



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Upplevelsen av elektrokonvulsiv terapi hos personer med djup depression

En litteraturstudie

Författare: Julia Jonassen & Pauline Gustafsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2020

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Upplevelsen av Elektrokonvulsiv Terapi hos Personer med Djup Depression

En litteraturstudie

The Experience of Electroconvulsive Therapy Among People with Severe Depressive Syndrome

A literature study

Författare: Julia Jonassen & Pauline Gustafsson

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Hösten 2020

Abstrakt

Syfte: Syftet med studien var att beskriva personers upplevelse av att genomgå elektrokonvulsiv terapi i samband med djup depression. Metod: En litteraturstudie där relevanta artiklar inom området söktes i databaserna PsycInfo, PubMed samt CINAHL. Elva artiklar analyserades och lades till grund för litteraturstudiens resultatdel. Artiklarna analyserades med hjälp av integrerad analys och två huvudrubriker och fem underrubriker identifierades. Resultat: I resultatet identifierades "Faktorer som påverkar upplevelsen" och "Helhetsupplevelsen av behandlingen" som huvudkategorier. "Vikten av tillräcklig information", "Processen att samtycka till ECT", "Betydelsen av ett gott bemötande", "Stigmatisering och förförståelse" och "Biverkningar" identifierades som underrubriker. Slutsats: Slutsatsen var att ett gott bemötande och tillräckligt med information lade grunden till en positiv helhetsupplevelse.

Nyckelord

Patientupplevelse, elektrokonvulsiv behandling, djup depression, omvårdnad, bemötande, information, stigmatisering

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Djup depression	3
Att leva med depression	4
ECT	5
Stigmatisering av ECT	6
Perspektiv och utgångspunkter	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Tabell 1	11
Tabell 2	13
Tabell 3	14
Dataanalys	16
Forskningsetiska avvägningar	16
Resultat	17
1. Faktorer som påverkar upplevelsen	18
1.1 Vikten av tillräcklig information	18
1.2 Processen att samtycka till ECT	19
1.3 Betydelsen av ett gott bemötande	21
1.4 Stigmatisering och förförståelse	22
1.5 Biverkningar	23
2. Helhetsupplevelsen av behandlingen	24
Diskussion	25
Diskussion av vald metod	25
Diskussion av framtaget resultat	28
Vikten av information	28
Processen att samtycka till ECT	29
Betydelsen av ett gott bemötande	30
Stigmatisering och förförståelse	32
Biverkningar	33
Helhetsupplevelsen av behandlingen	34
Slutsats och kliniska implikationer	36
Författarnas arbetsfördelning	36
Referenser	37
Bilaga 1	44

Introduktion

Problemområde

Enligt World Health Organization (WHO, 2020) är depression en av de vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning i världen och globalt drabbas mer än 264 miljoner personer, där kvinnor drabbas i högre utsträckning än män. Den allvarligaste konsekvensen av depression är suicid (WHO, 2020). I Sverige har var femte person någon gång i livet fått diagnosen depression (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) har visat sig vara en effektiv behandlingsmetod för personer med djup depression (Popiolek et al., 2019). Enligt Socialstyrelsens (2020) riktlinjer rekommenderas ECT till personer med djup depression med suicidal karaktär, psykotiska symtom eller katatoni. Behandlingen rekommenderas även till de personer som inte svarar på farmakologisk behandling och ungdomar med djup depression efter pubertetsdebut. År 2013 var det totalt 3972 personer som genomgick elektrokonvulsiv terapi i Sverige, det innebär att 41 per 100 000 invånare genomgick ECT i Sverige 2013 (Nordanskog et al., 2015). Historiskt sett har elektrokonvulsiv terapi skapat kontroverser hos allmänheten och varit skräckfyllt hos personer som ska motta behandlingen (da Silva Guimarães et al., 2018). Detta har bland annat att göra med hur behandlingen har porträtterats i media. Hur porträtteringen av elektrokonvulsiv terapi görs i media samt åsikten hos allmänheten bidrar till stigmatisering kring behandlingen (Parker & Hunt, 2019).

I en studie av Gass (1998) undersöktes sambandet mellan kunskap och attityd hos sjuksköterskor inom psykiatri gentemot elektrokonvulsiv terapi. Slutsatsen var att sjuksköterskor som hade mycket kunskap om behandlingen även hade en mer positiv attityd till denna, jämfört med de sjuksköterskor som inte hade lika stor kunskap (Gass, 1998). Genom att belysa hur personer som drabbats av djup depression upplever ECT-behandling kan detta bidra till en ökad insikt om den drabbades situation. För detta krävs kunskap om området, vilket denna uppsats syftar till att bidra med. Tanken är att studien ska kunna användas som ett stöd för vårdpersonal och studenter i bemötandet gentemot personer med djup depression som ska genomgå en elektrokonvulsiv terapi.

Bakgrund

Djup depression

Enligt Asp (2019) är depression en av de vanligaste orsakerna till ohälsa. För att minska patientens lidande och funktionsnedsättning är det viktigt med behandling. Behandling är även viktigt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv då depression tillsammans med hjärt- och kärlsjukdom är de två mest kostsamma sjukdomarna i västvärlden. Depression ökar även risken för somatiska sjukdomar såsom diabetes typ 2, hjärtinfarkt och stroke. Av alla kvinnor drabbas 25-30% någon gång i livet av depression, detta kan jämföras med män där andelen som drabbas är 15-20%. Det finns ett mörkertal kring hur många som drabbas av depression då ett flertal inte kommer till vården för att få behandling. Ärftlighet, biologiska avvikelser, psykosociala faktorer såsom till exempel krisreaktion, är alla komponenter som kan vara en betydande faktor för depression. Vissa läkemedel kan även utlösa depression (Asp, 2019), till exempel betablockerare, NSAID, cytostatika, kalciumblockerare, ACE-hämmare och kortikosteroider (Spång, 2020).

Enligt ICD, International Classification of Diseases (WHO, 2020), som fokuserar på diagnostiska koder, kännetecknas en depressiv episod av en period av minst två veckor med sänkt stämningsläge eller ett nedsatt intresse för aktiviteter tillsammans med andra symtom. De andra symtomen är; koncentrationssvårigheter, känslor av värdelöshet eller överdriven eller olämplig skuld, hopplöshet, återkommande tankar om död eller självmord, förändringar i aptit eller sömn, psykomotorisk agitation eller hämning och minskad energi eller trötthet/fatigue. Det ska inte ha förekommit några tidigare maniska, hypomaniska eller blandade episoder då detta skulle kunna indikera förekomsten av bipolär sjukdom. Djup depression utan psykotiska symtom diagnostiseras när de definierade kraven för depressiv episod är uppfyllda, den aktuella episoden är av allvarlig karaktär och inga vanföreställningar eller hallucinationer förekommer under episoden. För att kunna definieras som en djup depression krävs att de flesta symtomen på en depressiv episod förekommer i en påtaglig nivå, eller att det förekommer ett mindre antal symtom som yttrar sig på en intensiv nivå. I en djup depression kan personen inte heller fungera i personliga, familjära, sociala, utbildnings- eller yrkessituationer, utom i en mycket begränsad grad (WHO, 2020).

DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, som utges av American Psychiatric Association, APA, är också ett internationellt diagnostiskt system, som oftast används som manual inom psykiatri (APA, 2000). Enligt DSM 4 kriterierna ska man ha haft minst en två veckors period av minskat intresse/förmåga att känna glädje eller nedstämdhet samt även uppfylla fyra av följande kriterier; känsla av värdelöshet, kognitiva svårigheter, tankar på döden eller självmordstankar, planer eller försök till självmord, aptitförändring eller psykomotorisk hämning för att uppfylla kriterierna för egentlig depression. För djup depression är funktionsförmågan och livskvalitén uttalat nedsatt. Vid djup depression kan vissa personer även få psykotiska symtom (APA, 2000).

Att leva med depression

Bygstad-Landro & Giske (2017) tar i deras studie upp personers upplevelser av att leva med depression. Resultatet visar bland annat på att känslor som ilska, avundsjuka, rastlöshet, bitterhet, frustration och tomhet var vanliga. Många av deltagarna uppgav också att de bad, även om de inte ansåg sig vara religiösa. De beskrev även att de kände sig ensamma i sitt lidande och att de längtade efter en tillhörighet. Studien tar upp att deltagarna angav att det var jobbigt att känna känslor men också att det var tröttsamt att blockera dessa och att självskadebeteende eller alkohol kunde vara ett tillvägagångssätt för att sätta stopp för känslorna. Personer i studien nämnde också känslor av skam. Skammen kunde vara relaterad till att man inte var en tillräckligt bra förälder eller en bra partner, att man inte hade en tillräckligt god hygien eller att man var en börda för andra (Bygstad-Landro & Giske, 2017).

I en studie av Dekker et al. (2009) beskrivs personers subjektiva upplevelser av att leva med depression. Deltagarna i studien beskrev att de hade många psykiska och känslomässiga besvär av sin depression men att även somatiska symtom förekom. De somatiska symtomen kunde bestå av brist på energi, aptitförlust, sömnstörningar och koncentrationssvårigheter (Dekker et al., 2009).

ECT

Elektrokonvulsiv terapi innebär att en elektrisk ström tillförs huvudet för att stimulera ett toniskt-kloniskt anfall hos personen som får behandlingen (Leiknes et al., 2011). Ett toniskt-kloniskt anfall är en typ av anfall som har en tonisk fas och en klonisk fas. Den toniska fasen innebär att personen blir stel i hela kroppen, denna fas varar ofta i 10-30 sekunder. Därefter tar den kloniska fasen över vilken karakteriseras av symmetriska ryckningar i hela kroppen. Den kloniska fasen varar ofta i 30-60 sekunder (Bjellvi & Edelvik, 2019). Behandlingen utförs under narkos och sjuksköterska, läkare och psykiatriker är närvarande. Efter behandlingen är personen under observation (Leiknes et al., 2011).

Elektrokonvulsiv terapi används vid djupa depressioner med antingen melankoliska drag, psykotiska drag, katatona symtom - särskilt delirium acutum och malignt neuroleptiskt syndrom, cykloid psykos, postpartumpsykos, parkinsonsyndrom och i fåtal fall mani. För djupa depressioner med melankoliska eller psykotiska drag är ECT den mest effektiva behandlingen. Vid djupa depressioner används denna typ av behandling efter det att patienten inte svarat på någon annan behandling (Ottosson, 2015). Behandlingen är en säker metod med en dödlighet på 0,002% (Parker och Hunt, 2019).

Dosen av ström varierar beroende på placeringen av elektroder. Elektroderna placeras antingen på vardera tinning, enbart på höger sida av huvudet eller på båda sidor på pannbenet. Det påstås att kognitiva bieffekter minskar då man placerar elektroderna på enbart höger sida av huvudet, dock rapporteras minnesförluster även med denna metod (Leiknes et al., 2011). Förutom minnesförlust förekommer även andra biverkningar efter ECT. Olika biverkningar kan uppkomma direkt efter behandlingen eller ett tag efter. De biverkningar som är vanligare direkt efter behandlingen är dåsighet, förvirring, huvudvärk, illamående, ömmande muskler och förlorad aptit. Ett tag efter behandlingen kan andra biverkningar uppkomma, dessa kan vara apati, förlust av kreativitet och energi, koncentrationssvårigheter, förlust av känslomässiga reaktioner och inlärningssvårigheter (Mind, 2019).

Verkningsmekanismen för ECT är inte helt klarlagd men det finns olika teorier (Gazdag & Ungvari, 2019). En teori handlar om att ECT har en påverkan på neurotransmittorerna i hjärnan, i synnerhet serotonin- och dopaminsystemen. En annan teori beskriver depression som ett proinflammatoriskt tillstånd. I detta fallet tror man att ECT påverkar cytokinerna som

i sin tur lindrar inflammationen och normaliserar humöret. En tredje teori handlar om att den hypertension som sker i samband med ECT bidrar till en ökad permeabilitet mellan hjärnan och blodet vilket även detta skulle kunna bidra till den terapeutiska effekten (Gazdag & Ungvari, 2019).

