoottinen depressio. Käypä hoito. [verkkosivu]. [viitattu 2016-9-18]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak04354>

ISOMETSÄ, Erkki ja KOPONEN, Hannu 2014b. Sähköhoito (ECT) lääkeresistentissä depressiossa. Käypä hoito. [verkkosivu]. [viitattu 2016-9-18]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak06961>

JÄRVENTAUSTA, Kaija 2014. Psykiatrinen sähköhoito. [verkkosivu]. [viitattu 2015-9-17]. Saatavissa: <http://www.vshp.fi/suopa/pdf/ECT%20operatiiviset%20pv%C3%A4t.ppt1.pdf>

KEMPPAINEN, Marja-Liisa ja PALOKANGAS, Ilpo 2014. Psykiatrinen sähköhoito masennuksen hoidossa. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-9-17]. Saatavissa: http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=8e36a6b6-bbcb-4686-8481-3ba44f5b0231&groupId=64384

KIESEPPÄ, Tuula ja OKSANEN, Jorma 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 20, 2133-2139. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-10-16]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11273

KYNGÄS, Helvi, KUKKURAINEN, Marja Leena ja MÄKELÄINEN, Paula 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva hoitotyö Vol. 3 2/2005, 13-16.

KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajalehti. [verkkosivu]. [viitattu 2015-9-11]. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

KYNGÄS, Helvi, KÄÄRIÄINEN, Maria, POSKIPARTA, Marita, JOHANSSON, Kirsi, HIRVONEN Eila ja RENFORS, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

KÄÄRIÄINEN, Maria 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa: JAUHAINEN, Annikki (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Kopijyvä, 26-32.

LEINO-KILPI, Helena ja SALANTERÄ, Sanna 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti 02/2009. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-2-3]. Saatavissa: http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf

LEPPÄMÄKI, Sami 2012. Neurostimulaatiohoidot tulevaisuuden psykiatria. Lääkärilehti 36, 2454-2459. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-2-2]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000038075>

LEPPÄMÄKI, Sami 2014. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. [verkkosivu]. [viitattu 2015-9-17]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix02125

Lääketietokeskus 2004. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-11-09]. Saatavissa: http://who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN Timo 2011. Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

MayoClinic 2012. Electroconvulsive therapy (ECT). [verkkosivu]. [viitattu 2016-2-11]. Saatavissa: <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/electroconvulsive-therapy/basics/risks/prc-20014161>

Mind for better mental health. Electroconvulsive therapy (ECT). [verkkosivu]. [viitattu 2016-2-12]. Saatavissa: <http://www.mind.org.uk/information-support/drugs-and-treatments/electroconvulsive-therapy-ect/how-ect-treatment-is-given/#.Vr3JWC08KUK>

OKSANEN, Jorma 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 16, 1437-1442. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-11-09] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12385.pdf>

PULKKINEN Satu, VESANEN Päivi 2014. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. [verkkosivu]. [viitattu 2016-4-11]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus

RITSCHKOFF, Jukka ja VATAJA, Risto 2009. Sähköhoitoa ei saa unohtaa. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-2-2]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia.fi/xmedia/duo/duo97878.pdf>

SAARMAN, Keijo 2015. Neuromodulaatioryhmän sairaanhoitaja. [Henkilökohtainen tiedoksianto 2015-4-30]. Kuopio: Julkulan sairaala.

SAVONIA-AMMATTIKORKEAKOULU 2014. Eettisyys ja luotettavuus. [verkkosivu]. [viitattu 2016-04-25]. Saatavissa: <https://reppu.savonia.fi/opinnaytetyo/Sivut/eettisyys-ja-luotettavuus.aspx>

Skitsofrenia 2015. Käypä Hoito. Suositukset. [verkkosivu]. [viitattu 2015-9-10]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=D0969C80C0A0A7BDD8953F2B03BEEFC1?id=hoi35050>

TAIMINEN, Tero 2015. Sähköhoito tehoaa vaikeahoitoiseen skitsofreniaan. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2015-9-10]. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/sahkohoito-tehoaa-vaikeahoitoiseen-skitsofreniaan/>

TAIMINEN, Tero 2013. Lääkeresistentin masennuksen hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 20, 2149–56. [verkkojulkaisu]. [viitattu 2016-4-8]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=01C29120E0EE9E1502D6B309C8E>

4360E?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11274

VILKKA, Hanna, AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

YLITALO, Virpi 2013. Sähköhoito. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. [verkkosivu]. [viitattu 2016-4-4]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=ECT

LIITE 1: LUPAHAKEMUS



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus

1 (3)

