

Honkala Maarit & Määttä Henri

VAIKEASTI MASENTUNEEN POTILAAN ECT-HOITO

Perehdytysopas sähköhoidosta

**Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu 2013**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kulttuuri ja hyvinvoinnin yksikkö, Kokkola	Aika Tammikuu 2013	Tekijä/tekijät Honkala Maarit & Määttä Henri
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn nimi VAIKEASTI MASENTUNEEN POTILAAN ECT-HOITO ; Opas sähköhoidosta		
Työn ohjaaja Lehtori Hiironen, Marja-Liisa		Sivumäärä [28+23]
Työelämäohjaaja Mielenterveyshoitaja Orpana, Tuire		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ECT-hoidon hoitoprosessia työntekijöille, opiskelijoille, omaisille ja potilaille oppaan muodossa. Oppaan tavoitteena oli tuoda hoitajille sekä opiskelijoille yhteiset hoitokäytänteet ECT-hoidon hoitoprosessissa. Oppaan tavoitteena oli myös potilaiden ja omaisten tiedon lisääminen ECT-hoidosta. Tavoitteena meillä oli kehittää omaa ammattitaitoamme ja saada asiantuntijuutta ECT-hoidosta.</p> <p>Teoriaosuus sisältää ECT-hoidon hoitoprosessin, teorian masennuksesta ja perehdytyksestä sekä tuotteen kehittämisprosessin kuvauksen. ECT-hoito eli aivojen sähköhoito on tehokas hoitomenetelmä yhdessä lääkkeiden ja psykoterapian kanssa. ECT-hoitoa käytetään yleisimmin vaikean masennuksen hoidossa, mutta siitä voi olla hyötyä myös manian, skitsofrenian ja muiden psykoosisairauksien hoidossa. Perehdyttäminen on opastusta ja ohjausta uuteen asiaan tai tehtävään.</p> <p>Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatrisen osasto 15 kanssa. Yhteistyö sisälsi tapaamisia työelämäohjaajan kanssa, joka on vastaavana hoitajana sähköhoidossa. Työ on tehty projektilähtöisenä. Aiheena työssä oli tehdä opas vaikeasti masentuneen potilaan ECT-hoidosta. Työ rajattiin vaikeasti masentuneen potilaan hoitotyöhön osaston pyynnöstä. Opinnäytetyö koostuu oppaasta ja opinnäytetyön raportista. Opas on ollut käytössä osastolla 15 kevästä 2012 alkaen. Palaute oppaasta oli positiivista. Opas oli ulkoasultaan siisti ja helposti luettava ja sisälsi ne asiat, joita osasto siihen halusi. Sitä on käytetty eniten potilasohjauksessa ja omaisten tiedottamiseen, mutta myös uusille työntekijöille. Opas on osastolla kirjallisena ja sähköisenä versiona, jotta uudistuksia voi lisätä tai sisältöä muokata tarvittaessa.</p>		
Asiasanat Ect-hoito, Perehdytys, Potilaan kohtaaminen, Tuotteen kehittämisprosessi, Vaikea masennus		

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date January, 2013	Author Honkala Maarit & Määttä Henri
Degree programme Nursing		
Name of thesis ECT-treatment of severely depressed patients; Guide for ECT-treatment		
Instructor Lecturer Hiironen, Marja-Liisa		Pages [28+23]
Supervisor Mental health nurse Orpana, Tuire		
<p>Purpose of this thesis was to describe the ECT-treatment process for workers, students, families and patients in the form of a guide. The aim was to bring for nurses as well as for students a common management practices in ECT-treatment. The aim of guide was also to bring more info of ECT-treatment for patients and relatives. Our objective was to develop our professional skills and gain expertise of ECT-treatment.</p> <p>In the theoretical frame of reference we go through with the most important issues of theory. The theoretical part includes electroconvulsive therapy, depression, orientation as well as a description of the product development process. ECT treatment is an effective method of treatment in conjunction with medication and psychotherapy. ECT is most commonly used treatment for severe depression, but it may also be beneficial in mania, schizophrenia and other psychotic disease treatment. Orientation is instruction and guidance on a new topic or task.</p> <p>This thesis was done in cooperation with the psychiatric ward 15 of the Central Ostrobothnia Hospital. Cooperation included meetings with the supervisor who is responsible of ECT-treatment in their ward. Thesis is done as project. Subject of the thesis was ECT-treatment for severely depressed patients in the form of a guide. Upon request from the ward, the thesis focused on the treatment of severely depressed patients. The thesis consists of the guidebook and the final project report. The guidebook has been used at ward 15 from spring 2012 onwards. Feedback has been positive. Guide appearance was neat and easy to read and contained the things that the ward wanted. It has been used the most in patient education and for informing relatives, but also for new employees. Guide can be found in writing and in electrical form at the ward. The ward can edit the guidebook if needed.</p>		

Key words

ECT-treatment, orientation, patient encounter, product development process, severe depression

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	1
2 MASENNUS ELI DEPRESSIO	3
2.1 Vakava masennus	3
2.2 Masennuksen hoito	4
2.2.1 Psykoterapia	5
2.2.2 Masennuksen lääkehoito	5
3 ECT-HOITO ELI SÄHKÖHOITO	7
3.1 Sähköhoidon historia	7
3.2 Sähköhoidon vaikutusmekanismi	8
3.3 Potilaan tutkiminen ennen ECT-hoitoa	10
3.4 Anestesian toteuttaminen sähköhoidossa	11
3.5 Jatko- ja ylläpitohoito	11
4 POTILAAN KOHTAAMINEN	12
5 HOITAJAN ROOLI	13
6 PEREHDYTTÄMINEN TYÖELÄMÄSSÄ	14
6.1 Perehdyttäminen työyhteisössä	14
6.2 Opas perehdyttämisen työkaluna	15
7 TUOTTEEN KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS	16
7.1 Tuotteen suunnitteluvaihe	16
7.2 Tuotteen kehittelyvaihe	18
7.3 Tuotteen käyttöönotto ja arviointi	20
8 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS	22
9 POHDINTA	24
9.1 Tuotekehittämisen prosessin pohdinta	24
9.2 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu	25
LÄHTEET LIITTEET	27

1 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheena on ECT-hoito vaikeasti masentuneille potilaille. ECT-hoidolla tarkoitetaan aivojen sähköhoitoa, jota käytetään yleisimmin vaikeaan masennukseen. Kokkolan keskussairaalassa tehdään vuosittain keskimäärin kymmenen ECT-hoitoa. Opinnäytetyö on toteutettu projektilähtöisenä. Opinnäytetyö sisältää kaksi eri osuutta, joita ovat opas ja raportointiosuus. Idea opinnäytetyön aiheesta saatiin Keski-Pohjanmaan keskussairaalan osastolta 15. He tarvitsivat osastolleen ohjeistuksen ECT-hoidosta. Oppaassa käydään läpi ECT-hoidon eri vaiheet ja hoitajan työnkuva ja samalla opasta voidaan käyttää potilasohjauksessa.

Tarkoituksena opinnäytetyöllä on kuvata ECT-hoidon hoitoprosessia työntekijöille, opiskelijoille, potilaille ja omaisille oppaan muodossa. Tavoitteenamme on kehittyä ammatillisesti ja saada asiantuntijuutta ECT-hoidosta. Työn tavoitteena on luoda yhteiset hoitokäytänteet työntekijöille sekä opiskelijoille. Työn tavoitteena on myös antaa tietoa potilaille ja omaisille. Oppaan tarkoitus on olla ytimekäs ja helposti luettava paketti, jotta siitä saisi tarpeellisen tiedon ECT-hoidon hoitoketjusta. Työntekijöille tämä tarkoittaa ohjeistusta, mitä tehdä ja milloin tehdä. Omaisille ja potilaille tarkoituksena on tuoda tietoa, mitä tehdään ja milloin tehdään.

Raportointiosuudessa käydään läpi ECT-hoidon historiaa, nykyaikana annettavaa ECT-hoitoa, potilaan kohtaamista, hoitajan roolia, perehdytystä ja vaikeaa masennusta. Raportti sisältää teoriaosuuden, joka luo pohjan oppaalle ja sisältää teoriaa koskien oppaassa käsiteltyjä asioita. Työ on rajattu vaikeasti masentuneen potilaan ECT-hoitoon osaston toivomuksen mukaan, koska osastolla ECT-hoitoa käytetään suurimmaksi osaksi vaikeasti masentuneille potilaille joilla lääkehoidolla ei ole saatu hoitovastetta. Raportti sisältää myös produktin kuvauksen ja tuotteen käyttöönoton ja arvioinnin myös osastolta. Tärkein osa-alue opinnäytetyössä on itse tuote.

Tuote on tehty yhteistyössä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan osasto 15 kanssa, josta työn ohjaajina on ollut osastonhoitaja ja sähköhoidoista vastaava mielenterveyshoitaja. Osasto on tuonut työhön ideoita ja pohjan heidän tarpeistaan. Opas on räätälöity osaston käyttöön heidän toimintatapojensa mukaisesti. Osastolla ei ole omaa erillistä ohjeistusta koskien sähköhoitoa. Siksi opas on hyvä pohja uusille ja vanhoille työntekijöille saada tarpeellista tietoa ja ohjausta koskien ECT-hoitoa.