Stigmatisering av ECT

Stigmatiseringen av ECT började för flera årtionde sedan (Payne & Prudic, 2009). Redan 1970 spreds felaktig information och protester uttrycktes mot behandlingen vilket över-skuggade de empiriska bevisen för effekten av ECT. Trots att behandlingen utvecklades i form av att bli mer human och lättare att genomgå ökade allmänhetens misstro och oro mot behandlingen. Då ECT tidigare brutit mot biomedicinska etiska principer såsom autonomi och välbefinnande för deltagare var behandlingen en lätt måltavla för allmänheten att se ner på. Till exempel genomfördes behandlingen vid vissa tillfällen utan patientens samtycke och även i stor utsträckning där den till och med var olämplig. År 1978 fastställde American Psychiatric Association (APA) en standard för informerat samtycke som än idag följs. År 1950 introducerades för första gången modifieringar i proceduren såsom anestesi, oxygenbehandling samt muskelavslappande läkemedel. Innan denna förändring genomfördes kunde behandlingen även ge fysiskt obehag och skador, såsom frakturer, vilket gav en bild av en farlig och skrämmande behandling. Tidigare innefattade ECT oftare ett flertal behandlingstillfällen samt mer frekventa behandlingar än idag, vilket förvärrade patienternas biverkningar. Ett exempel på detta var tidigare behandlingsscheman i USA där patienter genomgick minst ett behandlingstillfälle om dagen i ett försök att "omorganisera" kroniskt sjuka patienter genom att "ta över" deras mentala funktioner. Omorganisationen antogs leda till en återgång av den "normala" funktionen (Payne & Prudic, 2009).

Medias bild av ECT återspeglar inte dagens behandlingssätt (Matthews et al., 2016). Alltför ofta visas ECT som ett medel för tortyr snarare än som en faktiskt evidensbaserad behandling. Även omoderna och förlegade sätt att genomföra ECT förekommer i media, dessa sätt speglar inte genomförandet i dagsläget vilket ytterligare kan bidra till en felaktig bild av behandlingen (Matthews et al., 2016).

Perspektiv och utgångspunkter

Dorothea Orem's omvårdnadsteori om egenvård grundar sig i att människor som har förmågan att ta hand om sig själva gör detta och när människan saknar denna förmåga så ska sjuksköterskan finnas där för att erbjuda assistans (Orem, 1997).

Denyes et al. (2001) beskriver i sin studie att Orem utvecklade tre koncept i sin teori, dessa är egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem, vilka kan kopplas till människans egenvårdsförmåga. Konceptet egenvård handlar om olika inlärd beteenden som gör att människan kan upprätthålla sitt liv, sin hälsa och sitt välbefinnande. Det andra konceptet, egenvårdsbrist, handlar om när behovet av egenvård hos människan inte kan levas upp till på grund av olika anledningar. Det sista konceptet, omvårdnadssystem, innebär att sjuksköterskan utformar system för att kunna hjälpa personen att hjälpa sig själv. Behovet av omvårdnadssystem uppstår då personens behov för egenvård är större än vad hen är kapabel till att genomföra. I konceptet egenvårdsbrist ingår bland annat frågeställningar om huruvida personen har kunskap om behandlingen samt biverkningar av denna (Denyes et al., 2001), detta indikerar att om personen inte har tillräcklig kunskap om en behandling hen ska genomgå lider personen en form av egenvårdsbrist (Orem & Taylor, 2011). Kategorin egenvårdsbrist innefattar även personer som har någon typ av funktionsnedsättning (Denyes et al., 2001), vilket djup depression kan leda till (Kronsell et al., 2019).

Orem's teori om egenvård kan vara till stor hjälp för sjuksköterskor. Teorin handlar både om de kroppsliga behoven men kan även innefatta behov som handlar om det utomkroppsliga, det vill säga miljön man befinner sig i. Miljön, både den fysiska och mentala, bör vara av en art som underlättar för personer att kunna möta sina mål för egenvård och möjliggöra en fortsatt personlig utveckling (Denyes et al., 2001).

Seed och Torkelsson (2012) beskriver att personer som befinner sig i ett akut skede av psykisk ohälsa ofta inte har förmåga att kunna leva upp till sina egenvårdsbehov och mål. Sjuksköterskor kan då visa omtanke, respekt och värdera personens vilja och åsikt. Detta kan bidra till att tillit utvecklas dem emellan. När tilliten är etablerad i den vårdande relationen kan sjuksköterskan hjälpa personen att utveckla färdigheter för att utföra egenvård genom att hjälpa personen att identifiera sina resurser för detta ändamål (Seed & Torkelson, 2012).

Syfte

Syftet med studien var att beskriva personers upplevelse av att genomgå elektrokonvulsiv terapi i samband med djup depression.

Metod

Kandidatuppsatsen är utförd som en icke-systematisk litteraturstudie med induktiv ansats. En litteraturstudie är ett bra sätt att föra samman relevant kunskap från olika studier till en samlad studie, detta kan även kallas en forskningsöversikt (Kristensson, 2014). En litteraturstudie inleder med en fråga som är väldefinierad och detaljerad, sedan efterforskas litteratur inom det område som frågan behandlar. I nästa steg granskas litteraturen kritiskt för att sedan kunna sammanställas i ett resultat. En icke-systematisk översikt innebär att inte alla krav för en systematisk översikt behöver uppfyllas så som att all relevant litteratur inom ämnesområdet eftersöks (Kristensson, 2014). En induktiv ansats innebär att man formulerar en slutsats efter insamlad fakta. Denna typ av ansats skiljer sig från den deduktiva ansatsen, där en hypotes först formuleras och sedan testas genom att samla in fakta (Kristensson, 2014).

Urval

Elva vetenskapliga artiklar som svarade på syftet och problemställningen inkluderades i resultatdelen, fyra var kvantitativa och åtta var kvalitativa. Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara publicerade i internationella vetenskapliga tidskrifter, engelskt språk, studier utförda mellan åren 2010-2020 samt svara på föreliggande syfte. Alla studier innehåller också ett etiskt resonemang eller är godkända av en etisk kommitté. Samtliga studier som förekommer i resultatdelen svarar på det aktuella syftet. Med syfte att uppnå en så bred och djup förståelse inom ämnesområdet har alla vetenskapliga artiklar som svarar mot aktuell frågeställning och syfte inkluderats i resultatet.

Datainsamling

Kvalitetsgranskning av artiklarna har skett med hjälp av standardiserade och väletablerade granskningsmallar. För de artiklar med kvalitativ metod användes Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) mall för *studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Granskningsmallen innehåller ett antal frågor om rapportens innehåll samt olika frågeställningar kring syftet, urvalet, datainsamlingen, analysen och resultatet. Efter det att samtliga frågor var ifyllda bedömdes studiens kvalitet från låg till hög (SBU, 2014). För de artiklar med kvantitativ metod valdes granskningsmallen “*JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*” utformad av Joanna Briggs Institute. Mallen innefattar frågor rörande urvalet, datainsamling, resultat samt analys. Efter det att frågorna besvarats bedömdes studiens kvalitet (Joanna Briggs Institute, 2017). För att få ett trovärdigt resultat i litteraturstudien ingår enbart de studier med medelhög till hög kvalitet.

Sökningen efter vetenskapliga artiklar har genomförts i databaserna PubMed, CINAHL samt Psycinfo. PubMed är den största och den mest nyttjade databasen och omfattar 21 miljoner artiklar. Litteraturen är till mesta del inom de medicinska vetenskaperna. De sökord som används i PubMed kallas MeSHtermer, dessa är i sökschemat (se tabell 1) beskrivna som [Mesh]. CINAHL är också en tämligen innehållsrik databas inom främst det vårdvetenskapliga området. CINAHL står för Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Indexord i CINAHL kallas CINAHLheadings och är beskrivna i tabell 3 som MH. PsycInfo omfattar litteratur inom psykologi samt beteendevetenskap (Kristensson, 2014). Indexord i PsycInfo kallas APA Thesaurus of Psychological Index Terms och är beskrivna i tabell 2 som DE. De booleska sökoperatörerna “OR” och “AND” har används för att bredda sökningen och för att få ett större antal artiklar att utgå ifrån (Kristensson, 2014).

För varje databas, PubMed, CINAHL samt PsycInfo har ett eget sökschema utformats med en kombination av indexord och fritext för att sökningen ska resultera i ett större antal artiklar (se tabell 1,2 samt 3). I varje databas har sedan titlar valts ut och därefter har abstrakts granskats. De artiklar som fortsatt bedömdes vara aktuella har lästs i fulltext, därefter har studier som varit relevanta och som svarat på syftet valts ut för kvalitetsgranskning. De vetenskapliga artiklarna som var av medelhög till hög kvalitet valdes slutligen ut och elva artiklar kunde totalt redovisas i resultatet. Alla steg i datainsamlingen är utförda gemensamt av författarna till denna studie.

I tabell 1, 2 och 3 redovisas sökschema med databas, lästa abstract, lästa studier i fulltext, kvalitetsgranskade och antal inkluderade studier i resultatet.

I databasen PubMed (se tabell 1) användes sökorden "Perception [Mesh]", "Attitude [Mesh]", "Emotions [Mesh]", "Experience" samt "Views". Den Booleska termen OR användes för att skapa det första sökblocket. Det andra sökblocket skapades av sökorden "Electroconvulsive Therapy"[Mesh], "Convulsive Therapy"[Mesh] och ECT, samt den Booleska termen OR. OR användes också som den Booleska termen i det tredje och fjärde sökblocket. Sökblock tre innehöll sökorden "Psychiatry [Mesh]", Psychiatric, "Mental disorders [Mesh]" och sökblock fyra innehöll sökorden: "Depressive Disorder [Mesh]", "Depression [Mesh]", "Depressive symptoms", "Depressive Disorder, Major [Mesh]". Dessa fyra sökblock slogs därefter samman med hjälp av den Booleska termen AND och resulterade i 532 träffar. Inklusionskriterierna: English, from 2010-2020 lades sedan på och resulterade i 179 träffar. Alla titlar lästes och 26 artiklar valdes därefter ut för läsning av dess abstrakts. Sex av studierna lästes i fulltext varav fem gick vidare till kvalitetsgranskning. Totalt fyra artiklar från databasen inkluderades i resultatet.

I databasen PsycInfo (se tabell 2) användes sökorden DE "Perception", DE "Attitudes", DE "Cognitions", DE "Emotions", DE "Life Experiences" samt views, med den Booleska termen OR skapade dessa sökorden det första sökblocket. DE "Electroconvulsive Shock" OR DE "Electroconvulsive Shock Therapy" OR DE "Electrical Stimulation" OR DE "Shock Therapy" OR ECT skapade det andra sökblocket. Det tredje sökblocket bestod av sökorden DE "Mental Disorders", DE "Mental Health", DE "Psychiatry" samt Psychiatric, sökorden slogs sedan ihop med den Booleska termen OR. Det fjärde sökblocket bestod av sökorden: DE "Major Depression", "Depression", "Depressive Disorder" samt den Booleska termen OR. De fyra sökblocken slogs därefter samman på liknande sätt som urvalet i databasen PubMed med den Booleska termen AND och gav ett resultat på 82 artiklar.

Inklusionskriterierna: English och 2010 -2020 lades till och resulterade i 26 artiklar. Alla titlarna lästes igenom och därefter lästes 20 abstract och en artikel lästes i fulltext. Artikeln uteslöts dock från kandidatuppsatsen, då den inte svarade på syftet. Från databasen PsycInfo gick alltså ingen artikel vidare till kvalitetsgranskning.