Nro _____ / 20 ____

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma aineistonkeruulomakkeineen, saatteineen ja rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Opinnäytetyön tekijä(t)

Nea Mieltinen

Nimi

Minni Mykkänen

Nimi

Riina Ruotsalainen

Nimi

Opiskelupaikka

 AMK mikäSavonia AMK
lisalmi muu mikä

Suoritettava tutkinto

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön nimi

Sähköhoidon potilasohjausmateriaali - esittelyvideo ja potilasopas Julkulan sairaalan neuromodulaatioryhmän sähköhoitopotilaiden ohjauksen tueksi

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Teemme opinnäytetyön sähköhoidosta. Teemme neuromodulaatiokeskuksen 2717 käyttöön potilasohjausvideon ja potilasoppaan. Tarkoituksena on selkeyttää ja yhtenäistää potilasohjausta sähköhoitoon liittyen tukien työelämää potilaslähtöisesti. Ohjausvideo on tarkoitettu potilaiden ja omaisten ohjaamiseen, sitä voidaan käyttää myös työntekijöiden perehdyttämisen tukena. Video ja opas tulevat pilotointiin Julkulan sairaalan osastoille kesäksi 2016 (kesäkuu-heinäkuu), jonka jälkeen pyydämme avointa palautetta ja parannusehdotuksia henkilökunnalta. Valmiin videon ja oppaan KYS Julkulan neuromodulaatioryhmän on tarkoituksena saada käyttöönsä vuoden 2016 loppuun mennessä.

Opinnäytetyö on

 amk-tutkinto muu, mikä

Opinnäytetyön kokonaisaikataulu

toukokuu 2015 - joulukuu 2016

Aikataulu KYSissä

toukokuu 2016 - joulukuu 2016

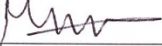
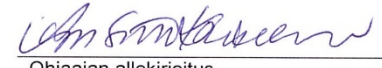
Kustannukset

 Arvio KYSille koituvista kustannuksista

_____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

Ei aiheuta kustannuksia KYSille

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.	
29.4.2016 	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Nea Miettinen	Minni Mykkänen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Riina Ruotsalainen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Annikki Jauhiainen	Arja-Sisko Kainulainen
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti 044-7856610 annikki.jauhiainen@jorvinkia.fi	Osoite, puhelin, s-posti 044-7856698 arja-sisko.kainulainen@jorvinkia.fi

3 (3)

PÄÄTÖS	
<input checked="" type="checkbox"/> Myönnän tutkimusluvan	
<input checked="" type="checkbox"/> Palveluyksikön / -alueen ylihoitajan päätös nro	2/2016
9,5 20 16	Kari Kuosmanen
	Allekirjoitus Kari Kuosmanen
	Nimen selvitys
YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylihoitaja)	
SH Kari Saarman	377
Nimi Kari Saarman @ Kulu.fi	Työyksikkö 044-717 9732
S-posti	Puhelin

LIITTEET

- Opinnäytetyön suunnitelma 37 sivua
 Rahoitussuunnitelma - sivua
 Muita liitteitä - sivua

Opinnäytetyön ohjaussopimus

sivua 3 / hakijä

LIITE 2: ESITTELYVIDEON KÄSIKIRJOITUS

Esittelyvideon käsikirjoitus

Videon otsikko "Sähköhoito Julkulan sairaalassa"

Kohtaus 1

kertoja puhuu taustalla...

"Sinulle ollaan aloittamassa uudeksi hoitomuodoksi sähköhoitoa. Olet käynyt hoitavan lääkärin vastaanotolla ja neuromodulaatioryhmän arviokäynnillä jo etukäteen. Siellä olet saanut tietää sähköhoitoon liittyvistä asioista sekä esitutkimuksista. Tällä videolla esitellään, mitä sinun hoitopäivänäsi tulee tapahtumaan....."

-Kuvaaja kuvaa Julkulan sairaalaa ulkoa päin sekä potilasta ja saattajaa kävelemässä sairaalaan.

Kertoja puhuu taustalla....

"Neuromodulaatioryhmä sijaitsee Kuopiossa Julkulan sairaalan toisessa kerroksessa...."

-Potilas ja saattaja saapuvat sairaalan ala-aulaan ja kävelevät opastaulua katsomaan. Siitä he kävelevät portaat ylös toiseen kerrokseen. Kuvaajat kuvaavat ensin ala-aulassa potilaan ja saattajan saapumista, opastaulun katsomista ja siirtymistä portaikkoon.