2 MASENNUS ELI DEPRESSIO

Masennus eli depressio on yleinen sairaus. Masennuksen hoitoon kuitenkin hakeutuu vain pieni osa sairastavista. Lieviin masennuksiin hoitokeinona yleensä toimii pelkkä psykoterapia, mutta joskus avuksi tarvitaan myös lääkehoito ja terapia sekä vuosia kestävä hoitosuhde. Viisi sadasta suomalaisesta sairastaa vuosittain masennusta. Masennusta alkaa esiintyä nuoruusiässä ja siitä eteenpäin. Naiset sairastuvat masennukseen kaksi kertaa yleisemmin kuin miehet. Riskinä masennukseen sairastumisessa on perinnöllinen alttius, pitkäaikainen psykososiaalinen stressi sekä läheisen ihmissuhteen puute. (Tellervo, Isometsä, Mattila, Jousilahti, Tala 2009.)

Masennus on yleinen sairaus, mutta kuitenkaan kaikkia oireita ei voi laskea heti masennukseksi. Lähiomaisen kuolema ja muut suuret menetykset saavat mielen järkkymään, mutta yleensä näistä selvittään parissa kuukaudessa. Normaali surureaktio ei johda itsetuho-suunnitelmiin (Tellervo, ym. 2009.)

Suurin osa masennukseen sairastuneista sairastaa jotain muuta psyykkistä oireyhtymää esimerkiksi, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriö. Näissä oireina voi olla ahdistuneisuutta, sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja päihteiden suurkäyttö. On tutkittu, että

psykkinen oirehdinta alkaa ahdistuneisuudella ja tästä kehittyy masennus. Miehillä päihdehäiriön kautta syntyvä masennus on tutkitusti useammin masennukseen johtava oire. (Tellervo, ym. 2009.)

2.1 Vakava masennus

Vakava masennustila on monisyinen mielialahäiriö, johon elämänsä aikana sairastuu noin 10–15% ihmisistä. Perinnölliset tekijät, lapsuuden aikaiset ja ajankohtaiset ristiriidat, menetykset ja pettymykset altistavat masennukselle. Masennus voi uusiutua useitakin kertoja elämän aikana. Osa vakavista masennustiloista liittyy psykologisiin ongelmiin ja ristiriitoihin. Osa on keskushermoston mielialaa ja biologisia rytmejä säätelevien hermoverkostojen toiminnan häiriöitä. Masennustilat ovat taustaltaan monta asiaa sisältäviä. Jotkut masennustilat ovat seurausta uuvuttavista yhteisöllistä tai yhteiskunnallisista olosuhteista. Monesti taustalla on näiden monen oireen yhteentulo, ja ne laukaisevat masennuksen. (Huttunen 2010; Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2007, 157–161.)

Oireina masennuksessa on masentunut, surullinen, ärtyminen, tyhjä olo, alentunut kyky tuntea mielenkiintoa tai mielihyvää. Unettomuus, laihtuminen, painonnousu, keskittymis- ja muistivaikeudet, levottomuus, toivottomuuden tunne, seksuaalinen haluttomuus ovat muita yleisiä oireita. Vakavimpia oireita ovat kuolemantoiveet ja itsemurha-ajattelu. Vakavaksi masennustilaksi katsotaan, kun diagnosoinnissa todetaan, että mieliala on ollut masentunut suurimman osan päivää yhtäjaksoisesti kahden viikon ajan. (Huttunen 2010.)

Sairausalttiuteen vaikuttavat perinnölliset tekijät, lapsuuden aikaiset ja ajankohtaiset ristiriidat, menetykset ja pettymykset. Vakavaan depressiojaksoon ensi kertaa sairastuneilla sairausjakso toistuu noin puolella, osalla useitakin kertoja elämän aikana. Toistuvat masennusjaksot ja pitkittyvä masennus ovat yleinen syy ennenaikaiselle eläkkeelle jäämiselle. (Lönnqvist, ym. 2007, 157–161; Mondimore 2007, 24–27.)

Vakavia masennustiloja esiintyy myös kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, jossa ilmenee masennustilojen ohella myös maniajaksoja. Hoidon, ja erityisesti oikean lääkehoidon, kannalta on tärkeätä tietää, onko masennustilasta kärsivällä henkilöllä tai hänen lähisukulaisellaan esiintynyt mania- tai hypomaniajaksoja ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä kutsutaan myös maanis-depressiiviseksi tai bipolaariseksi sairaudeksi. (Lönnqvist ym. 2007, 157–161; Mondimore 2007, 24–27.)

2.2 Masennuksen hoito

Masennuksen hoidossa pitää ottaa huomioon masennuksen vakavuus ja oireet. Tämä määrittelee mitä hoitokeinoja käytetään. Lievässä masennuksessa voi hoitona riittää niin sanottu ”oma hoito”. Keskivaikeassa ja vakavassa masennuksessa käytetään lääkehoitoa, psykoterapiaa tai lääkehoitoa ja psykoterapiaa yhdessä. Tutkimusten mukaan keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa hoitojen yhdistäminen on tehokkain keino. Sähköhoito on tehokas hoitomuoto, jota käytetään vaikeassa masennuksessa, kun lääkehoito ei enää riitä. (Heiskanen, Huttunen, Tuulari 2011, 11–12.) Sähköhoidosta kerromme enemmän seuraavassa luvussa.

Masennuksesta toivutaan yleensä hyvin, mutta aina on riski, että masennustila voi uusiutua. Toipuminen vaikeasta masennuksesta kestää yleensä noin 4-5 kuukautta. Uusiutumisen riski kasvaa, mitä enemmän masennusjaksoja on ollut. Nopea hoitoon pääsy ja tulo ovat kriittisiä masennuksen uusiutumisen estämisessä. (Heiskanen, ym., 11–12.)

2.2.1 Psykoterapia

Psykoterapiassa yritetään poistaa ja tunnistaa oireita ylläpitäviä ajatusmalleja. Psykoterapiassa tuodaan myös potilaalle esille oireita ylläpitävät ajatukset, toimintamallit ja yritetään näiden kautta löytää uusia toimivampia tapoja suhtautua itseensä ja muihin. Tutkimukset osoittavat, että psykoterapia on tuloksellista. Tutkimuksen mukaan jopa 80 prosenttia hyötyy psykoterapiasta voiden paremmin, kuin henkilöt, jotka eivät käytä psykoterapiaa. (Huttunen 2008.)

Psykoterapiamuotoja on paljon erilaisia. Psykoterapiat jaetaan eri ryhmiin, yksilö-, ryhmä-, pari- ja perheterapioihin sekä niin sanottuihin luoviin terapioihin. Jokaisella psykoterapeutilla on omanlaiset hoitokeinot ja tämän takia masentuneelle valitaan omanlainen psykoterapia muoto oireiden ja vakavuuden mukaan. Suomessa eniten käytettyjä psykoterapia muotoja ovat psykodynaaminen psykoterapia ja psykoanalyysi, kognitiivinen ja kognitiivis-analyttinen psykoterapia, käyttäytymisterapia, interpersonaalinen psykoterapia, traumaterapia sekä erilaiset ratkaisukeskeiset lyhytpsykoterapiat. (Huttunen 2008.)

2.2.2 Masennuksen lääkehoito

Tärkeintä lääkehoidossa on valita oikeanlainen lääke. Tämän jälkeen lähdetään etsimään oikeanlaista annostusta potilaan oireiden ja hoidon mukaisesti. Lääkityksen tarvitsee olla tarpeeksi suuri, jotta se auttaa oireisiin. Lääkehoidon pitää kestää mahdollisimman pitkään ja lopetettava vaiheittain ettei hoito jää keskeneräiseksi. Joillekin lääkehoitoa pitää jatkaa

estohoitona, koska heillä on ollut toistuvia masennusjaksoja, eivätkä pärjää ilman lääkitystä. (Rytsälä 2011.)

Lääkitys aloitetaan lääkärin toimesta ja hänellä pitää olla valmius aloittaa lääkitys lievissäkin masennuksissa, jos masennusjakso pitkittyy. Masennuslääkitystä käytetään myös fyysisissä sairauksissa liittyviin masennuksiin ja pitkittyneisiin surureaktioihin. On tutkittu, että lääkityksen tehoon vaikuttaa muut hoidot samanaikaisesti. Tärkeintä on kontaktin säilyminen potilaan kanssa ja oireiden seuranta, että saadaan lääkitys oikealle vahvuudelle. (Rytsälä 2011.)

Lääkityksen kesto määräytyy hoidon vasteella. Lääkityksellä pyritään täysin parantamaan oireet ja tutkitusti kaksi kolmasosaa saa selvän lääkevasteen ja lähes puolella oireet katoavat kokonaan. Kahden viikon jälkeen lääkehoidon aloituksesta voidaan jo arvioida lääkkeen vaikutusta. Mikäli tässä vaiheessa vastetta ei huomata pitää vaihtaa annosta nostaa tai siirtyä toisentyypiseen masennuslääkkeeseen. Lääkehoitoa jatketaan noin 6-9 kuukautta, kun vaste on löydetty ja oireet ovat parantuneet, aletaan lääkitystä vaiheittain vähentää, etteivät oireet uusiudu. (Rytsälä 2011.)

Masennukseen käytettäviä lääkkeitä on monia erilaisia, mutta ne jaetaan erilaisiin ryhmiin. Pääryhmään kuuluu SSRI-lääkkeet (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät), MAO-A:n-estäjät (selektiiviset, reversiibelit), trisykliset lääkkeet (noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinottoa estävät) ja muut depressiolääkkeet. SSRI-lääkkeet ovat yleisimmin käytetty lääkemuoto, koska ne ovat helppokäyttöisiä ja sisältävät vähän haittavaikutuksia sekä ovat suhteellisen vaarattomia. Lääkkeitä määrätään yleensä oireiden mukaisesti. SSRI-lääkkeitä käytetään yleisimmin ja kun oireina ovat hypersomnia, painonnousu ja ahdistuneisuus. Kun oireena on tuskaisuus tai unettomuus käytetään SNRI-lääkkeitä (noradrenergiset). Psykoottisessa masennuksessa lääkehoitona käytetään psykoosilääkkeitä. (Rytsälä 2011.)