I databasen CINAHL (se tabell 3) användes för det första sökblocket sökorden MH "Electroconvulsive Therapy", "shock therapy", "ect", med den Booleska termen OR. För det andra sökblocket användes sökorden "experience", MH "Perception+", MH "Attitude+", "views", MH "Emotions+", "feelings" som därefter slogs samman med den Booleska termen OR. För det tredje sökblocket användes sökorden "psychiatric", MH "Psychiatry+", MH "Mental Disorders+", MH "Mental Health" samt den Booleska termen OR. De tre sökblocken slogs samman med den Booleska termen AND och resulterade i 536 artiklar. Därefter lades inklusionskriterierna 2010-2020 och english till och 319 artiklar svarade till denna sökning, artiklarnas titlar lästes igenom och 24 av dem valdes ut för vidare läsning av abstract. Därefter lästes nio artiklar i fulltext, åtta av dem kvalitetsgranskades vilket resulterade i att sju artiklar inkluderades i resultatet.

Tabell 1: Sökschema i Pubmed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Inklusions kriterier	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa fulltext	Kvalitetsgranskade	Inkluderade artiklar
#1	"Perception"[Mesh:NoExp]	35,117						
#2	"Attitude"[Mesh]	581,128						
#3	"Emotions"[Mesh]	246,194						
#4	Experience	835,720						
#5	Views	168,461						
#6	((("Perception"[Mesh:NoExp]) OR ("Attitude"[Mesh])) OR ("Emotions"[Mesh])) OR (Experience) OR (Views)	1,678,459						
#7	"Electroconvulsive Therapy"[Mesh]	13,196						
#8	"Convulsive Therapy"[Mesh]	18,180						
#9	ECT	9,757						

#10	((“Electroconvulsive Therapy”[Mesh]) OR (“Convulsive Therapy”[Mesh])) OR (ECT)	22,222						
#11	“Psychiatric Nursing”[Mesh]	17,518						
#12	“Psychiatry”[Mesh:NoExp]	40,066						
#13	Psychiatric	819,126						
#14	“Mental Disorders”[Mesh]	1,255,151						
#15	((“Psychiatry”[Mesh:NoExp]) OR (Psychiatric)) OR (“Mental disorders”[Mesh])	1,656,823						
#16	“Depressive Disorder”[Mesh]	110,093						
#17	“Depression”[Mesh]	121,617						
#18	“Depressive symptoms”	49,809						
#19	“Depressive Disorder, Major”[Mesh]	30,541						
#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19	236,558						
#21	#6 AND #10 AND #15 AND #20	532						
#22	#21	179	Filters: English, from 2010-2020	179	26	6	6	4

Tabell 2: Sökschema i PsycInfo

Databas PsycInfo	Sökord	Antal träffar	Inklusion-skriterier	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa fulltext	Kvalitetsgranskade	Inkluderade artiklar
#1	DE "Perception"	34,693						
#2	DE "Attitudes"	27,715						
#3	DE "Cognitions"	10,438						
#4	DE "Emotions"	75,864						
#5	DE "Life Experiences"	26,885						
#6	views	221,803						
#7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	379,639						
#8	DE "Electroconvulsive Shock"	1,312						
#9	DE "Electroconvulsive Shock Therapy"	6,634						
#10	DE "Electrical Stimulation"	5,532						
#11	DE "Shock Therapy"	123						
#12	ECT	8,530						
#13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	15,391						

#14	DE "Mental Disorders "	132,539						
#15	DE "Mental Health"	75,526						
#16	DE "Psychiat ry"	36,175						
#17	Psychiatri c	350,618						
#18	S14 OR S15 OR S16 OR S17	470,632						
#19	DE "Major Depressi on"	126,893						
#20	Depressi on	339,286						
#21	Depressi ve Disorder	165,702						
#22	S19 OR S20 OR S21	360,331						
#23	S7 AND S13 AND S18 AND S22	82						
#24	#2	26	English, publication date: 2010- 2020	26	20	1	0	0

Tabell 3: Sökschema i CINAHL

Databas CINAHL	Sökord	Antal träffar	Inklusion- skriterier	Lästa titlar	Lästa abstracts	Lästa fulltext	Kvalitetsg- ranskade	Inkluderade artiklar
#1	(MH "Electroconvulsive Therapy")	3,464						
#2	shock therapy	14,902						
#3	ect	3,387						
#4	experience	363,764						

#5	(MH "Perception+")	84,439						
#6	(MH "Attitude+")	456,312						
#7	views	101,307						
#8	(MH "Emotions+")	139,655						
#9	feelings	52,950						
#10	psychiatric	93,544						
#11	(MH "Psychiatry+")	17,952						
#12	(MH "Mental Disorders+")	578,733						
#13	(MH "Mental Health")	39,543						
#14	S1 OR S2 OR S3	18,895						
#15	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	972,861						
#16	S10 OR S11 OR S12 OR S13	657,245						
#17	S14 AND S15 AND S16	536						
#18	S14 AND S15 AND S16	319	Published: 2010-2020 Language: english	319	24	9	8	7

Dataanalys

Dataanalysen har gjorts genom integrerad analys. Den här typen av analys sammanställer resultatet på så vis att studierna presenteras tillsammans och inte var för sig. Analysen har gjorts i tre steg; steg ett var genomläsning av de vetenskapliga artiklarna. Genomläsningen innebär att likheter och skillnader identifieras i de olika studiernas resultatdel. I steg två identifierades kategorier som användes som underrubriker i resultatdelen. I sista steget, steg tre, sammanställdes resultatet under respektive kategori (Friberg, 2016).

Forskningsetiska avvägningar

De artiklar som redovisas i resultatdelen har valts ut med hänsyn till om de är godkända av en etisk kommitté eller deklARATION, så som Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) eller Belmontrapporten (U.S. Department of Health and Human Services, 1979) alternativt om författarna för ett godtagbart etisk resonemang i den aktuella studien.

Helsingforsdeklarationen tar bland annat upp sådant som avvägningen mellan behovet av ny kunskap inom ett visst område och i vilken utsträckning deltagare i en sådan studie skulle utsättas för risker. Deklarationen betonar att hälsan och välmåendet hos personer som deltar i studier väger tyngre än behovet av forskning (World Medical Association, 2018).

Belmontrapporten innehåller tre grundläggande etiska principer: respekt för personen, göra-gott-principen och rättvisepincipen. Respekt för personen innefattar autonomiprincipen där människan har rätt att bestämma själv över sitt liv, detta förutsätter att personen har kompetensen att fatta egna beslut om bland annat hur hen vill leva sitt liv. Rättvisepincipen innefattar även att personer med begränsad autonomi ska skyddas. Göra-gott-principen avhandlar både att studien inte ska skada deltagaren samt att fördelarna av studien ska maximeras medan riskerna ska minimeras. Rättvisepincipen handlar om likvärdig och rättvis behandling av deltagare i en studie samt om att skydda sårbara personer (U.S. Department of Health and Human Services, 1979).

Under studiens gång har oredlighet undvikits. Oredlighet innebär bland annat att resultatet från andra studier vinklas för att gynna den egna slutsatsen (Sandman och Kjellström, 2013). Det kan även innebära att studier som säger emot det egna resultatet gallras bort. Plagiat,

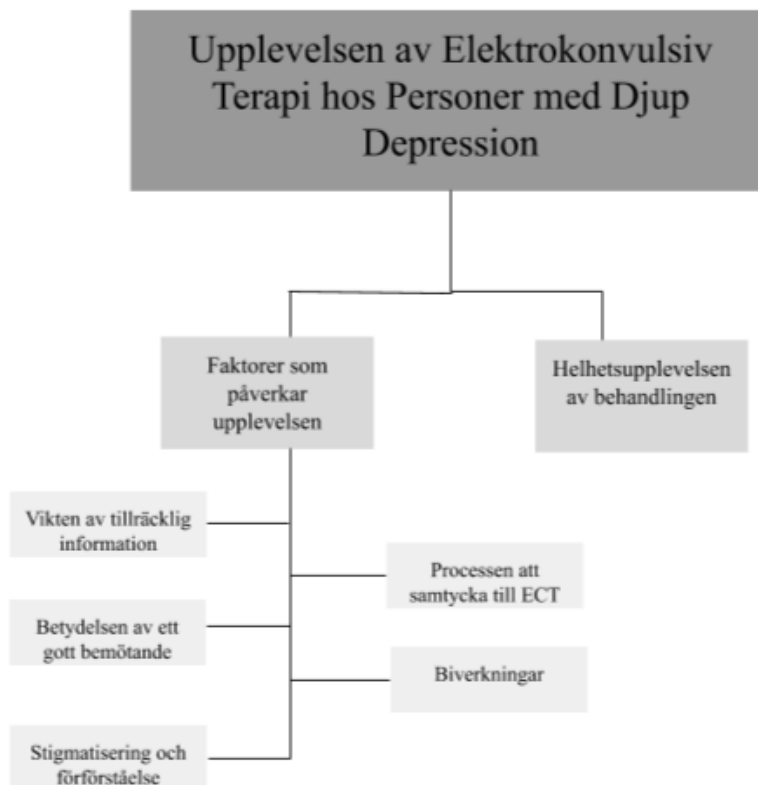
vilket innebär att använda sig av andras ord utan att rättmätigt referera till upphovsmannen (Sandman och Kjellström, 2013), har undvikits under studiens gång.

Resultat

Syftet med litteraturstudien var att beskriva personers upplevelse av att genomgå elektrokonvulsiv terapi i samband med djup depression. Totalt har elva studier använts utifrån nämnda inklusionskriterier. Av dessa var sju kvalitativa och fyra kvantitativa. Av de kvantitativa var samtliga tvärsnittsstudier.

Två huvudkategorier identifierades: *Faktorer som påverkar individens upplevelse av ECT* samt *Helhetsupplevelsen av behandlingen*. Därefter har fem underkategorier identifierades under första huvudkategorin: *Vikten av tillräcklig information*, *Processen att samtycka till ECT*, *Betydelsen av ett gott bemötande*, *Stigmatisering och förförståelse* och *Biverkningar* (se Figur 1).

Figur 1



1. Faktorer som påverkar individens upplevelse av ECT

En mängd studier identifierar olika centrala faktorer som påverkar individens upplevelse av ECT (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith 2011; Ejaredar & Hagen, 2013; Ejaredar & Hagen, 2014; Fisher et al., 2011; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018; Li et al., 2015; Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013; Zhang et al., 2018).

1.1 Vikten av tillräcklig information

Ett genomgående tema som framkom från de undersökta studierna var vikten av tillräckligt med, och rätt typ av, information inför behandling med ECT (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Fisher et al., 201; Knight et al., 2017; Li et al., 2015; Rajagopal et al., 2013).

I en kvalitativ intervjustudie av Fisher et al. (2011) med 12 deltagare och med syftet att utforska patienters upplevelse av att samtycka till ECT framkom det att genomgå ECT utan tillräcklig information upplevdes som något negativt. Detta ingav en känsla av att ge sig in i något okänt och samtidigt ha förbundna ögon (Fisher et al., 2011).

Bristen på information kunde handla om såväl tillvägagångssättet av behandlingen som efterförloppet och biverkningar av behandlingen (Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Clarke et al., 2018). I den kvalitativa studien av Clarke et al. (2018) där sju kvinnors upplevelse av processen att samtycka till ECT undersöktes framkom det att inte få tillräcklig information upplevdes ha olika orsaker som till exempel att graden av depression ansågs göra mottagaren inkapabel till att ta in informationen. Bristen på information upplevdes även kunna bero på det faktum att man genomgått behandlingen tidigare vilket gjorde att man antogs inte behöva få informationen på nytt (Clarke et al., 2018). Gemensamt för många var upplevelsen av att informationen som gavs var bristfällig eller helt obefintlig och att mer adekvat information hade ingivit en lugnande effekt och känslan av att man hade mer kontroll över situationen (Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Clarke et al., 2018). I de fall då adekvat information gavs, infann sig en känsla av lugn och trygghet (Knight et al., 2017).