-Sen jälkeen kuvaaja kuvaa heidän saapumistaan portaita ylös ja kävelyä toisen kerroksen aulaan ja siitä neuromodulaatioryhmän tilojen sisäänkäynnille.

kohtaus 2.

-Kuvaaja kuvaa toisessa kerroksessa Neuromodulaatioryhmän käytävästä sisäänkäynnille päin kun potilas ja saattaja kävelevät sisään.

Kertoja puhuu taustalla...

"Hoitopäivänä neuromodulaatioryhmän tilojen ovet ovat auki. Voit tulla itse ovista ja viedä ulkovaatteesi odotustilan viereiseen....."

-Kamerat kuvaavat kävelyä käytävän päässä ja sen jälkeen saattajan ja potilaan siirtymistä pukuhuoneeseen. Kamera kuvaa myös pukuhuoneen sisällä kun he saapuvat sinne ja laittavat takkinsa lukkokaappiin.

-Tämän jälkeen Potilas ja saattaja siirtyvät odotustilaan odottamaan. Kertoja puhuu taustalla koko ajan. Sairaanhoitaja hakee potilaan odotustilasta ja lähtee viemään potilasta hoituhuoneeseen. Kamera kuvaa ensin odotustilassa ja sen jälkeen hoitajan ja potilaan siirtymistä käytävälle ja siitä edelleen hoitotilojen ovelle.

-...sitten tulevat huomioitavat asiat tekstinä ranskalaisilla viivoilla näkyviin("plurraukset").

Kohtaus 3.

Hoitaja saattelee potilaan istumaan hoituhuoneen vuoteelle istumaan.

Kertoja kertoo taustalla johdatellen hoitotoimenpiteeseen ja sen valmisteluihin....

"hoituhuoneeseen saapuessasi hoitaja ohjaa sinut sängylle, jossa hoito annetaan sinulle....."

Tässä vaiheessa kuvataan valmisteluja nuketusta varten. Kaksi kameraa kuvaavat kahdesta suunnasta, toinen hoituhuoneen sisäänkäynnin vierestä ja toinen potilaan oikealta puolelta. Kameran kuvat kuvaavat samasta kohti koko kohtauksen ajan.

Kertoja kertoo, mitä valmisteluja nuketusta varten tehdään.....

"Sinulle laitetaan mansetti verenpaineen mittausta varten" Tällöin aina videolla tapahtuu sama asia, mitä kertoja luettelee taustalla.

Kun valmistelut on tehty niin tämän jälkeen kuvataan nukutus ja siihen liittyvät toimenpiteet.

Kertoja taustalla kertoo nukutukseen ja hoitoon liittyvät asiat

"tämän jälkeen sinut nukutetaan. Nukutuslääkäri annostelee nukutuslääkkeen ja lihasrelaksantin verisuonikanyylin kautta....." jne...

Kohtauksen 3 aikana kuvausmateriaalin halutaan olevan mahdollisimman luonnollinen, joten kuvataan hoitohenkilökunnan luonnollista työskentelyä.

Potilasta herätellään toimenpiteen jälkeen

Kohtaus 4.

-Potilas siirretään heräämään kamerat kuvaavat kun potilas tuodaan sängyllä potilaspaikalle heräämään.

Kertoja kertoo taustalla...

"hoidon jälkeen sinut siirretään heräämään, jossa hoitaja tarkkailee hapetustasi, verenpainettasi ja yleistä vointiasi....."

Samalla hoitaja juttelee potilaalle. Nämä keskustelut eivät kuulu videdolla.

Sitten tulee ranskalaisilla viivoilla tekstit ("plurraukset") näkyviin.

-hoitaja tarkkailee hapetustasi, verenpainettasi ja yleistä vointiasi....

-Tämän jälkeen kuvataan aamupalahuoneeseen päin yhdellä kameralla, jossa potilas ja saattaja ovat Kertoja kertoo.....

-" hoidon jälkeen sinun tulee nauttia aamupala...."jne

-Lopussa kamera kuvaa kun hoitaja tulee sanomaan potilaalle, että on valmis kotiutumaan.

Kertoja kertoo taustalla kotiutumiseen liittyviä asioita

Lopussa tulee ranskalaisilla viivoilla näkyviin tekstit ("plurraukset")

-sähköhoito on hoitomuotona tehokas....