3 ECT-HOITO ELI SÄHKÖHOITO

Sähköhoito on vakiinnuttanut paikkansa psykoterapian ja masennuslääkkeiden rinnalla yhtenä tehokkaana hoitomuotona vaikean masennuksen hoidossa. Erilaiset masennustilat muodostavat sähköhoidon tärkeimmän käyttöalueen. Sähköhoitoa käytetään ennen lääkekokeiluja ainoastaan, jos kyseessä on vaikea psykiatrinen sairaus tai somaattinen sairaus tai jos aiemmin ei ole ollut vastetta lääkähoidosta ja sähköhoito on tehonnut. Sähköhoitoa annetaan kuitenkin pääasiassa silloin, kun yksi tai useampi lääkehoito ei ole tehonnut. (Heikman 2004.) Sähköhoidolla tarkoitetaan toimenpidettä, jonka avulla kevyessä nukutuksessa johdetaan lyhytaikaisesti sähkövirtaa aivokuorelle ja aiheutetaan sillä keinotekoinen kouristuskohtaus (Korvonen-Tarkkonen 2011).

3.1 Sähköhoidon historia

Sähköshokkihoito sai alkunsa vuonna 1938 Rooman yliopiston psykiatrian professorin Ugo Cerlettin toimesta. Sähköä oli käytetty psykiatrian historiassa aikaisemminkin, mutta Cerletti kehitti uuden menetelmän, jossa sähköshokki johdettiin aivoihin kouristuksen tuottamiseksi. Sähköshokkihoitoa kokeiltiin, kun potilaalla oli skitsofrenia. Ensimmäiset toimenpiteet ihmiselle Cerletti suoritti salaisesti. Tuolloin todettiin, ettei toimenpide parantanut skitsofreniaa, mutta se toi kuitenkin apua psykoottisen sairauden vammauttaviin oireisiin ja teki ihmiselle mahdollisuuden toimia suunnilleen normaalisti. Vuonna 1959 sähköshokkihoidosta tuli maanis-depressiivisen mielisairauden ja vaikean masennuksen ”paras hoitokeino”. (Shorter 2005, 254–262 ;Vataja 1995, 15, 1794–1796.)

Sähköshokkihoito toteutettiin ajelemalla karvoitus päästä. Elektrodit aseteltiin potilaan otsalle ja kumiputki asennettiin hampaiden väliin, mikä esti kielen puremisen. Potilas oli hereillä toimenpiteen aikana. Vuonna 1952 aloitettiin käyttämään anestesia-lääkkeitä (metohexitaali) toimenpiteen apuna, jolloin saatiin lyhytkestoinen anestesia potilaalle. Tämä salpasi hermot ja lihakset sen verran, että toimenpide oli helpompi ja mielekkäämpi. Tämä oli myös iso askel potilaan puolesta, koska anestesian aikana potilas nukkui, eikä ollut valveilla tuntemassa kaikkea. (Shorter 2005, 254–262.)

3.2 Sähköhoidon vaikutusmekanismi

Aivojen sähköhoitoa eli ECT-hoitoa (electroconvulsive therapy) käytetään vaikeasteisessa tai psykoottisessa masennustilassa, maniassa ja psykoosissa, joihin liittyy mielialahäiriö tai katatoninen oireisto. Sähköhoidosta voi olla hyötyä myös Parkinsonin taudissa, malignissa neuroleptisyndroomassa, delirium-tiloissa ja hoitoresistenssissä epilepsiassa. Sähköhoidon käyttö ennen lääkehoitokokeilua tulee kyseeseen tilanteissa,

joissa tarvitaan nopeasti hoitovastetta vaikean psykiatrisen tai somaattisen sairauden vuoksi tai jos muissa hoidoissa hoitojen riskit ovat suuremmat tai potilas on aikaisemmin reagoinut huonosti lääkitykseen mutta hyvin sähköhoitoon. Pääasiassa sähköhoitoa annetaan silloin, kun yksi tai useampi lääkehoitokokeilu ei ole toiminut. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa hoidon ennuste on hyvä. Sähköhoidolla on akuutti itsemurha-alttiutta lievittävä vaikutus, mutta näyttö pitkäaikaisesta vaikutuksesta on heikko. (Heikman 2004.) Sähköhoitoa voidaan antaa myös tarvittaessa raskaana oleville (Heikman, Niemi-Murola & Rosenberg 2006).

Sähköhoidon vaikutusmekanismia ei ole voitu selvästi osoittaa. Sähköhoidon tiedetään aiheuttavan monenlaisia epäspesifisiä muutoksia aivotoiminnassa. Potilas voi saada sähköärsyksen laukaiseman epileptisen kouristuskohtauksen, johon liittyy vain heikko hoitovaikutus. Kouristus on sivuilmiö sähköhoidossa. Sähköärsyksen antopaikka ja annoksen suuruus ovat nykykäsityksen mukaan oleellisia hoidon hyödyn ja haitan kannalta. Tehokas sähköhoito lisää hidasaaltotoimintaa masennuspotilaiden aivojen otsalohkoissa. Tämä on todettu EEG:ssä sekä MEG:ssä. Hidasaaltotoiminta on suorassa yhteydessä ärsyksen voimakkuuden ja kouristuskynnysarvon välisessä suhteessa. Kouristuskynnyksellä tarkoitetaan pienintä mahdollista sähköärsykettä, jolla potilas saa kouristuskohtauksen. (Heikman 2004.)

Sähköhoitoa annetaan kahdella eri tavalla. Toinen on klassinen bitemporaalinen (BT) hoito, joka lisää aivoverenkiertoa otsalohkojen lateraaliosissa ja ohimolohkojen etuosissa (oikeanpuoleinen sähköhoito). Toinen tapa on bifrontaalinen (BF) hoito, jolloin ärsytys suuntautuu suoraan otsan alueelle lisäten aivoverenkiertoa otsalohkon että cingulumin etuosissa. Masennussairauden kannalta bifrontaalinen hoito vaikuttaa enemmän keskeisiin keskushermoston alueisiin. Skitsofreniassa, maniassa ja muissa sähköhoidon käyttöaiheissa hoidon vaikutusmekanismi voi hyvinkin olla erilainen kuin masennuksessa. Koska sähköhoito tehoaa näihin käyttäytymisen tasolla jopa vastakkaisiin sairaustiloihin, voi sen vaikutusmekanismin oleellinen ominaisuus olla sen kyky korjata aivojen häiriintynyt biologinen tasapainotila. (Heikman 2004.) Toimenpiteen suorittavat toimenpidelääkäri/psykiatri, anestesia- ja heräämöhoidaja (Hallikainen 2009).

Sähköärsyksen paikan ja annoksen valinta on hoidon vaikutusten kannalta tärkein tekninen tekijä. Ärsyksen paikka ja annos tulisi harkita potilaalle yksilöllisesti tilanteen mukaan. Esimerkiksi itsemurhavaarassa olevalle psykoottisesti masentuneelle potilaalle

tulee antaa nopeimmin vaikuttavaa sähköhoitoa. Nykytietämyksen mukaan sellaista on BT-hoito, jossa ärsykeannos on noin 250 millicoulombia (mC). Potilaan kliinisen tilan parantuessa tulisi mahdollisimman pian siirtyä kognitiivisesti säästävämpään, suuriannoksikseen, oikealle puolelle annettavaan sähköhoitoon, jonka annos on 250–440 mC:n. Jos masennuspotilasta hoidettaessa tilanne ei ole kriittinen, tulisi sähköhoitoa antaa oikealle puolelle siten, että ensimmäisellä kerralla määritetään potilaan kouristuskynnys. Seuraavilla kerroilla sähköärsyke on viisi tai kuusi kertaa määritetyn kouristuskynnyksen suuruinen. Otsalle annetusta eli BF-hoidosta on hyviä hoitokokemuksia, mutta optimaalisen annoksen selvittäminen vaatii vielä lisätutkimuksia. (Heikman 2004.) Aiemmin on suositeltu depressiolääkityksen ja sähköhoidon yhteiskäytön välttämistä haittavaikutusten mahdollisen suurenemisen vuoksi. Tehottoman trisyklisen masennuslääkkeen käytön lopettaminen ennen sähköhoidon aloittamista on edelleenkin suositeltavaa. Selvää suositusta sähköhoidosta ja SSRI-lääkityksen samanaikaisesta käytöstä, vaan hoitava lääkäri tekee päätöksen sähköhoidon aikaisesta lääkityksestä. Sähköhoito ja psykoosilääkkeet voivat tehostaa toistensa edullista vaikutusta skitsofreniassa. Klotsapiinin ja sähköhoidon yhteiskäyttö on osoittanut turvalliseksi viime vuosina. Bentsodiatsepiinit voivat heikentää varsinkin oikealle puolelle annettua sähköhoitoa. Yleensä potilaat kuitenkin tarvitsevat ahdistuslääkitystä; tällöin loratsepaami on paras vaihtoehto. Litiumin ja sähköhoidon yhteiskäytöstä ei ole yhteneväistä näyttöä, joten litiumlääkitystä jatketaan, mutta pyritään saamaan seerumin litiumpitoisuus sähköhoidon ajaksi matalimmalle hyödylliselle tasolle. (Heikman 2004.)