Knight et al. (2017) genomförde en kvalitativ intervjustudie med 18 deltagare med syftet att undersöka motsägande patientberättelser om upplevelser av ECT för att söka förståelse för

varför de skiljer sig åt. I denna studie framkom det att få rätt typ av information och att få denna levererad på ett empatiskt sätt kunde innebära en tröst. I de fall då information gavs om både fördelar av behandlingen samt vilka biverkningar som kunde förekomma, upplevdes detta som en stor hjälp för att kunna ta ett eget beslut om att genomgå behandlingen eller inte. Det ingav även en känsla av att beslutet var ens eget och att beslutet kunde tas på goda grunder. Att få denna typen av information och att få sina frågor och funderingar besvarade gav känslan av att bli lyssnad på och skapade en tillit till vårdpersonalen (Knight et al., 2017).

I de kvantitativa tvärsnittsstudierna av Li et al. (2015) med 210 deltagare och med syftet att undersöka patienter och deras anhörigas kunskaper och attityder samt patienters subjektiva upplevelse av ECT samt Rajagopal et al. (2013) med 50 deltagare och med syftet att undersöka patienter och anhörigas upplevelse av ECT, ställdes frågor angående information inför ECT. Majoriteten av de som svarade på frågorna i studien av Li et al. (2015) hade en positiv upplevelse av att motta information inför behandlingen. På frågorna om man fått adekvat information gällande den terapeutiska effekten av ECT respektive hur processen av ECT gick till svarade 59,5% respektive 49,5% att de hade fått det. På frågan om man ansåg att man hade fått adekvat information från vårdpersonalen gällande ECT i stort svarade 51% att de tyckte att de hade det. Däremot svarade endast 42,4% ja på frågan om de hade fått någon information överhuvudtaget inför sin behandling med ECT (Li et al., 2015). I studien av Rajagopal et al. (2013) svarade 30% av deltagarna att de tyckte att de hade fått rätt mängd information inför ECT. På frågan om man ansåg sig ha fått tillräckligt med information inför behandlingen svarade 34% nej medan 34% svarade att de tyckte att deras frågor angående ECT hade blivit besvarade på ett tillfredsställande sätt (Rajagopal et al., 2013).

1.2 Processen att samtycka till ECT

Processen att samtycka till ECT framstod i många studier som problematiskt. Känslan av ett dolt tvång och att valet inte skedde på frivillig basis var inte helt ovanlig (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Fisher et al., 2011; Knight et al., 2017).

En anledning till att många samtyckte till ECT var att behandlingen hade presenterats som det sista möjliga alternativet och detta i sin tur skapade känslan av att man inte hade något annat val än att samtycka (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith, 2011; Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Knight et al., 2017). Denna typ av påstående från vårdpersonal gav

upplevelsen av ett passivt tvång, då slutsatsen som många drog var att om man inte gick med på ECT fanns det ingen mer hjälp att få (Clarke et al., 2018, van Daalen-Smith 2011; Knight et al., 2017). Upplevelsen av att inte ha något val gav upphov till en inre konflikt där man å ena sidan ville lita på sina läkare och å andra sidan kände sig maktlös och rädd för det okända (Clarke et al., 2018). Det framkom även andra anledningar till varför man gav sitt samtycke till ECT. Dessa anledningar kunde vara att behandlingen sågs som en form av självskada eller, mer positiva anledningar som att behandlingen sågs som det säkraste alternativet och att det fanns en tro på att den skulle hjälpa mot depressionen (Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014).

Funderingar kring den egna kapaciteten att samtycka till ECT i det stadie man befann sig i vid tidpunkten för beslutstagande framstod som ett orosmoment för vissa deltagare. Många hade upplevelsen av att samtycket grundade sig i en känsla av desperation och önskan om att fly från sitt mående snarare än i kunskap och egenmakt (Clarke et al., 2018; Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014). Det framkom även upplevelser av att man inte besatt kapaciteten att genomföra några beslut över huvud taget vid tidpunkten och att man kände att någon annan tog makten över en och att beslutet redan var fattat för en (Clarke et al., 2018; Ejaredar & Hagen, 2014). Det framkom i den kvalitativa studien av Ejaredar & Hagen (2014) med syftet att undersöka kvinnors upplevelse av ECT med särskilt fokus på makt och kunskap och med nio deltagare, att besitta rätt information och kunskap kring ECT upplevdes som en stor bidragande faktor till att kunna ge sitt samtycke till behandlingen och att vara tillfreds med det beslutet (Ejaredar & Hagen, 2014).

Vid de tillfällen då man kände sig tillfreds med sitt beslutstagande om samtycke fanns det ofta berättelser om hur närstående och personal uppfattades som ett stort stöd och fanns där för att svara på frågor och berätta om behandlingen, samt att det fanns en tillit och trygghet gentemot personalen (Fisher et al., 2011).

Att ge sitt samtycke till ECT är ett komplext problem då även personer som inte vårdas under tvång kan uppleva att de blir tvingade till samtycke och att de upplever att det i slutändan inte finns några andra valmöjligheter. Vidare kan upplevelsen av att bli fråntagen sitt fria val ge djupa konsekvenser med känslor av maktlöshet och att man blir utsatt för övergrepp av vården (Knight et al., 2017).

1.3 Betydelsen av ett gott bemötande

En viktig faktor för huruvida man var nöjd eller inte med sin behandling med ECT var beroende på hur man blivit bemött av vårdpersonalen under processens gång (van Daalen-Smith, 2011; Knight et al., 2017; Ejaredar & Hagen, 2014).

För många var känslan av att känna sig ompysslad och omhändertagen starkt förknippat med en positiv helhetsupplevelse av ECT (Knight et al., 2017). Känslor av familjaritet, omtänksamhet, professionellt bemötande, trygghet, tacksamhet och tillit till personal spelade också en stor roll för hur ECT-proceduren upplevdes. Att personalen stannade kvar under återhämtningen och ställde personliga frågor samt skapade en vårdande miljö framkom också som viktigt för den positiva upplevelsen. Deltagare sammankopplade även specifika personer ur personalen till denna upplevelse. I studien av Knight et al. (2017) framkommer också att en stödjande miljö kunde komma att påverka livet i rätt riktning efter behandlingen, till exempel att man hittade tillbaka till sitt gamla liv.

Beroende på vilket stöd man upplevde från personalen kunde behandlingen uppfattas antingen som lugnande eller skrämmande (Knight et al., 2017). Även där ECT inte hade någon effekt var bemötandet av stor vikt för att minska rädsla kring behandlingen. Vid gott bemötande vid ECT kunde deltagare till och med uppges en saknad efter upplevelsen av behandlingen när denna var avslutad (Knight et al., 2017).

Deltagare som uppgav en sämre upplevelse av ECT vittnade om att personalen kändes frånvarande samt att de inte tog hänsyn till dem som personer och deras individuella behov (Knight et al., 2017). I den kvalitativa intervjustudien av van Daalen-Smith (2011) med sju deltagare och med syftet att undersöka kvinnors upplevelse av ECT, framställdes också en negativ syn på behandlingen då personalen inte lyssnade på uttalade önskemål. Deltagare vittnade om att deras upplevelser präglades av förlorad tillit, missnöje, tvång, att inte få sin röst hörd och av behov som inte blev mötta (van Daalen-Smith, 2011).

1.4 Stigmatisering och förförståelse

I studierna av Fisher et al. (2011), Knight et al. (2017), Kring et al. (2018) och Ejaredar och Hagen (2013) framkom det att förförståelser och stigmatisering hade en påverkan på deltagarnas upplevelse av ECT. Fördomar och stigmatisering beskrevs påverka allmänhetens syn på ECT vilket i sin tur påverkade personerna som skulle motta eller hade mottagit behandlingen (Fisher et al., 2011; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018; Ejaredar & Hagen, 2013). I studien av Fisher et al. (2011) framkom det att stigmatisering och fördomar även direkt kunde påverka personer som skulle motta eller hade mottagit ECT. Känslor av att ECT var något onaturligt och konstigt, samt känslor av rädsla och oro inför behandlingen framkom (Fisher et al., 2011).

Förförståelser och attityder kom delvis från porträttering i media vilket uppfattades som negativt (Fisher et al., 2011). Porträttering av ECT i media associerades särskilt till filmen Gökboet. Filmen sågs som en källa till allmänhetens negativa syn på behandlingen då porträtteringen av ECT i filmen antogs spegla verkligheten av personer som saknar kunskap i hur behandlingen egentligen går till (Kring et al., 2018; Knight et al., 2017).

I den kvalitativa intervjustudien av Kring et al. (2018) med fyra deltagare och med syftet att undersöka tidigare patienters attityder och upplevelser av ECT för att identifiera potentiell stigmatisering, uttryckte deltagare en känsla av att bli dömd av omgivningen på grund av att de genomgått ECT. Att ha genomgått ECT upplevdes vara ett tabu och allmänhetens okunskap och felaktiga fördomar gällande ECT upplevdes som negativt. Det gavs även uttryck för en frustration över att kunskapen kring de livräddande egenskaperna av ECT inte var större hos allmänheten (Kring et al., 2018). I den kvalitativa intervjustudien av Ejaredar & Hagen (2013) med nio deltagare och med syftet att undersöka kvinnors upplevelser och uppfattningar om fördelar och nackdelar med att genomgå ECT, framkom det att stigmatisering och fördomar även kunde förekomma i den direkta närheten. Deltagare i studien berättade om familjemedlemmar med fördomar kring ECT vilket väckte skam och oro hos de som skulle motta behandlingen (Ejaredar & Hagen, 2013).

I studien av Knight et al. (2017) framkom det att förförståelse kunde ha en positiv effekt för upplevelsen av ECT. Att ha kunskap om behandlingen och att veta hur denna gick till och genomfördes upplevdes som en lättnad och trygghet. Denna kunskap var baserad på fakta och

var inte grundad på medias porträttering eller fördomar från allmänheten (Knight et al., 2017).

1.5 Biverkningar

En biverkning som uppgavs som vanligt förekommande efter genomförd ECT var minnesförlust (van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2013; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018; Li et al., 2015; Rajagopal et al., 2012; Zhang et al., 2018). Studien skriven av Rajagopal et al. (2012) är en tvärsnittsstudie med syfte att undersöka kunskap, erfarenhet och attityder angående ECT hos patienter och deras anhöriga. Totalt deltog 77 deltagare i studien (Rajagopal et al., 2012). Zhang et al. (2018) har också författat en tvärsnittsstudie. Studiens syftet var att undersöka kunskap och attityder kring ECT hos äldre patienter och deras vårdgivare i Kina och 118 deltagare var med i tvärsnittsstudien (Zhang et al., 2018).

Minnesförlusten påverkade både viktiga minnen från barndomen men också minnen från senare delar av livet (Ejaredar & Hagen, 2013). Något som beskrevs i studien av Ejaredar och Hagen (2013) var att det upplevdes svårt att veta vad som glömts bort och att ett sätt för att försöka hantera detta var att söka i sitt minne för att komma fram till vad som glömts bort och vilka minnen som fanns kvar. Efter genomförd behandling infann sig en känsla av att inte känna igen sig själv, där anhöriga fick påminna om vem personen i fråga var (van Daalen-Smith, 2011). Upplevelsen av att förlora sina minnen beskrevs som en sorg över en förlust av någonting värdefullt, som ett tomrum som gav en känsla av ofullständighet. Det kunde till exempel handla om förlorade minnen av förlossningen av sina barn (Ejaredar & Hagen, 2013; Knight et al., 2017). Dock beskriver Knight et al. (2017) att en positiv aspekt av att förlora minnet var att smärtsamma minnen från barndomen försvann.

Minnesförlusten påverkade deltagarnas sociala liv och en känsla av upplevd dumhet framkom i studien av Ejaredar och Hagen (2013). Att läsa en bok samt att komma ihåg vad som precis sagts i en konversation var svårt (Ejaredar & Hagen, 2013). Arbetsförmågan kom också att påverkas av minnesförlusten (van Daalen-Smith, 2011). Svåra minnesproblem medförde att det var problematiskt att behålla ett arbete samt försvårade möjligheterna att slutföra en utbildning (van Daalen-Smith, 2011).

Förutom minnesförlust framkom också andra biverkningar såsom huvudvärk, muskelvärk, problem med koordination, konfusion, svårigheter att tänka och processa information, viktökning, illamående samt sömnsvårigheter (van Daalen-Smith, 2011; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018).