Lopputekstit (tekijät, näyttelijät, editoijat)

LIITE 3: VIDEON KERRONTA

kerronta

Kohtaus 1: Saapuminen

Sinulle ollaan aloittamassa uudeksi hoitomuodoksi sähköhoitoa. Olet käynyt hoitavan lääkärin vastaanotolla ja neuromodulaatioryhmän arviokäynnillä jo etukäteen. Siellä olet saanut tietää sähköhoitoon liittyvistä asioista sekä esitutkimuksista. Tällä videolla esitellään, mitä sinun hoitopäivänäsi tulee tapahtumaan. Hoitoon voit tulla saattajan kanssa. Toimenpiteeseen saattaja ei voi tulla mukaan, mutta heräämisvaiheessa saattajan on mahdollista olla mukana heräämötilanteen niin salliessa.

Neuromodulaatioryhmä sijaitsee Kuopiossa julkulan sairaalan toisessa kerroksessa. Sähköhoitoa toteutetaan kolmena päivänä viikossa maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin. Sähköhoito on sarjamuotoinen hoito, joka aina suunnitellaan yksilöllisesti tarpeen mukaan. Yleisintä on, että hoitoja varataan kahdentoista hoitokerran sarja, joka tarkoittaa noin kuukauden ajanjaksoa. Hoitoja annetaan sekä osasto- että avohoidossa oleville potilaille.

Kohtaus 2: Valmistautuminen

Hoitopäivinä neuromodulaatioryhmän tilojen ovet ovat auki. Voit tulla itse ovista ja viedä ulkovaatteesi odotustilan viereisen huoneen lukkokaappiin. Sen jälkeen voit siirtyä odotustilaan, josta sairaanhoitaja hakee sinut hoituhuoneeseen. Osastolta potilaat tulevat hoitajan saattamana. Lääkäri on päättänyt suositella sähköhoitoa, koska muut hoidot eivät ole tehonneet riittävästi. Sähköhoito on yleinen hoitomuoto erilaisten mielenterveydenhäiriöiden, kuten esimerkiksi masennuksen ja skitsofrenian hoidossa. Lääkäri on saattanut joutua muuttamaan lääkitystäsi sähköhoidon vuoksi. (Tähän kohtaan plurraukset). Muistathan olla syömättä, juomatta ja tupakoimatta vähintään 6h ennen sähköhoitoa. Lääkehoidossa sinun tulee huomioida, että sähköhoitoamuna saat ottaa vain lääkärin kanssa erikseen sovitut lääkkeet 2h ennen sähköhoitoa. Sinun olisi hyvä käydä suihkussa sähköhoitoa edeltävänä iltana. Muistathan ottaa pois kaikki korut ennen hoitoon saapumista.

Plurraukset....

- Muistathan olla syömättä, juomatta ja tupakoimatta vähintään 6h ennen sähköhoitoa
- sähköhoitoamuna saat ottaa vain lääkärin kanssa erikseen sovitut lääkkeet 2h ennen sähköhoitoa
- muistathan käydä suihkussa sähköhoitoa edeltävänä iltana
- kaikki korut tulee jättää pois hoidon ajaksi

Kohtaus 3: Hoito

Hoituhuoneeseen saapuessasi hoitaja ohjaa sinut sängylle, jossa hoito annetaan sinulle. Tämän jälkeen aloitetaan valmistelut nukutukseen ja hoitoon.

- Käsivarteesi laitetaan mansetti verenpaineen mittausta varten. (pysäytyskuva)
- Seuraavaksi asetetaan elektrodit rintakehälle seuraamaan sydämesi toimintaa hoidon aikana.
- Sinulle laitetaan sähköä johtavaa geeliä ohimoille
- otsallesi ja korvien taakse asetetaan elektrodit, joilla voidaan seurata sähkön aiheuttaman kouristuksen kestoa
- käteesi asetetaan verisuonikanyyli nukutuslääkkeitä varten
- Tämän jälkeen laitetaan sormenpäähän happimittari, jolla seurataan kehon hapetusta hoidon aikana.

Tässä vaiheessa hoitohenkilökunta käy läpi tarkistuslistan hoitosi turvaamiseksi.

Tämän jälkeen sinut nukutetaan. Nukutuslääkäri annostelee nukutuslääkkeen ja lihasrelaksantin.

- Hengitystäsi avustetaan hengityspalkeella nukutuksen aikana, jotta kehon hapetus saadaan turvattua.
- suuhusi laitetaan kuminen suoja, ettet pure kieleesi hoidon aikana.
- Tämän jälkeen saat sähköhoitoa. Hoito annetaan ohimoille kahvojen avulla. Sähköhoitoa voidaan antaa myös toispuoleisesti niin, että sähköä johdetaan vain toiselle ohimolle ja takaraivolle.
- Nukutuksen kesto hoidon aikana on noin 15 minuuttia.

Kohtaus 3: Heräämö, johdatteleva teksti...