Sähköhoito voi aiheuttaa ohimenevän kouristuksen jälkeisen sekavuustilan sekä muistamattomuutta hoitoa edeltäneeseen aikaan/hoidon jälkeiseen aikaan. Joillakin potilailla tällainen muistihäiriö voi jatkua pitempäänkin. Kuitenkin toisaalta muistitoiminnot voivat parantua sähköhoidon jälkeen, kun ne ovat olleet masennustilan heikentämiä. (Heikman 2004.) Haitta- tai sivuvaikutuksena voi ilmetä muistivaikeuksia, pahoinvointia, lihaskipuja, päänsärkyä. Harvinaisempana sivuvaikutuksena esiintyy sydämen rytmihäiriöitä tai pitkittynyttä hengityslamaa. (Hallikainen 2009.)

Sähköhoidon aiheuttamia kuolemantapauksia on esiintynyt enintään neljä sataatuhatta hoitoa kohden. Nämä kuolemantapaukset ovat yleensä tapahtuneet heti kouristuksen jälkeen tai myöhemmin heräämössä. Sähköhoito voi aiheuttaa sydämenpysähdyksen, iskemiaa, rytmihäiriöitä, hypertensiota tai hypotensiota. Suurin osa muutoksista on

kuitenkin ohimeneviä ja vaarattomia, mutta hoidon aikainen ja jälkeinen seuranta on tärkeää. (Heikman 2004.)

3.3 Potilaan tutkiminen ennen ECT-hoitoa

Sähköhoitoon tulevan potilaan kokonaisarviointi on suuri haaste. Hoidon riskin minimoimiseksi tutkitaan potilaan somaattinenkin tila. Tähän kuuluvat tutkimukset ovat hammasstatus, verenkuvat, elektrolyyttitasapaino, EKG, thorax-röntgen, potilaan käyttämä lääkitys, mahdollisten aikaisempien sähköhoitojen vaikutukset sekä aikaisempien anestesioiden komplikaatiot. (Heikman, Niemi-Murola & Rosenberg 2006.)

Jos potilaalla on tahdistin, tulee sen olla jatkuva tahdistus, jottei tahdistin tulkitse väärin sähköhoidon aiheuttamaa impulssia. Potilaan antikoagulanttihoitoa ei keskeytä hoidon takia. Sepelvaltimotautia sairastavalla suositellaan beeta-salpaajien käyttöä ennen toimenpidettä. (Heikman, Niemi-Murola & Rosenberg 2006.)

Sähköhoidolle ei ole ehdottomia vasta-aiheita. Haittavaikutusten riski on suurentunut, jos potilaalla on tuore sydäninfarkti, epästabiili angina pectoris, huonossa hoitotasapainossa oleva sydämen vajaatoiminta tai vaikea läppävika. Verenpaineen kohotessa aneurysma tai joku muu vaskulaarinen epämuodostuma voi revetä. Vasta-aiheina voi kuitenkin olla aivokasvaimet ja muut aivoihin liittyvät sairaudet, jotka voivat nostaa kallonsisäistä painetta ja voivat johtaa aivovammaan (Pshyciatric nursing 2011). Tuore aivoinfarkti, astma, vaikea keuhkohtaumatauti tai keuhkokuume lisää hoidon riskiä. Anestesia- ja lääkäri arvioi anestesiakelpoisuuden, joka voi myös muodostua hoidon esteeksi. (Heikman 2004.)

3.4 Anestesian toteuttaminen sähköhoidossa

Potilas ei saa ennen sähköhoitoa nauttia kiinteää ruokaa 6–8 tuntiin eikä kirkkaita nesteitä 2 tuntiin. Anestesia- ja lääkäri huolehtii avoimesta laskimoyhteydestä, joka pidetään avoinna sähköhoidon jälkeenkin niin pitkään, että potilas on tajuissaan ja peruselintoiminnot vakaat. Anestesia- ja lääkäri huolehtii potilaan hengityksen riittävydestä sekä hoidon että heräämövaiheen ajan. Alkuvaiheessa potilas hengittää happinaamarin kautta (35 % naamari, happivirtaus 8l /min). Happsaturaatiota seurataan korvolehdestä tai etusormesta. (Heikman, Niemi-Murola & Rosenberg 2006.)

Anestesia­lääkäri laittaa potilaan suuhun sopivan kokoisen hammassuojan. Potilaan poskia voidaan tukea käsin niin, että leuka on tiiviissä kontaktissa hammassuojan kanssa. Hapetus aloitetaan heti anestesian alusta ja se keskeytetään sähköstimuluksen annon ajaksi, mutta hapetusta jatketaan heti sen jälkeen kouristuksen aikana ja edelleen, kunnes potilaan riittävä spontaani hengitys on palautunut. Tarvittaessa voidaan käyttää kurkunpäänaamaria. Intubaatio on harvoin tarpeellinen, paitsi potilailla, joilla aspiraatoriski on kohonnut (esimerkiksi raskaana olevat potilaat). Kun riittävä spontaanihengitys on palautunut, nielurefleksit ovat palautuneet ja EKG sekä vitaalinelintoiminnot ovat vakaat, siirretään potilas jälkivalvomoon. (Heikman, ym. 2006.)

3.5 Jatko- ja ylläpito­hoito

Masennusjaksojen uusiutuminen on yleistä, koska useimmat sähköhoitoa saaneet potilaat ovat lääkeresistenttejä ja sähköhoito lopetetaan juuri silloin, kun se on alkanut tehot. Uusiutumisia voi vähentää hoidon jatkaminen harvempana, esimerkiksi yksi hoitokerta viikossa joidenkin viikkojen ajan jatkohoitona. Tämän jälkeen hoitoja voi jatkaa potilaan kliinisen tilan mukaan noin puolen vuoden ajan. Hyvä tapa voi olla myös sähköhoitosarjan lopettaminen asteittaisesti useamman viikon aikana, depressiolääkityksen aloittaminen jo sähköhoidon lopettamisvaiheessa ja lää­kityksen tehostaminen sen jälkeen litiumilla. Joillekin potilaille hyödyksi voi olla, että sähköhoitoa jatketaan puolen vuoden jälkeenkin ylläpito­hoitona. Jatko- ja ylläpito­hoito voidaan toteuttaa myös polikliinisesti. (Heikman 2004.)

4 POTILAAN KOHTAAMINEN

Potilaan oikeuksiin kuuluu tietää omasta hoidostaan ja toimenpiteistä, joita tullaan tekemään. Nykyaikana Internetistä ja erilaisista julkaisuista löytää helposti tietoa erilaisista hoidoista ja toimenpiteistä. Tämä voi luoda ongelmaa hoidon aloitettaessa, koska potilas on itse lukenut erilaisista lähteistä, mitä haittavaikutuksia ja riskejä hoidosta voi potilaalle olla. Pitää muistaa tuoda esille, että kaikki tieto, mitä löytää ei ole totta vaan pitäisi osata kriittisesti tulkita lähteitä ja sitä, ovatko ne todenmukaisia. Tässä hoitaja voi auttaa potilasta. On hyvä käydä rehellisesti potilaan kanssa kaikki hoitoon liittyvät asiat läpi,

kuten riskit, haittavaikutukset ja hoidon tulokset. Tällä saadaan potilaan luottamusta vahvistettua ja hänelle saadaan informoitua oikea tieto hoidosta. Lääkärin tietotaito on yleensä parempi kuin potilaalla, mutta lääkärin pitää käyttää näitä tietoja hyväkseen ja kertoa tarkasti asiat potilaalle ja kertoa ne sillä tavalla, että potilas ymmärtää ne itsekkin. Omahoitaja on tärkeässä asemassa, sillä hän vahvistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon lääkäriltä. Omahoitaja voi selventää asioita potilaalle ja vastata kysymyksiin, joita lääkärin kanssa käydyn keskustelun jälkeen on tullut. (Hotti 2005.)

Jokainen potilas on yksilö, ja hänellä on omat ongelmansa. Kuitenkin on aina lähtökohta sama ja periaatteet samat, kun kohdataan psykiatrinen potilas. Rauhallinen ja neutraali lähestymistapa on todettu hyväksi ja potilaan kuunteleminen on tärkeitä. Suurin rooli alussa on lääkärillä, joka arvioi potilaan. Hoitaja on tukena vain aluksi ja apuna. Hoitajan rooli kasvaa hoidon aikana. Potilaalle voi olla todella vaikeata tulla ensimmäiseen tapaamiseen. Siellä käsitellään potilaan omia tunteita, mikä voi aiheuttaa jännitystä ja pelkoa. (Huttunen 1996; Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2007, 18–19, 680–688.)

Potilaalle on tuotava esille kohtaamisien aikana myös tietoa hoidosta ja käsiteltävistä asioista. Tarkoituksena on auttaa potilasta hänen elämäntilanteessaan. Kysymykset ja vastaukset voivat helpottaa oloa, mutta ne voivat myös ahdistaa. Potilaan kohtaaminen ei ikinä ole helppoa, mutta täytyy vain olla rauhallinen ja mennä protokollien mukaan. Tärkeintä kuitenkin on muistaa potilas ja hoitotyö sekä hoitajan työllinen vastuu ja eettinen näkökulma. (Huttunen 1996; Lönnqvist ym. 2007, 18–19, 680–688.)