I studien av Knight et al. (2017) beskrivs att när deltagarna vägde den negativa biverkningen minnesförlust mot de positiva aspekterna av ECT menade de att det trots bieffekten var värt att genomgå behandlingen. Det var priset man fick betala för att bli bättre (Knight et al., 2017).

2. Helhetsupplevelsen av behandlingen

En helhetsupplevelse färgad av positiva attityder av ECT framkom i studierna gjorda av Rajagopal et al. (2012), Rajagopal et al. (2013), Li et al. (2015) och Zhang et al. (2018). Deltagare angav att de fick positiva fördelar av behandlingen, var nöjda med resultatet, ansåg behandlingen hjälpsam samt kände sig tillfreds över att de fick genomgå behandlingen (Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018). ECT upplevdes också som mer effektiv och deltagare upplevde även en snabbare effekt än vid behandling med läkemedel (Rajagopal et al., 2012; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018). ECT var inte lika skrämmande som förväntat och om det skulle visa sig vara nödvändigt med en ny behandling skulle deltagare genomgå den igen (Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018).

Beskrivningar som att behandlingen städade bort allt negativt från huvudet, att det kändes som den positiva känslan efter ett genomfört träningspass, att ECT lyfte en ur mörkret och en känsla av lättnad efter behandlingen framkommer i studien av Ejaredar och Hagen (2013). Positiva fördelar läggs även fram i studien av Knight et al (2017), där behandlingen beskrivs som livräddande. Under rätt omständigheter upplevdes ECT vara både en effektiv och snabbverkande behandling (Knight, 2017). Behandlingen upplevdes också ha en djupgående effekt på depressiva symtom (Kring et al., 2018). Inom ett par veckors tid infann sig en känsla av lätthet och deltagare kände sig mer som sig själva (van Daalen Smith, 2011). I samma studie nämns dock ord som likgiltig och glömsk samt att deltagare upplevde en avsaknad av sitt

gamla jag (van Daalen Smith, 2011). Deltagare upplevde att de fick identifiera sig själva på nytt och att de fick skapa en acceptans för sin nya identitet, men också att de behövde lära känna sig själv på nytt (Kring et al., 2018).

Negativa helhetsupplevelser kunde också urskiljas i studierna (Ejaredar & Hagen, 2013; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018). Något som beskrivs påverkat upplevelse negativt var snabbt återfall av depression som kunde förekomma efter avslutad behandling (Ejaredar & Hagen, 2013; Kring et al., 2018). ECT beskrevs också ha gett en försämrad effekt på välmåendet (Knight et al., 2017). Bland de som inte var nöjda med resultatet av behandlingen framställdes den som hotfull, skrämmande, onaturlig och ologisk. Deltagare uttryckte även starka känslor av rädsla (Knight et al., 2017).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Denna studie är en icke systematisk litteraturstudie. Vid denna typ av studie sammanställer man systematiskt forskning på ett övergripande sätt för att komma fram till ett resultat (Polit & Beck, 2010). Både kvalitativa och kvantitativa studier valdes till resultatet för att få en större och bättre helhetsbild. De kvalitativa studierna undersöker upplevelser av en väldigt liten grupp människor och dessa resultat kan vara bra för att på ett mer djupgående sätt undersöka individens känslor upplevelser, samt för att hitta olika teman som återkommer.

De kvantitativa studierna undersöker större grupper av människor där frågorna är mer övergripande vilket ger en bredare kunskapsbas om hur ett större antal människor uppfattar sin situation. Detta ger därmed ökade möjligheter för gemensamma tolkningar av dessa upplevelser genom att resultatet blir möjligt att generalisera till en större population. Dessa data ansågs viktiga att få med då detta ger en annan infallsvinkel och mer övergripande information.

Ingen av studierna har genomförts i Sverige, vilket skulle kunna innebära ett problem då kultur, lagar och regelverk kan se annorlunda ut i andra delar av världen och därmed kunna påverka upplevelserna i olika riktningar. De kvalitativa studierna är genomförda i länder i västvärlden till exempel Danmark, Australien, Storbritannien och Kanada medan de kvantitativa studierna är genomförda i asiatiska länder, som Kina och Indien. Detta skulle kunna påverka resultatet på olika sätt, men då studien har en fenomenologisk frågeställning där känslor och upplevelser undersöks snarare än själva behandlingen som sådan, har resonemang som förts av författarna i föreliggande studie lett fram till slutsatsen att då basala känslor och upplevelser ofta är universella kan man därför anta att de olika perspektiven från de olika länderna som ges i de olika studierna skulle kunna vara av likartad karaktär och därmed till fördel för studiens resultat.

En tidsbegränsning på 10 år valdes för urvalet av studierna för att få med ny forskning men samtidigt inte begränsa urvalet för mycket. Hade en striktare tidsbegränsning bestämts hade risken varit att urvalet omfattat ett mindre antal studier och om ett större tidsomfång valts hade risken varit att forskning som inte längre är aktuell, inkluderats.

Resultatet i studien består endast av primärkällor för att få en så hög kvalitet som möjligt. Detta då primärkällor har förstahandsinformation medan sekundärkällor är en sammanställning av primärkällor och andrahandsinformation (Kristensson, 2014). I sekundärkällor tolkas resultatet från primärkällor på olika sätt av olika författare. För att utesluta att någon annan författare skulle påverka resultatet i denna studie samt att sekundärkällor har en lägre trovärdighet än primärkällor (Polit och Beck, 2010) har inte sekundärkällor använts.

De vetenskapliga artiklar som inkluderades i studien är skrivna på engelska. Vid val av svenska som inklusionskriterium återfanns ett alltför snävt urval av artiklar. Båda författarna har en god engelsk språkkunskap men har det som andraspråk, därför kan oavsiktlig feltolkning vid översättning förekomma. För att minimera risk för feltolkning samt att relevant information utelämnas har båda författarna läst samtliga artiklar och gemensamt diskuterat svåra stycken, meningar samt ord.

Då alla artiklar som svarat på syftet inkluderats har inte någon vetenskaplig artikel uteslutits med avsikt att få en jämn könsfördelning av deltagare. I fyra artiklar beskrivs bara kvinnors upplevelser (van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2013; Ejaredar & Hagen, 2014; Clarke et al., 2018), hur mycket det har kommit att påverka resultatet är dock oklart.

Kvinnor är överrepresenterade i patientgruppen djup depression (Asp, 2019) och detta kan vara en anledning till varför det finns en majoritet av kvinnor i dessa studier.

En litteraturstudie är en sammanställning av vetenskapliga artiklar (Kristensson, 2014). Resultatet i denna studie är utformat utifrån de elva inkluderade artiklarnas resultatdel. Detta innebär att vid en litteraturstudie med artiklar med liknande metod och syfte inte hade behövt få samma resultat. Samtliga artiklar som svarade på studiens syfte och även ingick i inklusionskriterierna i de tre databaserna valdes ut. Om sökschemat ändrats eller sökningarna utförts i andra databaser hade resultatet kunnat se annorlunda ut. Studiens resultat hade då påverkats av att nya artiklar lagts till eller befintliga inte kommit med, detta då urvalet inverkar på resultatet. Dock valdes de databaser som var främst inom vårt område. Sökorden som användes i de utvalda databaserna är framarbetade av författarna till studien, kunskaper inom de svenska och engelska språken kan ha kommit att påverka valen av sökord. Därav kan eventuellt något sökord som skulle kunnat vara relevant för syftet av misstag utelämnats. Svensk MeSH har varit till hjälp för författarna vid framtagandet av relevanta sökord som användes som indexord vid sökningar i databasen PubMed. De sökord som inte fanns med som indexord men som ändå ansågs relevanta för syftet valdes att sökas i fritext för att få en så bred sökning som möjligt. Sökorden i första databasen PubMed låg till grund för sökorden som användes i de andra två databaserna CINAHL och PsycInfo. På samma sätt valdes sökord som inte fanns som indexord att sökas i fritext för att även här få en så omfattande sökning som möjligt. Indexorden kombinerades med fritext med hjälp av de Booleska termerna OR och AND. OR användes för de ord som var synonyma och AND användes för att föra samman sökblocken och för att söka på alla sökord tillsammans. Att addera den Booleska termen NOT hade kunnat förbättra sökningen genom att då utesluta artiklar som inte svarade på syftet förekom i resultatet av sökningen.

Två av artiklarna är skrivna av författarna Ejaredar och Hagen (Ejaredar & Hagen, 2013; Ejaredar & Hagen, 2014) och två av författarna Rajagopal et al. (Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013), dock är artiklarna inte från samma år. Att ha samma författare på artiklar i litteraturstudien kan ha medfört validitetsproblem vid tolkning av resultat (Kristensson, 2014). Om alla elva artiklar hade haft olika författare skulle eventuella validitetsproblem undvikas.

Genom föreliggande studies gång har författarna strävat efter att inte blanda in egna erfarenheter eller förkunskaper. Endast de inkluderade studiernas resultat har legat till grund för resultatet av denna studie.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med litteraturstudien var att undersöka patienters upplevelse av elektrokonvulsiv terapi. Det som framgick av resultatet av den integrerade analysen var brist på information, en känsla av tvång att samtycka till ECT, vikten av ett gott bemötande för att få en god helhetsupplevelse samt att minnesförlust var den främsta biverkningen av behandlingen (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2013; Ejaredar & Hagen, 2014; Fisher et al., 2011; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018; Li et al., 2015; Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013 & Zhang et al., 2018). Helhetsupplevelsen var dock i det stora hela positiv.

Vikten av information

Att få adekvat och tillräcklig information om behandlingen framstod ur resultatet som en av de viktiga aspekterna för att få en god upplevelse av ECT (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Fisher et al., 2011; Rajagopal et al., 2013; Li et al., 2015). Blandade narrativ framkom då vissa upplevde sig inte ha fått någon information alls medan andra deltagare var mycket nöjda med den information de fått (Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Clarke et al., 2018). Vid de tillfällen då informationen var undermålig gav detta en negativ upplevelse medan vid de tillfällena då informationen var tillräcklig och adekvat innebar det att upplevelsen var bättre (Knight et al., 2017).

Orsaken till att vissa personer upplevde det som att de inte fått någon information alls kan bero på olika saker. En del uppgav att de inte var säkra på att de inte fått information utan kanske hade glömt det, som en biverkning av behandlingen. Andra menade på att det hade att göra med att psykiatrikern tog beslut om att inte delge information på grund av att personen fått ECT tidigare och antogs redan ha vetskap om proceduren eller att personens tillstånd ansågs göra det omöjligt för personen att ta in informationen (Clarke et al., 2018).

Genomgående fanns konsensus om att vikten av information är stor och att det kan göra stor

skillnad för helhetsupplevelsen. Hopfe et al. (2018) beskriver att genom att ha ett väl fungerande system för överlämning av information till patienter bidrar detta till ett stärkt tillmötesgående av patienten behov. Det innebär även att behoven hos patienten lättare blir uppmärksammade (Hopfe et al., 2018).

Dorothea Orem's teori om egenvård behandlar bland annat frågeställningen om egenvårdsbrist relaterat till patientens kunskap om behandlingen som ska genomföras samt vilka biverkningar som hör till (Denyes et al., 2001). Orem & Taylor (2011) beskriver att om personen inte har tillräckligt med information och kunskap kring detta innebär detta en typ av egenvårdsbrist.

Enligt Svenska Psykiatriska Föreningen (2014) ska information anpassas till individen. Information ska levereras både muntligen och skriftligen och kan behövas göras i flera steg, beroende på patientens tillstånd. Den information som blivit delgiven patienten ska även dokumenteras i patientens journal (SPF, 2014).

Processen att samtycka till ECT

Att uppleva tvång i samband med samtycke visade sig genom studiens gång vara relativt vanligt (Clarke et al., 2018; Ejaredar & Hagen, 2014; Fisher et al., 2011; Knight et al., 2017; van Daalen-Smith, 2011).