Hoidon jälkeen sinut siirretään heräämöhön, jossa hoitaja tarkkailee hapetustasi, verenpainettasi ja yleistä vointiasi. Keskimääräinen aika heräämössä on 30 minuuttia. Voit tuntea lievää päänsärkyä, pahoinvointia ja tokkuraisuutta nukutuksen vuoksi. Myös muistisi hoitoaamun osalta voi olla hatara, mutta se ei ole vaarallista. Tarvittaessa lääkäri tarkistaa vointiasi. Hoidon jälkeen sinun tulee nauttia aamupala kahvihuoneessa. Osastolta tulevat potilaat syövät aamupalan omalla osastollaan. Edellytys kotiutumisesi on, että hoitopäivästä seuraavaan aamuun asti seurassasi on joku aikuinen henkilö. Hoitopäivänä et saa ajaa autoa etkä ulkoilla yksin. Raskasta fyysistä rasitusta sekä saunomista ei suositella.

Sähköhoito on hoitomuotona tehokas ja tutkimusten mukaan 80-90 prosenttiin vakavasti masentuneista potilaista hyötyy hoidosta. Hoitokerta kestää kokonaisuudessaan keskimäärin noin 45 minuuttia ja toimenpide on rauhallinen, turvallinen sekä kivuton. Sitoutuminen hoitoon on erittäin tärkeää hoidon onnistumisen kannalta.

LIITE 4: POTILASOPAS

Hoidon jälkeen ennen kotiutumista sinun tulee nauttia aamupala siihen tarkoitettussa erillisessä aamupalahuoneessa. Tarvittaessa lääkäri tarkistaa voitisi ennen kotiutumista. Ehto kotiutumisesi on se, että joku aikuinen on seuranaasi seuraavaan aamuun asti. Hoitopäivänä sinun tulee välttää raskasta fyysistä rasitusta, autolla ajoa ja yksin ulkoilua. Saunomista tulee välttää.



Aamupalahuone

Yhteystiedot: Julkulan sairaala
Neuromodulaatioryhmä 2.krs
Puijonsarventie 60
70260 Kuopio
p.044-7176051

Opas sähköhoitoon tulevalle



Julkulan sairaala

Sinulle ollaan aloittamassa uudeksi hoitomuodoksi sähköhoitoa.

Sinulle annetaan sähköhoitoa Kuopion Yliopistollisen Sairaalan neuromodulaatioryhmässä, joka sijaitsee Kuopiossa, Julkulan sairaalan toisessa kerroksessa.



Odotushuone

Lääkäri on saattanut muuttaa lääkitystäsi sähköhoidon vuoksi.

Lääkehoidossa sinun tulee ottaa huomioon, että sähköhoitoaamuna saat ottaa vain lääkärin kanssa erikseen sovitut lääkkeet, kuten esimerkiksi verensäätölääkkeet 2 tuntia ennen sähköhoitoa. Lääkkeet voi ottaa pienen vesimäärän kanssa.

Sinun olisi hyvä käydä suihkussa sähköhoitoa edeltävänä iltana.

OS
A1 PSYKOOSIOSASTO 2 2718
A2
A3 NEUROMODULAATIORYHMÄ 3717
A3 MIELIALAHÄIRIÖOSASTO 2717

Sairaalan aulan opetustaulu

Sähköhoito on pitkään käytetty, turvallinen ja tehokas hoitomuoto erilaisten mielenterveyden häiriöiden, kuten esimerkiksi masennuksen ja skitsofrenian hoidossa.

Tästä oppaasta löydät tarvittavaa lisätietoa sähköhoitoon valmistautumisesta.



Hoituhuone

Muistathan olla syömättä, juomatta ja tupakoimatta vähintään 6 tuntia ennen sähköhoitoa. Korut tulee poistaa ennen hoitoon tuloa.

Halutessasi voit ottaa saattajan mukaan hoitokäynnille.



Sähköhoitoalite ja seuranta-monitori

Nukutuksen jälkeen voit tuntea lievää väsymystä ja päänsärkyä, olosi voi olla tokkurainen.

Vointiasi seurataan noin 30 minuuttia herättyäsi nukutuksesta.



Saturaatiomittari, jolla seurataan hapetusta

Sähköhoito annetaan nukutuksessa, joka kestää noin 15 minuuttia. Hoitoa annetaan kahvojen avulla joko ohimolle (bilateraalinen), tai ohimolle ja takaraivoon samanaikaisesti (unilateraalinen). Tämän aikana hapetuksestasi pidetään huolta. Sähköhoito on kivuton ja turvallinen toimenpide.



Heräämö