5 HOITAJAN ROOLI

Sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu eri elämänvaiheissa olevien yhteisöjen ja ihmisten voimavarojen tukeminen. Voimavarat ovat ominaisuuksia, joiden avulla ihminen tietoisesti ohjaa elämäänsä. Voimavarat voivat olla fyysisiä, materiaalisia, biokemiallisia, arvoja, asenteita ja ihmissuhteita. Voimavara voi olla mikä tahansa asia, jonka ihminen kokee olevan hyödyksi itselleen. Silloin kun ihminen menettää terveytensä, hänen voimavaransa heikkenevät. Hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta ja hänen läheisiään selviytymään elämäntilanteessa ja tavoitteena on löytää ratkaisu, joka auttaa vahvistamaan voimavaroja ja saavuttamaan sisäisen elämänhallinnan. Potilaan opettaminen ja ohjaaminen voivat lisätä taitoa hoitaa itseään ja parantaa jokapäiväisistä asioista selviytymistä. (Kassara ym. 2006,

31–32.) Mielenterveys-/sairaanhoitajan ydinalueeseen kuuluu mielenterveyspotilaan ohjaus, neuvonta, perushoidosta huolehtiminen ja opastus päivittäisissä toiminnoissa, psyykkisten kriisien läpikäyminen potilaan kanssa, erilaisten toiminnallisten ja keskusteluryhmien kuntouttavana ohjaajana toimiminen sekä potilaan sosiaalisten taitojen ylläpitäminen. (Suomen mielenterveyshoitajien liitto 2010.)

Hoitosuhde on potilaan ja hoitajan välinen hoidollinen suhde, joka perustuu vuorovaikutukseen, tietoon ja tasavertaisuuteen. Tärkeää on, että potilaalla ja hoitajalla on yhteinen päämäärä eli potilaan paraneminen ja hyvinvointi. Hoitaja voi voittaa potilaan luottamuksen pitämällä yllä ammattitaitoaan, kunnioittamalla potilasta ja uskomalla itseensä sekä antamaansa hoitoon. Vuorovaikutus on olennainen osa hoitosuhteen onnistumista samoin kuin aito kohtaaminen. Sairaanhoitajan rooli on hieman erilainen kuin lääkärin rooli hoitosuhteessa. Hoitaja on tarpeen mukaan potilaan puolustaja. Hoitaja voi luoda turvallista ja hyvää tunnelmaa sekä lievittää esimerkiksi toimenpiteisiin liittyviä pelkoja. Hoitosuhteessa toimitaan yleensä potilaan ehdoilla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Huumori kuuluu elämään, ja se voi auttaa rentoutumaan ja kokemaan myönteisyyttä ja toivoa. Humoristisessa ilmapiirissä ihminen voi uskaltaa paremmin kysyä kysymyksiä, jotka muuten olisivat arkoja. Hoitotyön ammattilaisellekin huumori on apu työssä jaksamiseen. Kuitenkin tulee muistaa, että huumorin käyttö on hyvin tilannesidonnaista. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

6 PEREHDYTTÄMINEN TYÖELÄMÄSSÄ

Työympäristössä on omanlaiset periaatteensa eri työtehtävissä ja uudet työntekijät tarvitsevat monesti paljon tietoa työnsä alkuvaiheissa. Uusia työntekijöitä kehitetään työhönsä ja tätä kutsutaan perehdyttämiseksi. Perehdyttäminen käsitetään yleensä työn alkuvaiheessa tapahtuvaksi kouluttamiseksi, mutta oikeasti perehdyttämistä tapahtuu koko työuran ajan. Työuran aikana koulutaudutaan koko ajan ja tarvitaan valmennusta uusissa asioissa, mitä työhön tulee ajan saatossa. Perehdyttäminen on lakiin kuuluva asia, kuten palkanmaksukin, kuitenkin perehdyttämistä ei tapahdu samalla lailla joka paikassa ja aina se ei toimi kuten pitäisi. Perehdyttäminen on tärkeä osa työtä ja se vie paljon aikaa, resursseja ja vaatii paljon suunnittelua toimiakseen. Työympäristö tarvitsee hyvän perehdytyksen. (Kupias Peltola 2009, 9–11, 13–19.)

6.1 Perehdyttäminen työyhteisössä

Esimies on perehdyttämisen pääorganisoiija. Esimiehen täytyy huolehtia työntekijän osaamisesta ja pitää huoli, että perehdyttäminen on laadukasta ja toimivaa. Esimiehen yksi tärkeimmistä työtehtävistä on työyhteisön osaamisen kehittäminen. Hyvä esimies kouluttaa työntekijöitään säännöllisesti ja pitää osaamista yllä. Esimies osaa myös jakaa vastuuta ja kannustaa työntekijöitä koulutuksiin ja kehittämään itseään. Monessa työpaikassa esimies on valinnut työyhteisöstä henkilön tai henkilöitä vastaamaan perehdyttämisen kehittämisestä. Sosiaali- ja terveysalalla uusia työntekijöitä kouluttaa esimiehen valitsemat henkilöt. Esimiehen täytyy perehdyttää tämä henkilö/henkilöt hyvin kyseiseen tehtävään, jotta he suoriutuvat saamastaan tehtävästä ansiokkaasti. Esimiehellä on siis todella tärkeä osa perehdyttämisessä. (Kupias ym. 2009, 53–62.)

Uuden työntekijän perehdyttämisessä on tärkeää, että työyhteisö tietää tarpeeksi ajoissa uudesta työntekijästä, jotta he voivat valmistautua vastaanottamaan uuden työntekijän. Työyhteisö valmistautuu uuteen tulokkaaseen valitsemalla henkilöt, jotka hoitavat uuden työntekijän perehdyttämisen ja tämän jälkeen pystyvät valmistautumaan tulevaan tehtävään ajoissa ja hyvin. Uusi tulokas tuo haasteita, sekä mahdollisuuden oppia jotain uutta myös itse tulevasta prosessista. Palaute on tärkeä osa perehdyttämistä ja palaute pitäisi ottaa kriittisesti ja oppivasti vastaan. Palautetta odotetaan kummaltakin osapuolelta, itse perehdyttäjältä ja perehdytyksen kohteena olevalta. Perehdyttäminen on tärkeä osa työn alkua, sillä tämä tuo valmiudet uuteen työhön uudelle työntekijälle. Työyhteisön vastuu kasvaa tämän takia enemmän, koska hyvä perehdytys takaa, että uusi työntekijä oppii asiat hyvin ja koko työyhteisö hyötyy uuden työntekijän ammattitaidosta ja uudesta tiedosta, mitä perehdyttäminen on tuonut. (Kupias ym. 2009, 76–84.)

6.2 Opas perehdyttämisen työkaluna

Opinnäytetyömme pääaihe on perehdytysopas. Tämä on hyvä väline perehdyttää työntekijä uuteen asiaan helposti. Oppaissa käydään läpi tietyn asian tärkeimmät kohdat. Meidän työssämme oppaan tarkoituksena on perehdyttäminen ECT-hoitoon. Eli käymme oppaassa läpi ECT-hoidon eri vaiheet ja mitä näissä vaiheissa tapahtuu. Hyvä opas sisältää tarkkaa

tietoa lyhyesti ja ytimekkäästi, jotta siitä on helppo oppia uusia asioita. Hyvä opas on myös tärkeä muistiväline ja työkalu työyhteisön arjessa.

Perehdyttämisessä opasta käytetään niin sanottuna lukumateriaalina. Lukumateriaali annetaan luettavaksi ennen tulevaa työtehtävää, jotta perehdytettävä saisi tiedon tulevasta asiasta etukäteen ja voisi valmistautua. Perehdyttäjä valmistaa perehdytettävän ja helpottaa omaa työtään tuomalla tietoa jo etukäteen perehdytettävän eteen. Perehdytettävälle opas auttaa ymmärtämään asian paremmin ja voi luoda perehdytettävälle kysymyksiä tulevasta työtehtävästä. Oppaasta on siis hyötyä molemmille osapuolille. (Kupias ym. 2009, 161–163.)

7 TUOTTEEN KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista ja opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu aina opinnäytetyönraportti sekä produkti eli tuote. Produkti on ensimmäinen osa opinnäytetyötä, joka on toiminnallinen osuus eli tuotos. Toinen osuus opinnäytetyöstä on opinnäytetyöraportti, jossa kerrotaan kuinka tuotos on tehty. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 120–127; Hakala 2004, 118–122.)

Tuotekehittelyprosessi voidaan jakaa viiteen eri osaan, joita ovat ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, tuotteen kehittäminen ja viimeiseksi tuotteen viimeistely. Tuotekehittelyprosessi edellyttää monien asiantuntijoiden ja tahojen välistä yhteistyötä. (Jämsä & Manninen 2000, 28–29.)

7.1 Tuotteen suunnitteluvaihe

Suunnittelu on onnistuneen opinnäytteen tärkeä vaihe. Suunnittelu koskee työn eri vaiheita, mutta erityisesti alussa suunnittelu on tärkeää. Ajankäyttö liittyy suunnitteluun, tutkimustehtävän laajuus on järkevää rajata käytännöllisesti. (Hakala 1998, 53–56.) Suunnitteluvaiheessa varmistetaan, että projektin osalliset ovat yhteisymmärryksessä

tuotteen laatimisessa, aikataulussa ja teossa. Hyvä suunnitelma ei ole koskaan valmis. Suunnitelmaan tulee jatkuvasti muutoksia ja uudistuksia. Ilman muutoksia se voi menettää merkityksensä. (Kettunen 2003, 49–51.)

Ongelma- tai kehittämistarpeen löytämisen apuna voi olla organisaatio ja oppimisympäristö. Ongelmalähtöisten lähestymistapojen tavoitteena on usein jo käytössä olevan tiedon parantaminen tai tuotteen kehittäminen, kun sen laatu ei enää vastaa tarkoitusta. Tavoitteeksi voidaan asettaa myös uuden materiaallisen tuotteen kehittäminen vastaamaan nykyisen tai uuden asiakaskunnan tarpeita. Ongelmien ja kehittämistarpeen rajauksessa keskeistä on selvittää ongelman laajuus eli keitä asiakasryhmiä ongelma käsittää ja kuinka yleinen se on. (Jämsä & Manninen 2000, 29–31.) Kohderyhmän valinnassa tärkeää on pohtia kohderyhmä ja sen rajaus. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuote on aina jollekin tai jonkun käytettäväksi, sillä tavoitteena on joidenkin ihmisten perehdyttäminen tai selkeyttäminen oppaan tai ohjeistuksen avulla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 121.)