Det fanns olika anledningar till att personer upplevde någon typ av tvång till att samtycka. Den vanligaste anledningen handlade om hur behandlingen hade presenterats som ett sista alternativ och att patienten då upplevde att detta var sista möjligheten till att få hjälp (Clarke et al., 2018; van Daalen-Smith, 2011; Fisher et al., 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Knight et al., 2017). Vissa deltagare upplevde i efterhand att de inte var kapabla att samtycka till ECT vid tidpunkten på grund av det tillstånd av djup depression de befann sig i och upplevde därför att någon annan tog beslutet åt dem (Clarke et al., 2018; Ejaredar & Hagen, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2013) förutsätter ett rättsligen giltigt samtycke bland annat att den samtyckande är kapabel att förstå innebörden av samtycket samt att samtycket har lämnats frivilligt. Detta motsäger det som många deltagare i studierna vittnar om.

Som Knight et al. (2017) skriver är samtycke till ECT ett komplext problem. Många som står inför ett beslut om att samtycka till ECT lider av diagnosen djup depression där det är vanligt att man upplever sig inte ha förmågan att ta några beslut. SPF (2014) beskriver att då ECT har som starkast indikation är ofta tillståndet, i vilket patienten befinner sig, till sin natur sådant att muntligt eller skriftligt samtycke är omöjligt att inhämta. Detta leder till att samtycke kan vara svårt att ge på en rättsligen giltig basis och i efterhand kan det upplevas som att någon annan fattade beslutet åt en eller att man inte var kapabel att fatta ett sådant beslut. Samtidigt är det viktigt att dessa personer får hjälp och vid djup depression med melankoliska eller psykotiska drag är ECT den mest effektiva behandlingen (Ottosson, 2015).

I motsats till det som denna studie kom fram till har en studie genomförd av Rush et al. (2018) visat att då deltagarna i deras studie gick igenom processen att samtycka till ECT, upplevde endast 4% någon typ av tvång. Av de 51 personer som deltog i denna studie svarade 80% att de ansåg sig ha haft gott om tid med sina läkare och hade fått diskutera alla alternativ ordentligt och 75% svarade att resterande vårdpersonal hade funnits där för att svara på frågor och lugna vid oro. Överlag fanns det en tillfredsställelse med personalen, den information man hade fått och att beslutet hade kunnat fattas i lugn och ro i samråd med anhöriga och läkare (Rush et al., 2018). Den skillnad som går att se är att många deltagare i studierna som ingår i resultatet upplevde sig inte bli lyssnade på, upplevde att deras rädslor och oro inte togs på allvar och var ofta mindre nöjda med bemötandet från personalen. Vad dessa skillnader beror på är svårt att säga. Studien av Rush et al. (2018) är genomförd på en avdelning på ett sjukhus i Irland. Skillnaderna skulle kunna bero på att denna studien är kvantitativ. Det har funnits en skillnad i de kvalitativa och kvantitativa studierna som ingått i resultatet. Majoriteten i de kvantitativa studierna har varit positivt inställda och de mer negativa berättelserna har inte fått samma utrymme i dessa studier som i de kvalitativa.

Betydelsen av ett gott bemötande

Ett genomgående tema som verkade genomsyra hela upplevelsen av ECT var huruvida man hade blivit bemött av vårdpersonal (van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2014; Knight et al., 2017). Ett gott bemötandet var viktigt då det skapade tillit till vårdpersonalen vilket i sin tur skapade en känsla av trygghet (Knight et al., 2017). Bemötandet var viktigt under alla moment av behandlingen. Det var viktigt vid tidpunkten för samtycke, då upplevelsen av att

ens känslor, rädslor och oro togs på allvar bidrog till en bättre upplevelse och en större trygghet, medan vid de tillfällen då personer kände att de inte fick sina röster hörda eller sina känslor respekterade skapades en ännu större oro och upplevelsen blev därför sämre (Fisher et al., 2011). Det var viktigt under själva behandlingen då de som vittnade om skrämmande upplevelser beskrev kalla och opersonliga möten, att personalen kändes frånvarande och att man blev hårdhänt hanterad (van Daalen-Smith, 2011), medan de som vittnade om goda upplevelser beskriver personalen som varm och omhändertagande, att de kände sig ompysslade och att det fanns någon där när de vaknade upp som brydde sig om en (Knight et al., 2017).

Denyes et al. (2001) beskriver att Orem's teori om egenvård handlar om såväl kroppsliga behov som utomkroppsliga. De utomkroppsliga behoven handlar bland annat om den miljö, både fysisk och mental, man befinner sig i. Miljön bör möjliggöra för personer att möta sina mål för egenvård samt personlig utveckling (Denyes et al., 2001). För att en sådan miljö ska vara möjlig krävs omtanke, respekt och att vårdpersonal respekterar personens vilja och åsikt (Seed & Torkesson, 2012). Genom detta kan en ömsesidig tillit utvecklas och vidare kan detta hjälpa personen att nå sina egenvårdsmål (Seed & Torkelson, 2012).

Bemötande och personcentrerad vård är något av det första vi sjuksköterskestudenter lär oss om. Det ska genomsyra allt arbete i vården och är av yttersta vikt för en god och tillfredsställande vård. Det kan tyckas självklart att en god relation vårdpersonal och patienter emellan är viktigt, men i studierna som ingått i resultatet framkommer det flera vittnesmål om hur vårdpersonal har upplevts distanserade och inte funnits där då patienten behövt dem. Dock grundar sig upplevelserna i föreliggande studie enbart på patienterna. Alltså saknas helt perspektivet från vårdpersonalen. För att kunna få en fullständig och mer nyanserad bild av problemet hade ytterligare studier varit nödvändiga för att undersöka vårdpersonalens perspektiv och sätta dessa perspektiv i relation till varandra. Ett gott bemötande handlar inte bara om att patienten ska trivas utan det är även en fråga om patientsäkerhet. Socialstyrelsen (2020) beskriver att brister i bemötande kan leda till brister i kommunikation och information vilket i sin tur kan leda till risker i patientsäkerheten. Vidare kan brister i bemötandet leda till att personer undviker att söka vård trots att de behöver det eller att personal eller patienter inte uppfattar viktig information (Socialstyrelsen, 2020). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) fastställer även att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vidare beskriver Hälso- och sjukvårdslagen (HSL

1982:763) att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Stigmatisering och förförståelse

Att uppleva och få ta del av fördomar kring ECT var något som många deltagare i studierna påverkades negativt av (Fisher et al., 2011; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018; Ejaredar & Hagen, 2013). Dessa fördomar bidrog till stigmatiseringen av ECT och bidrog till mycket rädsla och oro. Delvis kom felaktiga fördomar och stigmatisering från porträttering i media, särskilt filmen Gökboet kom på tal flertalet gånger (Kring et al., 2018; Knight et al., 2017). Även efter behandlingen förekom en del fördomar. Upplevelsen av att ECT var ett tabu samt att deltagare upplevde att de blev dömda av allmänheten på grund av att de genomgått behandlingen förekom (Kring et al., 2018).

SPF (2014) beskriver vikten av tillgången till adekvat och korrekt information som väsentlig. Denna information ska finnas lättillgänglig på sjukhus och informationen bör vara lokalt anpassad. Den information som patienter och anhöriga har med sig sedan innan är ofta baserad på medias och internets porträttering och stämmer ofta illa överens med verkligheten och bidrar till rädsla och oro inför behandlingen (SPF, 2014).

I en studie av Seinaert (2016) ville man undersöka hur porträttering av ECT i media påverkade stigmatiseringen och spred falsk information. Vad man kom fram till var att ECT inte är ett ovanligt inslag i olika filmer eller tv-serier men det är väldigt sällan det visas på ett sätt som gör rättvisa för hur behandlingen faktiskt går till. Seinaert (2016) beskriver att sättet ECT visas i media är till allra största del på ett negativt sätt. På film visas ECT ofta som en metod för att förändra eller kontrollera någons beteende, som tortyr eller för att radera minnen. I många scener används ECT med tvång och utan anestesi. Vidare skriver Seinaert (2016) att filmmakare borde bli medvetna om den påverkan denna felaktiga och negativa bild av ECT har på personer som ska genomgå eller har genomgått ECT. Även vårdpersonal bör ha kunskap om hur ECT porträtteras i media för att kunna fånga upp rädslor, oro och felaktiga uppfattningar som kommer från detta. Media kan i många fall vara den enda källan till information som personer som ska genomgå ECT har och då är det väldigt viktigt att lyssna till detta och kunna bemöta det genom att komma med korrekt information (Seinaert, 2016).

Precis som i föreliggande studie visar detta på att felaktig porträttering i media förstärker stigmatiseringen kring ECT vilket kan ha negativa konsekvenser för personer som ska genomgå eller har genomgått ECT.

Biverkningar

I resultatet framkom biverkningar av ECT såsom minnesförlust, huvudvärk, muskelvärk, problem med koordination, konfusion, svårigheter att tänka och processa information, viktökning, illamående samt sömnsvärigheter (van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2013; Knight et al., 2017; Kring et al., 2018; Li et al., 2015; Rajagopal et al., 2012; Zhang et al., 2018). Biverkningen minnesförlust framkom som en av de vanligaste biverkningarna av ECT. Av de artiklar som finns med i resultatet som inte beskriver minnesförlust som en vanlig biverkning, var inte heller syftet med artiklarna att undersöka biverkningar av ECT. Det innebär att alla artiklar i resultatet som innehöll beskrivningar om biverkningar, framhöll minnesförlust som den främsta biverkningen. Årsrapporten 2019 utformad av Kvalitetsregister ECT (Elvin & Nordenskjöld, 2020) beskriver försämrat minne som en vanlig biverkning till ECT, dock är minnesförlusten i princip alltid övergående, från dagar till veckor. Det kan även förekomma mer långvarig minnesstörning samt minnesluckor. I Sverige upplevde 18% av patienterna minnesförsämring vid avslutad behandling (Elvin & Nordenskjöld, 2020).

I resultatet togs en intressant aspekt upp från studien av Knight et al. (2017) där minnesförlusten beskrivs som något positivt då deltagare befrias från smärtsamma minnen från barndomen. Detta motsägs dock i studierna av van Daalen-Smith, 2011, Ejaredar och Hagen 2013 samt Knight et al., 2017, där minnesförlusten beskrivs som negativt på det vis att patienten upplever en sorg av att förlora sig själv och sina minnen. Minnesförlusten av ECT kom inte bara att påverka minnen från det tidigare livet utan påverkade även det sociala livet på ett flertal olika plan (van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2013). Detta styrks även i studien av Froede och Baldwin (1999) som beskriver att ECT påverkat patienternas sociala relationer samt att biverkningarna av ECT såsom minnesförlust, kan komma att ge ytterligare depressiva symtom.

En beskrivning av andra biverkningar än minnesförlust påvisades i resultatet (van Daalen-Smith, 2011; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018). I studien från 1999 gjord av Froede och

Baldwin, framkommer även dessa biverkningar, men till skillnad från Li et al., 2015, van Daalen-Smith, 2011 samt Zhang et al., 2018, studier beskrivs här även påtagliga fysiska biverkningar såsom bortfall av kontroll av muskler i fingrar, ben och armar samt paralysering. Jämförelsen mellan Froede och Baldwins studie från 1999 och denna litteraturstudie med artiklar från det senaste årtionde, visar på att de fysiska biverkningarna inte beskrivs i lika stor utsträckning i artiklar från de senaste årtionden. Detta kan tolkas som att dagens ECT utvecklats i en riktning för att minska de fysiska biverkningarna av ECT då Froede och Baldwins (1999) studie är daterad betydligt tidigare än artiklar i denna litteraturstudie.

Att utbilda enskilda patienter, grupper av patienter och i enstaka fall patienternas närstående om behandlingens effekt och tillvägagångssätt ingår i sjuksköterskans ansvar, det ingår även att ta reda på hur patienten upplever sin behandling (Ulfvarson & Bergqvist, 2017). Därför kan det vara av stor vikt för sjuksköterskor eller blivande sjuksköterskor att ta del av patientens upplevda biverkningar.

