



Mielenterveyshoitotyön historia ja kehitys Suomessa

Videodokumentti terveysalan opiskelijoille

Ilvonen Netta

Mustaparta Nea

2024 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Mielenterveyshoitotyön historia ja kehitys Suomessa

Videodoku-

mentti terveysalan opiskelijoille

Ilvonen Netta, Mustaparta Nea
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
4/2024

Ilvonen Netta, Mustaparta Nea

Mielenterveyshoitotyön historia ja kehitys Suomessa - videodokumentti terveysalan opiskelijoille

Vuosi

2024

Sivumäärä

53

Tämän kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Suomen mielen-terveyshoitotyön historiaa ja kehitystä käsittelevä videodokumentti Laurean terveysalan opiskelijoille perehdytysmateriaaliksi mielen-terveyshoitotyöhön. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli vähentää mielen-terveyshäiriöihin liittyvää stigmaa sekä lisätä terveysalan opiskelijoiden ymmärrystä mielen-terveyshäiriöistä kärsiviä potilaita kohtaan. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa mielenkiintoinen ja informatiivinen videodokumentti, jonka tarkoituksena oli lisätä opiskelijoiden tietoa ja ymmärrystä mielen-terveyshoitotyön historiaa kohtaan. Mielenterveyshoitotyön historiaa ei juurikaan ole käsitelty osana sairaanhoitajakoulutusta. Historian tunteminen auttaa ymmärtämään mielen-terveysongelmiin liittyvien kielteisten asenteiden juurisyytä sekä nykypäivän mielen-terveyshoitotyön perustaa.

Työn tietoperustana käytettiin sairaala-arkistojen materiaaleja, kirjallisia ja sähköisiä lähteitä, tutkimuksia sekä väitöskirjoja. Teoreettisessa viitekehyksessä käydään kronologisessa aikajärjestyksessä läpi eri aikakausien hoitomenetelmiä ja muotoja, asenteita sekä potilaiden kohtelua. Videodokumentissa käsitellään suomalaisen mielen-terveyshoitotyön kehitystä 1500-luvulta aina tähän päivään asti. Laadittujen tavoitteiden täyttymistä arvioitiin keräämällä palautetta kyselylomakkeen avulla. Videodokumenttia käsittelevä kysely esitettiin työn kohde-ryhmälle eli Laurean terveysalan opiskelijoille sekä mielen-terveyshoitotyön lehtoreille. Videon aihe koettiin mielenkiintoiseksi, perehdytykseen sopivaksi ja aiheesta haluttiin oppia lisää. Opinnäytetyötä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää terveysalan opiskelijoiden oppimateriaalina.

Asiasanat: mielen-terveys, mielen-terveyden häiriöt, mielen-terveyshoitotyö, historia, hoitomenetelmät, videodokumentti

Ilvonen Netta, Mustaparta Nea

History and development of mental health nursing in Finland - video documentary for nursing students

Year 2024

Pages

53

Abstract

The purpose of this developmental thesis was to produce a video documentary about the history and development of mental health care work in Finland for Laurea's nursing students as an orientation material for mental health nursing course. This thesis was made in collaboration with Laurea University of Applied Sciences. The aim of this thesis was to reduce the stigma associated with mental health disorders and increase the awareness of nursing students towards patients suffering from mental health disorders.

In addition, the aim of this thesis was to produce an interesting and informative video documentary. The purpose of the video was to increase students' knowledge and understanding of the history of mental health nursing. The history of mental health nursing has not been part of the nursing education. Knowledge of history helps one to understand the root causes of negative attitudes related to mental health problems and the basis of today's mental health nursing.

Materials from hospital archives, written and electronic sources, studies and dissertations were used as the database of this work. The theoretical framework proceeded in chronological order, including treatment methods and forms, behavior and attitudes towards patients. The video documentary discussed the development of Finnish mental health nursing from the 16th century until today. The fulfillment of the established goals was evaluated by collecting feedback using a questionnaire. The survey about the video documentary was presented to the target group of Laurea's nursing students and lecturers of mental health nursing. The topic of the video was found to be interesting and suitable for orientation. All the students and lecturers felt like they wanted to learn more about this topic. In the future, this thesis benefits nursing students as a study material.

Keywords: mental health, mental health disorders, mental health nursing, history, treatment methods, video documentary

Sisällys

1. Johdanto	7
2. Mielen hyvinvointi	8
3. Suomalaisen mielenterveysshoitotyön historia.....	9
3.1. 1500-1600-luku.....	10
3.2. 1700- luku.....	11
3.3. 1800- luku.....	12
3.4. 1900- luku.....	14
3.5. 2000-luku	18
3.6. Tauti- ja diagnoosiluokitukset	19
3.7. Hoitomenetelmiä historiasta	23
3.8. Hoitohenkilökunta	27
4. Tarkoitus ja tavoite	30
5. Oppiminen	30
5.1. Videodokumentti.....	30
5.2. Opetusvideo	31
6. Kehittämistyö	31
6.1. Kehittämistyön menetelmät.....	32
6.2. Työelämäkumppani	33
6.3. Prosessin kuvaus	33
7. Kyselytutkimus	35
7.1. Rekrytointi.....	37
7.2. Likertin asteikko	37
7.3. Aineiston analysointi	38
8. Tulokset.....	38
9. Pohdinta.....	44
9.1. Luotettavuus ja etiikka	45
9.2. Jatkokehittämiskohteet ja käytettävyys	47
9.3. Itsearviointi.....	47
Liitteet	53

1. Johdanto

”En minä hullu oo, sielu vaan on kippee.”