Kun selvyys kehittämistarpeesta on saatu, mutta päätöstä ratkaisukeinoista ei ole tehty, käynnistyy ideointiprosessi. Vaihtoehtoilta ja innovaatiolta pyritään löytämään ratkaisu paikallisiin ja organisaatiokohtaisiin ongelmiin, jotka silloin ovat ajankohtaisia. Tämä vaihe voi olla helpompi silloin, kun kyseessä on valmiiden tuotteiden uudistaminen vastaamaan käyttötarkoitustaan. Jos tällaista vaihtoehtoa ei ole, ja tuote tehdään alusta alkaen, ratkaisuja ongelmaan haetaan erilaisten lähestymis- ja työtapojen kautta, kuten luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun kautta. Ratkaisuvaihtoehtoja voidaan löytää myös aloitteita ja palautteita keräämällä. (Jämsä & Manninen 2000, 35.)

Tuotteen luonnosteluvaihe käynnistyy, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on tarkoitus suunnitella ja valmistaa. Tuotteen luonnostelu pohjautuu asiakasanalyysiin ja asiakasprofiilin laadintaan. Tavoitteena on tarkentaa, ketkä ovat suunniteltavan tuotteen ensisijaiset hyödynsaajat. Tuotteen tai kehittämistehtävän tietoperustan selvittäminen saattaa edellyttää tutustumista tutkittuun tietoon aiheesta. Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden suunnittelussa ratkaisevaa voi olla perehtyminen viimeisimpien lääketieteellisten hoitokäytäntöjen ja tutkimustulosten tuloksiin. Luonnosteluvaiheessa on hyvä selvittää eri ammattiryhmien ja yhteistyötahojen mielipiteet ja ehdotukset tuotteen sisällöstä. Kirjallisuuteen perehtyminen ja asiantuntijatiedon hankinta auttaa huomaamaan ne tekijät, joista syntyy tuotteen laatu. Luonnosteluvaiheessa huomioidaan asioita, jotka vaikuttavat tuotekehityksen kustannuksiin. Tämän vuoksi on hyvä selvittää eri rahoitusvaihtoehdot. (Jämsä & Manninen 2000, 43–51.)

Aloimme tehdä opinnäytetyötä keväällä 2009, jolloin aloimme miettiä mielenkiintoista aihetta. Psykiatrinen hoitotyö kiinnosti meistä kumpaakin ja keskustelun kautta

kiinnostuimme ECT-hoidosta. Olimme yhteyttä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan psykiatriselle osastolle 15, jotta saisimme sieltä neuvoja opinnäytetyöhön ja mahdollisesti aiheen. Kävimme tapaamassa osastonhoitajaa, joka kyseli kiinnostuksen kohteistamme. Häneltä saimme idean tehdä perehdytyskansio sähköhoidosta vaikeasti masentuneelle potilaalle, koska heillä ei ollut aiheesta minkäänlaista ohjeistusta. Perehdytyskansio tulisi käyttöön uusille hoitajille ja opiskelijoille. Tästä aloimme kypsyttää ideaa perehdytyskansion teosta ja laatimaan opinnäytetyön suunnitelmaa. Kohderyhmäksi valittiin tässä vaiheessa työntekijät ja opiskelijat ja tuotteeksi perehdytyskansio.

Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen oli tarkkaa puuhaa. Me haimme tietoa kirjoista ja Internetistä. Suunnitelma tuli muutaman kerran paranneltavaksi, mutta saimme suunnitelman valmiiksi syksyllä 2010. Suunnitelma lähetettiin Keskipohjanmaan keskussairaalaan hyväksyttäväksi. Suunnitelma tuli hyväksyttynä takaisin ja saimme luvan tehdä opinnäytetyön osasto 15:stä. Tästä alkoi pitkä prosessi kansion ja itse raportin tekemisessä.

7.2 Tuotteen kehittelyvaihe

Tuotetta tehdessä oppimisen ajatellaan tapahtuvan toiminnan sivutuotteena, ja tällöin oppimisen tulokset ovat mielekkäitä. Opiskelijoilta vaaditaan työskentelyn organisointia ja usein jonkin tuotteen tekemistä. (Eteläpelto & Tynjälä 1999, 191.) Kehittämiskohteena voi olla esimerkiksi tapahtuma, kehitelty tuote tai uusi työväline (Hakala 2004, 120). Tuotteen toteutustapaa valittaessa on hyvä miettiä mikä on paras muoto toteuttaa idea, jotta se palvelisi kohderyhmää parhaiten. Opinnäytetyönä tehtävän tuotteen toimeksiantaja tai opiskelija maksaa itse, siksi tulee pohtia työn laajuus ja tuotteen kustannukset. Tuotteen tulee olla yksilöllinen ja persoonallisen näköinen. Ensisijaisia kriteerejä opinnäytetyössä ovat: tuotteen muoto, käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, informatiivisuus, tuotteen houkuttelevuus, selkeys ja johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 110.)

Tuotteen kehittelyvaihe etenee luonnosteluvaiheessa valittujen periaatteiden, rajausten ja ratkaisuvaihtoehtojen mukaisesti. Useat terveys- ja sosiaalialan tuotteet on tarkoitettu informaation välitykseen potilaille, organisaatioiden henkilökunnalle ja yhteistyötahoille. Tärkein sisältö muodostuu tosiasioista, jotka yritetään kertoa mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Kaikille tuotteille yhteisiä ongelmia ovat asiasisällön valinta ja määrä, sekä tietojen muuttumisen tai vanhentumisen mahdollisuus. Kun sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tekevät

informaatiota sisältävää materiaalia potilaiden tai heidän omaisten käyttöön, on pyrittävä eläytymään tiedon vastaanottajan asemaan. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.)

Painotuotteet, kuten ohjelehtiset, ovat yleisimpiä informaation välittämisen muotoja. Asiasisällön valinta riippuu siitä, kenelle ja missä laajuudessa ja tarkoituksessa tietoa esitetään. Useimmiten sosiaali- ja terveystieteiden painotuotteiden tavoitteena on informoida tai opastaa informaation vastaanottajaa, jolloin tekstityyliksi valitaan asiatyylit. Tekstin on oltava selkeää luettavaa ja tulee aucta lukijalle ensilukemalta. Otsikoiden muotoilu ja hyvä jäsentely selkeyttävät ydinajatuksia. Nykyiset tekstinkäsittelyohjelmat tarjoavat runsaasti vaihtoehtoja painoasun valinnassa. Valinta mahdollisuutena on useita kirjaintyyppisiä, -kokoja, palstoitus- ja kuvitusmahdollisuuksia. Myös voidaan käyttää eri värejä erottamaan eri painotuotteet toisistaan. Eri organisaatiot ovat myös voineet valita itselleen visuaalisen linjan, tyylin, jonka avulla voidaan yhtenäistää painotuotevalikoimaa. (Jämsä & Manninen 2000, 56–57.)

Opinnäytetyösuunnitelman tullessa hyväksytyksi otimme yhteyttä osasto 15:n osastonhoitajaan ja sovimme tapaamisen. Tällöin keskustelimme siitä mitä perehdytyskansio sisältäisi. Kansio suuntautuisi opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Aiheena siinä olisivat sähköhoidon historia, sähköhoito nykyään, potilaan oikeudet, sähköhoidon kulku, johon kuuluu esivalmistelut, toimenpide ja jatkohoito sekä hoitajan rooli potilaan hoidossa. Tuotteen osasto haluaa sähköisenä sekä kirjallisenä. Osastonhoitaja antoi meille yhteyshenkilön osastolle, joka on vastuuhoidajana osaston sähköhoidossa.

Olimme yhteydessä vastuuhenkilöön ja sovimme tapaamisen. Tapaamisessa keskustelimme yleisesti sähköhoidosta ja siitä, millaisen kansion työntekijät haluaisivat. Tärkeänä lisäyksenä työhön tuli kansion suuntaaminen myös potilaille ja omaisille, koska potilaan ja omaisten täytyy tietää hoidosta yhtä paljon kuin hoitajienkin. Ensisijaiset hyödynsaajat kuitenkin ovat työntekijät ja opiskelijat, mutta hoitaja voi potilasohjauksen tukena käyttää kansiota. Kansiota siis pyrittäisiin käyttämään potilasohjauksen tukenakin. Työelämäohjaajankin kanssa kävimme läpi, mitä kansion tulisi sisältää, jotta se vastaisi heidän tarpeitaan. Sisällöksi nousivat samat asiat kuin osastonhoitaja oli jo nostanut esille. Historia oli aihealueena sellainen, että sitä ei välttämättä tarvitsisi kansioon sisällyttää.

Aloimme keväällä 2011 koota tietoa sähköhoidosta ja vaikeasti masentuneen potilaan hoidosta perehdytyskansion tekoa varten. Aluksi kirjoitimme ylös tarpeelliset tiedot kansiota varten. Tämän jälkeen kokosimme tiedot yhteen ja teimme kansion PowerPoint esityksenä, joka olisi esteettisesti miellyttävä lukea, väriteemana tässä käytimme harmaata. Laitoimme jokaisen aihealueen omalle dialle, jotta tämä helpottaisi lukemista.