Det finns idag ingen känd metod för att förhindra biverkningen minnesförlust vid ECT, dock finns det studier som gjorts i försök att minimera biverkningen. Till exempel i pilotstudien av Choi et al. (2011) där forskarna utförde en studie om ett nytt program som hade som mål att minimera biverkningen av minnesförlust vid ECT. Tyvärr visade studien att programmet inte hade önskad effekt på minnesförlusten. Fortsatt forskning inom området syftar till att utveckla en säker och effektiv metod för att minimera biverkningen i framtiden. Detta för att göra behandlingen mer tilltalande och lättare att tolerera för patienten, vilket skulle innebära en mer positiv helhetsupplevelse (Choi et al., 2011). Då biverkningen är en faktor som påverkar upplevelsen vore det av stor vikt för patienten om lyckade studier för att minimera biverkningen togs fram.

Helhetsupplevelsen av behandlingen

I det stora hela var upplevelsen av ECT positiv (Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018). I studierna av Clarke et al. (2018) och Fisher et al. (2011) beskrivs processen om samtycke där samtycket vid flertalet tillfällen upplevts som ett tvång. Dessa studier motsäger den positiva upplevelsen av hela ECT upplevelsen och beskriver istället den som negativ (Clarke et al., 2018; Fisher et al., 2011). I studien av Knight et al.

(2017) beskrivs både positiva och negativa upplevelser. Bland de som inte var nöjda med behandlingen upplevdes den som hotfull och skrämmande, medans de som var positiva till behandlingen upplevde den som effektiv och snabbverkande. Trots den negativa biverkningen minnesförlust tyckte deltagare att det var värt att genomgå behandlingen (Knight et al., 2017). I van Daalen-Smith (2011) studie beskrivs samma resultat. Deltagare som var nöjda med upplevelsen av behandlingen, upplevde en känsla av lätthet och kändes sig mer som sig själva, till skillnad från en deltagare som varit missnöjd med upplevelsen upplevde en avsaknad av sitt gamla jag och kunde även känna sig likgiltig och glömsk. Vid de tillfällen där återfall av depression efter ECT infann sig upplevde deltagarna att upplevelsen var negativ (Ejaredar & Hagen, 2013; Kring et al., 2018), dock fanns deltagare i studien av Knight et al., 2017 som beskrev att om bemötandet var tillräckligt bra kunde upplevelsen istället bli positiv detta trots att ECT inte hade visat på någon effekt.

Som nämnts i resultatet bidrog stigmatisering av ECT till rädsla och oro. Dock beskriver ett flertal studier (Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013; Li et al., 2015; Zhang et al., 2018) att ECT inte var lika skrämmande som deltagarna haft uppfattningen om från början.

Deltagarna i de kvantitativa artiklarna (Li et al., 2015; Rajagopal et al., 2012; Rajagopal et al., 2013; Zhang et al., 2018) beskrivs i litteraturstudien ha en positiv upplevelse då majoriteten av deltagarna angav detta. Det finns dock de deltagare som haft en negativ eller inte lika positiv upplevelse men dessa deltagare har inte belysts i föreliggande litteraturstudie. Majoriteten av de kvalitativa studierna tar upp både negativa och positiva upplevelser (van Daalen-Smith, 2011; Ejaredar & Hagen, 2013; Ejaredar & Hagen, 2014; Kring et al., 2018; Knight et al., 2017;), dock finns de två kvalitativa studier som enbart skildrar negativa upplevelser (Fisher et al., 2011; Clarke et al., 2018). Detta kan bero på att kvalitativ forskning syftar till att beskriva ett fåtal personers upplevelser där ingens ord väger tyngre än någon annans, till skillnad från kvantitativ forskning som syftar till att generalisera för att få fram ett större urval där majoriteten lyfts fram (Kristensson, 2014). På detta sätt blir inte de negativa upplevelserna beskrivna i litteraturstudiens resultat från de kvantitativa studierna.

Slutsats och kliniska implikationer

De viktigaste fynden som presenteras i resultatet var att många personer med djup depression upplevde sig inte ha fått tillräckligt med information angående behandlingen och biverkningar inför ECT, att bemötandet var väldigt viktigt för helhetsupplevelsen, att stigmatisering av ECT kunde ha stor påverkan på personers rädslor och oro inför behandlingen samt att det fanns de personer som på grund av otillräcklig information och dåligt bemötande inte kände att de kunde ta ett informerat beslut om att ge sitt samtycke. Upplevelsen påverkades även negativt av biverkningen minnesförlust, som var den vanligaste biverkningen efter ECT. I resultatet framkom det även att det fanns personer som kände att de i viss mån hade blivit tvingade till att samtycka till ECT.

Slutsatserna som dras utifrån resultatet är att adekvat information samt ett gott bemötande verkar vara det som är absolut viktigast för personers upplevelse av ECT. Att bli bemött med vänlighet, omtänksamhet och respekt var något som återkom som en väldigt viktig komponent i att få en bra upplevelse av ECT. Att ha rätt information uppgavs även vara av största vikt. Detta för att det ingav en känsla av kontroll och delaktighet.

Aktuell studie kan användas för att få större förståelse för hur personer som ska genomgå elektrokonvulsiv terapi upplever situationen. Genom att få större förståelse för vad som kan vara problematiskt inför och under tiden för behandling kan dessa situationer undvikas. Sjuksköterskor har till största del hand om bemötandet och omvårdnaden av patienten. Att medvetandegöra att bemötandet är så pass viktigt, vilket framkommer i studien, gör det också möjligt att arbeta för att förbättra detta.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetsfördelningen mellan författarna har varit jämn. Båda författarna har hjälpts åt i samtliga steg och en kontinuerlig diskussion har ägt rum gällande olika frågeställningar samt oklarheter som uppkommit. Gemensamma beslut har fattats kring upplägg och struktur av kandidatuppsatsen.

Referenser

* = Artiklar inkluderade i resultatet

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)*. (Fjärde uppl.). Washington, DC: American Psychiatric Association

Asp, M. (19 juli 2019). *Depression hos vuxna*.
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=140>

Bjellvi, J., & Edelvik, A. (15 oktober 2020). *Epileptiska anfall/epilepsi (vuxna)*.
<https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=139>

Bygstad-Landro, M., & Giske, T. (2017). Risking existence: The experience and handling of depression. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 514-522. doi:10.1111/jocn.14056

Choi, J., Lisanby, S.H., Medalia, A., & Prudic, J. (2011). A conceptual introduction to cognitive remediation for memory deficits associated with right unilateral electroconvulsive therapy. *Journal of ECT*, 27(4), 286–291.
doi:10.1097/YCT.0b013e31821d3ab3

*Clarke, K.-A., Barnes, M., & Ross, D. (2018). I Had No Other Options: Women, Electroconvulsive Therapy, and Informed Consent. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1077-1085. doi: 10.1111/inm.12420

*van Daalen-Smith, C. L. (2011). Waiting for Oblivion: Womens' Experiences with Electroshock. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(7), 457-472. doi: 10.3109/01612840.2011.583810

Dekker, R. L., Peden, A. R., Lennie, T. A., Schooler, M. P., & Moser, D. K. (2009). Living with depressive symptoms: patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 18(4), 310–318. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.4037/ajcc2009672>

Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: a foundational science. *Nursing science quarterly*, 14(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/089431840101400113>

*Ejaredar, M., & Hagen, B. (2013). All I Have is a Void: Womens' Perceptions of the Benefits and Side Effects of ECT. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 25(3), 145-154. doi: 10.3233/JRS-130593

*Ejaredar, M., & Hagen, B. (2014). I was Told it Restarts Your Brain: Knowledge, Power, and Womens' Experiences of ECT. *Journal of Mental Health*, 23(1), 31-37. doi: 10.3109/09638237.2013.841870

Elvin, T., & Nordenskjöld, A. (2020). *Kvalitetsregister ECT Årsrapport 2019*. Region Örebro län. <https://registercentrum.blob.core.windows.net/ect/r/ECT-rapport-2019-SkxCodZyIv.pdf>

*Fisher, P., Johnstone, L., & Williamson, K. (2011). Patients' Perceptions of the Process of Consenting to Electroconvulsive Therapy. *Journal of Mental Health*, 20(4), 347-354. doi: 10.3109/09638237.2011.577116

Froede, E., & Baldwin, S. (1999). Toronto public hearings on electroshock: Testimonies from ECT survivors – Review and content analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 12(3/4), 181. doi: 10.3109/15622970903559925

Folkhälsomyndigheten. (11 februari 2019). *Depression – ett stort folkhälsoproblem som kan förebyggas*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/april/depression-ett-stort-folkhalsoproblem-som-kan-forebyggas/>

Friberg, F. Att göra en litteraturoversikt (2016). I Friberg, F (red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gass, J. P. (1998). The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 83–90. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00507.x

Gazdag, G., & Ungvari, G. S. (2019). Electroconvulsive therapy: 80 years old and still going strong. *World Journal of Psychiatry*, 9(1), 1-6. doi: 10.5498/wjp.v9.i1.1

Hopfe, M., Prodinger, B., Bickenbach, J. E., & Stucki, G. (2018). Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. *Disability & Rehabilitation*, 40(19), 2325–2330. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/09638288.2017.1334234>

Joanna Briggs Institute. (2017). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf

*Knight, F., Ridge, D., McShane, R., Ryan, S., & Griffith, L. (2017). Care, Control, and the Electroconvulsive Therapy Ritual: Making Sense of Polarized Patient Narratives. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1675-1685. doi: 10.1177/1049732317701403

*Kring, I. S., Bergholt, M. D., & Midtgaard, J. (2018). The Perspectives of Former Recipients and Experts on Stigmatization Related to Electroconvulsive Therapy in Denmark: A Focus Group Study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 25(5/6), 358-367. doi: 10.1111/jpm.12470

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kronsell, A., Nordenskjöld, A., & Tiger, M. (2019). Less memory complaints with reduced stimulus dose during electroconvulsive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 259, 296–301. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2019.08.064>

Leiknes, K. A., Berg, R. C., Smedslund, G., Schweder, L. J., Øverland, S., Hammerstrøm, K. T., & Høie, B. (2011). Electroconvulsive therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). doi: 10.1002/14651858.CD009105.

*Li, Y., An, F.-R., Zhu, H., Chiu, H. F. K., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Lai, K. Y. C., & Xiang, Y.-T. (2015). Knowledge and Attitudes of Patients and Their Relatives Toward Electroconvulsive Therapy in China. *Perspective in Psychiatric Care*, 52(4), 248-253. doi: 10.1111/ppc.12124

Matthews, A. M., Rosenquist, P. B., & McCall, W. V. (2016). Representations of ECT in English-Language Film and Television in the New Millennium. *Journal of ECT*, 32(3), 187-191. doi: 10.1097/YCT.0000000000000312

Mind. (Juli 2019). *What are the Side Effects of ECT?* <https://www.mind.org.uk/information-support/drugs-and-treatments/electroconvulsive-therapy-ect/side-effects-of-ect/>

Nordanskog, P., Hultén, M., Landén, M., Lundberg, J., von Knorring, L & Nordenskjöld, A. (2015). Electroconvulsive Therapy in Sweden 2013: Data From the National Quality Register for ECT. *The Journal of ECT*, 31(4), 263–267. doi:10.1097/YCT.0000000000000243

Orem D. E. (1997). Views of human beings specific to nursing. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 26–31. <https://doi.org/10.1177/089431849701000110>

Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 35-41. doi:10.1177/0894318410389061

Ottosson, J.-O. (2015). *Psykiatri* (åttonde uppl.). Liber.

Parker, M., & Hunt, J. (2019). Electroconvulsive therapy: A review. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, 35(7), 1–6. doi: 10.3109/15622970903559925

Payne, N. A., & Prudic, J. (2009). Electroconvulsive therapy: Part II: A biopsychosocial perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(5), 369–390. doi: 10.1097/01.pra.0000361278.73092.85

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of Nursing Science* (sjunde uppl.). Wolters Kluwer.