Kirjoitustyyliksi valitsimme asiatyylin. Osasto halusi kansion sähköisenä sekä kirjallisena. Lähetimme ensimmäisen version opettajalle ja osastolle arvioitavaksi.

Ensimmäinen versio tuli takaisin syksyllä 2011 ja muokkasimme uuden version osaston toiveiden mukaiseksi. Toivomuksena osasto halusi kansioon potilaan oman kokemuksen, jonka löysimme Internetistä Tuki-net kirjoituspalstalta. Tähän kysyimme käyttöluvan äidinkielenopettajalta. Otimme historiaosuuden pois kansioista, koska se ei ollut oleellinen asia kansiossa. Muokkasimme myös muutamia lauserakenteita. Lisäsimme kansioon vielä sisällysluettelon. Ulkoasuun osasto oli tyytyväinen. Lähetimme uuden version kansioista osastolle keväällä 2012. Prosessin aikaväli oli pitkä, mutta tähän vaikuttivat tekijöiden perheelliset syyt.

Osasto hyväksyi kansion ja ottivat sen käyttöön kesällä 2012. Tämän jälkeen kuitenkin saimme opettajalta vielä työhön neuvoa ja jouduimme muokkaamaan kansiota. Perehdytyskansio nimenä ei ollut sopiva tuotteelle, joten vaihdoimme sen oppaaksi sähköhoidosta. Muokkasimme myös oppaan ulkoasua. Opas on edelleen PowerPoint ohjelmalla laadittu, mutta valitsimme väriteemaksi sinisen. Selkeytimme tekstiä ja sen luettavuutta jakamalla tekstit omiin osiin ranskalaisin viivoin. Näin jokainen dia selkiytyi ja ulkoasu tuli paljon siistimmäksi ja helpommaksi lukea. Tämä versio meidän tulee vielä antaa osastolle.

7.3 Tuotteen käyttöönotto ja arviointi

Tuotteiden kehittämisessä tarvitaan palautetta ja arviointia koko prosessin ajan. Hyviä keinoja on koekäyttää tai esitellä tuotetta sen valmisteluvaiheessa. Palautetta on hyvä kysyä myös sellaisilta henkilöiltä, jotka eivät entuudestaan tunne tuotetta. Kun tuote eri vaiheissa tehtyjen muutosten jälkeen valmistuu, käynnistyy sen viimeistely. Viimeistelyvaiheeseen sisältyy tuotteen jakelun suunnittelu ja markkinointi. Markkinoinnilla edistetään tuotteen kysyntää ja turvataan tuotteen käyttöönotto, joissa tuote on tehty tietyn toimipisteen tilauksesta. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.) Tuotteen arvioinnissa osoitetaan miten opinnäytetyö on muuttanut tai lisännyt tietoa kehitettävällä alueella tai miten saavutettuja tuloksia käytännössä voidaan hyödyntää (Hakala 2004, 135).

Opas otettiin käyttöön osastolla 15 kesällä 2012. Opas oli osastolla 4 kuukautta käytössä, minkä jälkeen kyselimme käytöstä palautetta omalta työelämänohjaajalta. Palaute oli lyhyt, mutta ytimekäs. Oppaasta on tullut positiivista palautetta. Ulkoasu on siisti ja helposti luettava. Opas sisältää tarvittavat tiedot ja asiat, joita osasto siihen halusi ja pyysi. Sitä on enimmäkseen käytetty omaisten tiedottamiseen ja potilasohjaukseen, mutta jonkin verran myös uusille työntekijöille ja sijaisille. ECT-hoitoja annetaan kuitenkin niin harvoin

osastolla, että tarve oppaalle ei ole jokapäiväinen. Tämän takia kuitenkin opas on tärkeä työntekijöille ect-hoitoon liittyvien asioiden muistamisessa.

Opas tehtiin osaston omien toivomuksien ja käytäntöjen mukaan. Työelämänohjaaja on auttanut oppaan suunnittelussa paljon ja antanut tietoa osaston hoitoperiaatteista ECT-hoidossa. Opas on siis täysin osasto 15:n mukainen ja vastaa heidän toimintatapojaan. Omasta mielestämme opas on ytimekäs, helppolukuinen ja toimiva. Osaston palautteen mukaan sitä käytetään apuna ECT-hoidossa. Koska työelämänohjaaja on auttanut suunnittelussa, on opas toimiva osastolle heidän periaatteidensa mukaan. Opas elää sähköisenä versiona osastolla, joten sitä on siis helppo uudistaa, jos hoidon käytänteissä tulee muutoksia.

8 OPINNÄYTETYÖN ETIIKKA JA LUOTETTAVUUS

Luotettavuudella ja käyttövarmuudella tarkoitetaan järjestelmän kykyä toimia ilman käyttökeskeytyksiä. Luotettavuudella ja käyttövarmuudella tarkoitetaan samaa asiaa.

Tuotekehityksen luonnostelu- ja kehitysvaihe ovat tuotteen luotettavuuden kannalta tärkeitä asioita. Tällöin tehdään perusratkaisut, jotka kertovat miten korkeaan luotettavuuteen voidaan päästä. Jos tuotteen tekeminen ei ole huolellista, ei korkeinta mahdollista luotettavuutta voida saavuttaa. Näin valmistus ja valmistusmenetelmien valinnalla on oleellinen vaikutus tuotteen lopulliseen luotettavuuteen. (Jokinen 2001, 127.)

Opinnäytetyön prosessin jokaiseen vaiheeseen kuuluvat yleiset rehellisyyden periaatteet. Prosessin aikana tehdään rajauksia ja näiden selkeä raportoiminen on edellytys hyvälle työskentelylle. Eettisyyteen kuuluu tärkeänä osana lähdekritiikki, tiedon luotettavuus ja soveltuvuus. Opiskelijan oma eettisyys ilmenee sopimuksen noudattamisessa sovittujen aikataulujen, sovittujen sisältöjen ja tavoitteiden osalta. Tiedonantajia ja kohdehenkilöitä kohtaan korostuu vapaaehtoisuus ja avoimuus. Koulutusalaan riippumatta, on jokaisen opiskelijan varmistuttava oman opinnäytetyönsä aikana mahdollisista aineiston keruuseen liittyvistä lupa-asioista. Jos opinnäytetyössä on kyse toimeksiannosta, niin yleensä lupa-asioista sovitaan sopimuksen yhteydessä. Eettisyys ilmenee opinnäytetyöhön osallistuvien suhtautumisena asioihin, joita he pohtivat prosessin aikana. Laadunarviointi on ennen kaikkea opinnäytetyön eettinen kysymys. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288–290; Mäkinen 2006, 128–132.)

Etiikkaa olemme noudattaneet, kun olemme hoitaneet lupa-asiat kuntoon Keski-Pohjanmaan keskussairaalan kanssa. Lähteitä olemme valinneet kriittisesti ja ECT-hoidosta teorian tiedon ja tutkitun tiedon löytäminen oli haastavaa. Eettisyyttä olemme myös noudattaneet, kun olemme oppaaseen sisällyttäneet ne asiat, joita osasto 15 siihen halusi, koska heidän tarpeisiin ja käyttöön tuote tuli vastaamaan. Tämä kuitenkin hankaloitti työmme tekoa ja emme osanneet rajata tuotetta tarpeeksi, joka vaikutti oppaan laatuun. Kohderyhmä oli meillä liian suuri, joka toi työhön vaikeutta ja meillä ei ollut silloin vielä ymmärrystä rajata työtä tarpeeksi, vaikka alun perin tarkoitus oli selvä. Kohderyhmän suuruuden vuoksi tuotteen luotettavuus kärsi. Informaation esille tuominen oikeassa muodossa tuotti vaikeuksia sen takia, että jouduimme miettimään ammattihenkilöitä ja maallikoita. Aikataulujen kanssa meillä on myös ollut vaikeuksia, joka on osaltaan vaikuttanut tuotteen laatuun.

9 POHDINTA

9.1 Tuotekehittämisen prosessin pohdinta

Projekti sai alkunsa vuonna 2009, jolloin olimme yhteydessä Keski-Pohjanmaan keskussairaalan osastolle 15. Sieltä saimme aiheen tehdä perehdytyskansion vaikeasti masentuneen potilaan ECT-hoidosta. Aihe on rajattu vaikeasti masentuneen potilaan ECT-hoitoon, koska pääosin ECT-hoito osastolla 15 suoritetaan heille, kun useampi lääkehoitokokeilu ei ole auttanut. Aloimme tuolloin työstää opinnäytetyön suunnitelmaa. Opinnäytetyön suunnitelman saimme hyväksytyksi syksyllä 2010 ja aloimme tämän jälkeen tehdä yhteistyötä enemmän osaston 15 kanssa. Saimme heiltä hyvän tietopohjan koskien sähköhoitoa heidän yksikössään. Heikman (2004) on julkaissut paljon artikkeleja koskien ECT-hoitoa, joten tämä on ollut lähtökohtamme ECT-hoidon teoretisessä osassa. Tämän tekijän artikkeleita käytimme avuksi oppaan tekemisessä sekä raportin tietoperustassa. Tieto, jota saimme osasto 15:ta hoitokäytänteistä ECT-hoidon toteutuksessa vastasi Heikmanin (2004) julkaisua.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ECT-hoidon hoitoprosessia työntekijöille, opiskelijoille, omaisille ja potilaille oppaan muodossa. Perehdytyskansion nimenä muuttui oppaaksi, nimen sopivuuden vuoksi, koska osasto 15 halusi, että opasta voidaan käyttää hyödyksi myös potilaiden ja omaisten ohjauksessa. Prosessin aikana ulkoasu ja sisältö muuttuivat, jotta saimme tehtyä oppaasta osastolle sopivan. Oppaan tarkoitus oli olla sähköisessä ja kirjallisessa muodossa. Päädyimme tekemään kansion PowerPoint

-esityksenä. Keväällä 2012 palautimme oppaan osastolle ja he hyväksyivät sen ja ottivat tuotteen käyttöön. Tuote on hyödyllinen osastolle, koska heillä ei ennestään ollut minkäänlaista ohjeistusta aiheesta. Tuotetta hyödynnetään uusille työntekijöille sekä potilasohjauksessa ja omaisten tiedottamisessa. Opas on hyvä tietopohja ECT-hoidosta ja sen hoitopolusta.

Kupiaksen & Peltolan (2009) kirjassa käsitellään perehdytystä työelämässä. Oppaamme on tehty perehdyttämisen apuvälineeksi ja käytimme oppaan tekemisen apuna kyseistä kirjaa. Kirjasta saimme hyvää tietoa, miten perehdyttäminen toimii työelämässä ja kuinka perehdytys toteutetaan ja suunnitellaan. Perehdytys on osa työntekijän ammatillista kasvua. Perehdytys tuo tietoa osaston periaatteista ja kuinka erilaiset toimenpiteet ja käytänteet suoritetaan. Erilaiset oppaat ja ohjeistukset kuuluvat perehdytykseen. Oppaamme on osaston toiveen mukaan myös apuväline potilasohjauksessa ja omaisten tiedottamisessa. Tässä ei ole kyse perehdytyksestä, mutta opastamme on hyvä ja helppo käyttää tiedon jakamisessa muillekin, koska sieltä löytyy kaikki tarpeellinen ECT-hoitoon liittyen.

Nyt jälkeenpäin ymmärrämme, että meidän olisi tullut pysyä tarkemmin työn rajauksessa, koska opas on suunnattu nyt monelle kohderyhmälle ja sen takia tuote ei ole enää perehdytyskansio, niin kuin alun perin oli tarkoitettu. Tämä toi haastetta työhön ja työn luotettavuus kärsi tästä. Jatkossa opasta voisi kehittää lisää ja tehdä erikseen perehdytyskansion ja ohjeistuksen potilaille ja omaisille. Jatkotutkimuksena voisi selvittää onko oppaasta ollut hyötyä ja miten sitä voisi kehittää.

Työn alkuun saaminen oli vaikeaa. Opinnäytetyön suunnitelmassa meni kauemmin kuin odotimme, mutta lopulta kun saimme sen valmiiksi ja hyväksytyä, onnistuimme aloittamaan itse tuotteen tekemisen. Opinnäytetyön prosessi oli vaihtelevaa. Oli aikoja, jolloin teimme tiiviisti yhteistyötä ja saimme paljon aikaan, mutta välillä oli suvantovaiheita.

Oppaan valmistuttua oli raportin vuoro. Tätä tehdessä oli myös välillä hankaluuksia, koska pitkät ajomatkat ja aikataulujen sovittaminen yhteen oli vaikeaa. Jaoimme raportin teoriaosuuden puoliksi ja niitä olemme vähitellen yksikseen työstäneet. Lopuksi olemme yhdistäneet tietomme ja tehneet loput tarpeelliset lisäykset yhdessä.

Opinnäytetyö valmistui vuoden myöhässä henkilökohtaisista syistä. Olemme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen ja siihen, että saimme lopulta työn valmiiksi. Kiitämme osaston 15 osastonhoitajaa aiheen antamisesta ja avusta työn aloittamiseen. Suurin kiitos kuitenkin kuuluu työelämänohjaajallemme Tuire Orpanalle, joka on vastannut viesteihimme ja antanut neuvoa tuotteen valmisteluissa. Kiitokset haluamme antaa myös ohjaavalle opettajalle kärsivällisyydestä ja ohjauksesta.

9.2 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu

Olemme saaneet teoria- ja käytännön tietoa ECT-hoidosta. ECT-hoitoa ei käsitellä koulussa paljoa ja siitä olevaa teoriatietoa on muutenkin vaikea löytää. Tämä tieto on avartanut käsitystämme psykiatrisesta hoitotyöstä ja etenkin vaikeasti masentuneen potilaan hoitoketjusta. Olemme myös saaneet paljon tietoa hoitajan roolista, potilaan oikeuksista ja potilaan kohtaamisesta. Psykiatrisessa työssä toimitaan eri tavoin monessa tilanteessa kuin esimerkiksi sisätautipotilaiden hoitotyössä.

Projekti on avartanut ajattelutapaamme ja olemme saaneet hyvää tietoa ja opetusta työelämään. Potilaita on monenlaisia ja heihin pitää suhtautua yksilöllisesti. Oma ammatillisuus tulee säilyttää koko ajan. Olemme myös oppineet yhteistyön tärkeyden ja sen, kuinka paljon käytännön ja työelämän kokemuksen omaavat hoitajat voivat meitä auttaa kasvamaan hyviksi hoitajiksi.

Ajankäytön kanssa meillä on ollut ongelmia, ja tämä on opettanut meitä olemaan kriittisiä itseämme kohtaan. Opinnäytetyö on rankka prosessi, mutta suunnittelu ja oikea ajankäyttö ovat avain onnistumiseen. Olisimme voineet suunnitella tekemisiämme paljon paremmin, mutta kuitenkin olemme mielestämme onnistuneet tarpeeksi hyvin projektin aikana. Olisimme voineet olla enemmän yhteydessä ohjaavaan opettajaamme, mutta aikatauluja oli vaikea sovittaa yhteen jokaisen oman elämäntilanteen takia. Monet käynnit työelämäohjaajan luona eivät olleet yhdessä, vaan yleensä paikalla oli vain toinen meistä. Saimme kuitenkin mielestämme tehtyä opinnäytetyön tarpeeksi hyvin ja tavoitteidemme mukaisesti.

LÄHTEET

Eteläpelto, A & Tynjälä, P. 1999. Oppiminen ja asiantuntijuus. Helsinki: WSOY.

- Hakala, J. 1998. Opinnäyte luovasti - Kehittämisen ja tutkimustyön opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hallikainen, T. 2009. ECT skitsofreniassa. Www-dokumentti. Saatavilla: http://www.niuv.fi/toiminta/ajankohtaista/Skitsofreniaverkoston_symposium/Tero_Hallikainen_ECT_Skitsofreniassa.pdf. Luettu 8.9.2011.
- Heikman, P.; Niemi-Murola, P & Rosenberg, P. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. Www-dokumentti. Saatavilla: http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf. Luettu 5.9.2011.
- Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia tuulia. Www-dokumentti. Saatavilla: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94286&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinumero. Luettu 5.9.2011.
- Heiskanen, T., Huttunen MO., Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Hyvä hoitosuhde. Www-dokumentti. Saatavilla: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,6345>. Luettu 28.9.2011.
- Hotti, A. 2005. Skitsofreniapotilas haluaa tietää sairaudestaan ja sen hoidosta. Www-dokumentti. Saatavilla: https://portal.cou.fi/terveysportti/dtk/ltk/koti?p_haku=Skitsofreniapotilas%20haluaa%20tiet%C3%A4%20sairaudestaan%20ja%20sen%20hoidosta. Luettu 28.9.2011.
- Huttunen, M. 1996. Kuinka sanoa potilaalle ei? Kustannus oy Duodecim
- Huttunen, M. 2010. Masennustilat eli depressiot. Www-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538. Luettu 28.9.2012
- Huttunen, MO. 2008. Psykoterapiat. Www-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00004&p_haku=psykoterapia. Luettu 14.11.2012.
- Jämsä, K & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Kassara, H, Paloposki, H, Holmia, S, Murtonen, I, Lipponen, V, Ketola, M-L & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. Juva: WSOY.
- Korvola-Tarkkonen, P. 2011. Sähköhoito. Sairaanhoitaja-lehti. 8/2011, 13.
- Kupias, P., Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Tampere. Juvenes Print.
- Lappalainen, N. 2009. Sähköllä hoitaen. Tehy-lehti. 13/2009, 20.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2006. Helsinki: WSOY. 3.Painos.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Patronen, T. Psykiatria. 5. Painos. Suomi. Kustannus oy Duodecim.
- Mondimore, F. 2007. Depression, the mood disease. Baltimore: University Press.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Pshyciatric nursing. 2011. Nursing care in ECT. Www-dokumentti. Saatavilla: space-oc-cupying lessons. Luettu 28.9.2012.
- Rytsälä, H. 2011. Depression lääkehoito. Www-dokumentti. Saatavilla: https://portal.cou.fi/terveysportti/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00858&p_haku=Masennusl%C3%A4%C3%A4kkeet. Luettu 14.11.2012.
- Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Hakapaino.
- Suomen mielenterveyshoitajien liitto. 2010. Mielenterveyshoitajan ammatin kuvaus. Www-dokumentti. Saatavilla: <http://www.smthl.net/liitto/ammattikuvaus.html>. Luettu 25.9.2012.
- Toimitus, Kustannus Oy Duodecim. 2005. Lääkärin käsikirja. Www-dokumentti. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=potilaan%20kohtaaminen. Luettu 22.4.2012
- Tukinet.net. 2011. Kokemuksia sähköhoidosta. Www-dokumentti. Saatavilla. https://www.tukinet.net/keskustelu/viesti.tpl?pager_current=1;grp=183;mid=50112. Luettu 15.5.2012
- Vataja, R. 1995. Sähköshokkihoidon historiaa. Suomen lääkirlehti. 15/1995.
- Vilka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.