Popiolek, K., Bejerot, S., Brus, O., Hammar, Å., Landén, M., Lundberg, J., Nordanskog, P., & Nordenskjöld, A. (2019). Electroconvulsive therapy in bipolar depression - effectiveness and prognostic factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(3):196-204. doi:10.1111/acps.13075.

*Rajagopal, R., Chakrabarti, S., Grover, S., & Khehra, N. (2012). Knowledge, Experience and Attitudes Concerning Electroconvulsive Therapy Among Patients and Their Relatives. *The Indian Journal of Medical Research*, 135(2), 201-210. doi: PMC3336851

*Rajagopal, R., Chakrabarti, S., & Geover, S. (2013). Satisfaction With Electroconvulsive Therapy Among Patients and Their Relatives. *Journal of ECT*, 29(4), 279-286. doi: 10.1097/YCT.0b013e3182926010

Rush, G., McCarron, S., & Lucey, J. (2008). Consent to ECT: Patients' experiences in an Irish ECT clinic. *Psychiatric Bulletin*, 32(1), 15-17. doi:10.1192/pb.bp.107.015065

Sandman, L., & Kjellman, S. (2013). *Etikboken: Etik för Vårdande Yrken* (fjärde uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Seed, M. S., & Torkelson, D. J. (2012). Beginning the Recovery Journey in Acute Psychiatric Care: Using Concepts from Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(6), 394-398. doi: 10.3109/01612840.2012.663064

Sienaert, P. (2016). Based on a true story? The portrayal of ECT in international movies and television programs. *Brain Stimulation*, 9(6), 882-891. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.brs.2016.07.005>

da Silva Guimarães, J. C., Lima dos Santos, B., Gama de Souza Aperiensel, P. G., da Conceição Soares Martins, G., de Almeida Peres, M. A., & Franco Santos, T. C. (2018). Electroconvulsive therapy: historical construction of nursing care (1989-2002). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2743-2750. doi:10.1590/0034-7167-2018-0168

Socialstyrelsen. (december 2013). *Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna - meddelandeblad*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2013-12-34.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

Socialstyrelsen. (oktober 2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6936.pdf>

Socialstyrelsen. (27 mars 2020). *Bemötande.* <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/riskomraden/bemotande/>

Spång, L. (19 februari 2020) Depression hos vuxna.

<https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=39803&childId=15021>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser.* Hämtad 2020-04-09 från www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2014). *ECT - kliniska riktlinjer.*

<http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-ECT.pdf>

Ulfvarson, J. & Bergqvist, M. (2017). Omvårdnadsaspekter vid läkemedelsbehandling. I Edberg, A. & Wijk, H. (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (andra uppl., s. 729-754). Lund: Studentlitteratur.

U.S. Department of Health and Human Services. (1979). *The Belmont Report - Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.*

<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

World Health Organization. (30 Januari 2020). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (September, 2020). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Zhang, Q.-E., Zhou, F.-C., Zhang, L., Ng, C. H., Uhgvari, G.-S., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2018). Knowledge and Attitudes of Older Psychiatric Patients and their Caregivers Toward Electroconvulsive Therapy. *Psychogeriatrics*, *18*(5), 343-350. Doi: 10.1111/psyg.12326

Bilaga 1

Litteraturmatris

<i>Författare Land/år</i>	<i>Design</i>	<i>Population/ inklusions- och exklusions- kriterier</i>	<i>Urval/ bortfall</i>	<i>Metod</i>	<i>Resultat</i>	<i>Grade- ring</i>
Clarke, K.- A., Barnes, M. & Ross, D. Australien/ 2018	Feministisk narrativ intervju design	Inklusionskriterier: vara kvinna, vara minst 18 år, fått diagnosen depression, ha genomgått minst en behandling med ECT de senaste 12 månaderna.	Avsiktligt urval 7 kvinnor deltog i studien	Ljudinspelade semistrukture- rade intervjuer genomfördes på ungefär en timme. Narrativ intervjuteknik	Fyra teman framkom i resultatet: "Not enough information", "I had no other choice", "Just go along with it", "Lacking capacity"	Hög
van Daalen- Smith, C.L. Kanada/ 2011	Kvalitativ intervju- studie	Inklusionskriterier: vara kvinna, vara minst 18 år, tala engelska och ha genomgått minst en behand- ling med ECT.	Snöbollsurval 7 kvinnor deltog i studien.	Fenomeno- logisk metod	Sju teman gällande personer som genomgått ECT framkom från resultatet: "First- Person Accounts from the Women in the study", "Life Now for Women in the Study", "Life Before ECT for Women in the Study", "Don't Worry: What the Women were Told about ECT", "The Women's Experience with ECT", "Far Away Eyes: The Role of Nursing as Seen by the Women in the Study" och "Loss: The Impact of ECT on the Women in the Study"	Medel- hög

Ejaredar, M., & Hagen, B Kanada/ 2013	Narrativ intervju design	Inklusionskriterier: vara kvinna, vara minst 18 år, tala engelska och ha genomgått minst en behandling med ECT.	Bekvämlighetsurval 9 kvinnor deltog i studien	Ljudinspelade intervjuer genomfördes med narrativ intervjuteknik på ungefär en timme	Fyra teman kom fram från resultatet: "It's sort of like house cleaning.", "I don't remember the wedding.", "Made me stupider." och "Putting them in a cage with a bear."	Hög
Ejaredar, M. & Hagen, B. Kanada/ 2014	Kvalitativ narrativ intervju	Inklusionskriterier: vara kvinna, vara minst 18 år, tala engelska och ha genomgått minst en behandling med ECT.	Bekvämlighetsurval. 9 kvinnor deltog i studien.	Fenomenologisk metod med ca 60 minuters intervjuer	Fyra teman kom fram från resultatet: "he really didn't say much", "I'm going to be very upset with you", "I was just desperate" och "it was like we were cattle"	Hög
Fisher, P., Johnstone, L., & Williamson, K. Storbritannien/ 2011	Kvalitativ Intervju-studie	Inklusionskriterier: genomgått ECT senaste sex månaderna - fem åren, mottagit ECT på frivillig basis, inte var under tvångsvård och inte led av demens.	Alla som mötte inklusionskriterierna kontaktades via brev, detta var 56 personer. 12 personer svarade och gick med på att intervjuas. 12 personer deltog i studien	Semistrukturerade intervjuer på ungefär en timme genomfördes med varje deltagare	Fyra teman framkom i resultatet: "Information leading up to the decision", "Choice", "Ongoing impact of consent" och "Interpersonal process"	Hög
Knight, F., Ridge, D., McShane, R., Ryan, S., & Griffith, L. Storbritannien/ 2011	Narrativ intervju-studie	Inklusionskriterier: vara minst 18 år och ha genomgått ECT.	Urval skedde genom en kombination av olika plattformar. Vissa svarade genom annonser i tidningar eller via sociala medier. 18 personer deltog i studien	Ostrukturerade intervjuer	Både positiva och negativa narrativ framkom. De flesta lutade mot antingen negativa eller positiva men en deltagare var neutral. 12 deltagare ansåg att ECT hade varit fördelaktigt för dem. 6 deltagare beskrev att ECT hade haft en förvärrande effekt på deras välmående.	Hög

Kring et al. Danmark/ 2018	Kvalitativ, undersökande studie	Inklusionskriterier: vara minst 18 år, genomgått minst en behandling med ECT, inte varit inskriven på sjukhuset, inte ha en pågående depression och inte ha en pågående ECT.	6 personer rekryterades genom snöbollsurval, 2 dök ej upp. 4 kvinnor deltog i studien.	Intervjuer i två fokusgrupper. Fokusgrupp 1 var patienter	För den första fokusgruppen (patienter) framkom tre teman i resultatet: "Ambivalent attitudes", "Discrediting and exclusion" och "survival strategies"	Hög
Li et al. Kina/ 2015	Kvantitativ tvärsnittsstudie	Inklusionskriterier: patienter som var inskrivna på de åtta olika avdelningarna på Beijing Andings sjukhus, ha genomgått minst ett behandlingstillfälle med ECT och diagnoser: schizofreni, bipolär och djup depression.	235 deltagare tillfrågades och 210 patienter gick med på att delta.	Självrapporterade frågeformulär	Patienter fick inte tillräckligt med adekvat information innan ECT, specifikt information om processen, risker och biverkningar. Patienterna uppgav att den vanligaste biverkningen var minnesförlust. Patienterna hade en positiv attityd mot ECT och verkade nöjda med effekten.	Hög
Rajagopal, R., Chakrabarti, S., Grover, S., & Khehra, N. Indien/ 2012	Tvärsnittsstudie	Inklusionskriterier: patienter som levde med sina familjer, patienterna skulle vara i remission från sin sjukdom, och patienterna fick inte ha någon organisk psykisk störning.	Alla som hade mottagit ECT under 2006 och 2008 som mötte inklusionskriterierna blev kontaktade och tillfrågade i person alternativt via telefon eller brev om att delta i studien. 77 patienter och deras anhöriga deltog i studien.	Självrapporterade frågeformulär	Patienterna saknade kunskap om behandlingen. En stor del av patienterna uttryckte missnöje med informationen om samtycke, rädsla för behandlingen och minnesnedsättning. Flertalet av patienterna var positiva till ECT även om en del var tveksamma. De anhöriga var i högre grad mer informerade och positivare inför ECT än patienterna. Anhöriga var även mer nöjda med upplevelsen.	Hög

<p>Rajagopal, R., Chakrabarti, S., & Grover, S</p> <p>Indien/ 2013</p>	<p>Tvärsnittsstudie</p>	<p>Inklusionskriterier: patienter som levde med sina familjer, patienterna skulle vara i remission från sin sjukdom och patienterna fick inte ha någon organisk psykisk störning.</p> <p>Anhöriga som inkluderades var friska vuxna som hade en aktiv del i att ge samtycke till ECT samt att se efter patienten under ECT.</p>	<p>Alla som hade mottagit ECT under 2006 och 2007 som mötte inklusionskriterierna blev kontaktade och tillfrågade att vara med i studien. Detta innefattade 110 patienter.</p> <p>50 patienter och deras anhöriga deltog i studien.</p>	<p>Frågeformulär med 44 frågor.</p> <p>Deltagarna fick svara på en fem-gradig skala där ena halvan var åt det positiva hållet och andra halvan åt det negativa hållet.</p> <p>Anhöriga fick svara på frågor som var något annorlunda.</p>	<p>54% av patienterna i studien var nöjda med ECT. 54% var nöjda med resultatet av ECT. 58% var nöjda med personalen som administrerat ECT. 63% var nöjda med effekterna på sina symtom efter ECT. 22%-50% av patienterna var osäkra på sina svar, dock var total missnöjdhet med ECT ovanligt.</p> <p>Anhöriga var mer nöjda än patienterna i nästan varje aspekt av behandlingen. Trots att de flesta var nöjda med ECT, fanns det en viss missnöjdhet gällande informationen de fått innan ECT, rädsla för ECT samt risken för kvarvarande kognitiva biverkningar.</p>	<p>Hög</p>
<p>Zhang et al.</p> <p>Kina/ 2018</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie</p>	<p>Inklusionskriterier: diagnoser: schizofreni, bipolär eller djup depression enligt ICD 10, var äldre än 55 år, fått ECT senaste 6 månaderna, förstår innehållet i studien samt inga kognitiva nedsättningar.</p>	<p>122 var inbjudna genom att bli tillfrågade på sjukhuset varav 4 nekade medverkan.</p> <p>118 patienter deltog i studien.</p>	<p>Självrapporterade frågeformulär</p>	<p>ECT var generellt sett som fördelaktig, effektiv och säker.</p> <p>Över hälften av patienterna rapporterade biverkningar orsakade av ECT, där minnesförlust var den mest framstående.</p> <p>Patienterna uppgav att otillräcklig korrekt information om ETC-processen, dess negativa effekter och risker gavs till patienterna innan behandlingen.</p>	<p>Medelhög</p>