(Lainaus kainuulaisen mäkitupalaisen vaimon huomautuksesta hoitajalleen.)

1800-luvun alkupuoliskolla Keski-Euroopassa syntyi uusi lääketieteen erikoisala, psykiatria. Vuoteen 1850 mennessä Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa oli perustettu jo useita mielisairaaloita. Suomalaisessa mielisairaanhoidossa alkoi uusi aikakausi vuonna 1840, kun voimaan astui keisarillinen asetus houruinhoidosta. Tämä oli Suomen ensimmäinen mielisairaslaki, jossa tunnistettiin mielisairaudet ja määrättiin potilaat tämän perusteella hourukuurin alaiseksi. Hourukuureja toteutettiin Lapinlahden houruinhoitolassa sekä Seilin hospitaalissa. (Pietikäinen 2020, 26-27.)

Mielenterveysongelmista kärsivä yksilö suljetaan helposti yhteisön ulkopuolelle ja voidaan leimata epänormaaliksi. Mielenterveysongelmiin liittyvä stigma tarkoittaa negatiivista leimaimista ja pahimmillaan syrjimistä. Diskriminoinnin, eli syrjimisen taustalla on tietämättömyyttä, kielteisiä asenteita sekä ennakkoluuloja. Stigma ilmenee yksilön subjektiivisena kokemuksena, johon liittyy pelkoa, häpeää, sekä uskomus siitä, että on arvoton tai kelpaamaton. Häpeäleima vaikeuttaa avun hakemista ja hoitoon pääsyä, sekä riski syrjäytymiselle kasvaa. Stigmaa voidaan vähentää muun muassa oikean tiedon jakamisella sekä lisäämällä etenkin sosiaali- ja terveysalojen ammattilaisten osaamista. Yhteiskunnallisella tasolla jokainen voi vaikuttaa arvioimalla omia asenteita ja uskomuksia mielenterveysongelmia kohtaan. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 16.)

Historia perustuu tutkimukseen menneestä. Historian tunteminen avartaa yksilön maailmankuvaa, antaa työkaluja tulevaisuuden puntaroimiseen sekä ennen kaikkea auttaa ymmärtämään nykyisyyttä (Tampereen yliopisto 2024.) Historiaa tuntemalla voimme paremmin ymmärtää nykypäivän mielenterveyshoitotyön lähtökohdat ja sen tähänastisen kehityksen (mukaan lukien kehitykseen vaikuttaneet seikat, kuten tutkimukset sekä ajan myötä lisääntyvä näyttöön perustuva tieto). Psykiatrian historian- sekä mielenterveyshoitotyön lähtökohtien tunteminen tukee tulevien terveydenhoitoalan ammattilaisten tietoperustaa. Tarkastelemme Suomen mielenterveyshoitotyön historiaa ja kehittymistä pyrkimyksenä luoda yhtenäinen kuva siitä, millaista vallitsevan ajatusmaailman, siitä poikivan yhteiskunnallisen suhtautumisen sekä käytännön hoitotyön kehitys on ollut noin 1600- luvulta tähän päivään asti.

2. Mielen hyvinvointi

Mielenterveys on moninainen käsite, jota on vaikea määritellä. Mielenterveyteen vaikuttavat yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Läpi elämän vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa perintötekijät, äidin raskaudenaikainen terveys, kehittyneet vuorovaikutussuhteet, positiiviset ja negatiiviset elämäntapahtumat (etenkin kriisit ja traumat) sekä sosiaalinen verkosto. Perintötekijöiden vaikutus mielenterveyteen on suuri, mutta se ei yksistään määrittele ihmisen mielenterveyttä. Mielenterveys ei ole absoluuttinen käsite, vaan kuten muukin terveydentila, myös mielenterveys vaihtelee ja muovautuu yksilön henkilökohtaisten kokemusten myötä (Toivio & Nordling 2013, 60.) WHO on määritellyt (2022) mielenterveyden hyvinvoinnin sellaiseksi tilaksi, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa, työskentelemään tuottavasti sekä selviämään elämään kuuluvista haasteista ja toimimaan aktiivisena osana yhteisöään.

Mielenterveyden häiriöt

Mielen oireet, kuten ahdistuneisuus ja suru, kuuluvat hetkittäin normaaliin elämään. Kun henkilön mielialaan liittyvät ongelmat rajoittavat elämää huomattavasti ja pitkäaikaisesti, puhutaan mielenterveyden häiriöistä. Tällöin henkilön tunteet ja ajatukset voivat aiheuttaa kärsimystä, heikentäen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat mielialahäiriöt, persoonallisuuden häiriöt, psykoottiset häiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, dissosiaatiohäiriöt, syömishäiriöt sekä elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt. (Duodecim, 2022.)

Etenkin pitkäaikaisesti jatkuneina, huolta herättäviä mielenterveyden oireita ovat esimerkiksi mielialan muutokset, kognitiiviset vaikeudet, unihäiriöt, hermostuneisuus, harhat, ruokailuun liittyvät ongelmat, toimintakyvyn heikkeneminen, aistilyherkistyminen, itsetuhoinen käytös, ulkopuolisuuden tunne sekä apaattisuus. Ammattiavun piiriin hakeutuminen on suositeltavaa silloin, jos läheiset tai henkilö itse on huolissaan psyykkisestä voinnistaan. (Rovasalo, 2021.)

Mielenterveysshoitotyö

Mielenterveystyön tärkein tavoite on ihmisten hyvinvoinnin lisääminen, työ- ja toimintakyvyn turvaaminen sekä yksilön luonteen kasvun edistäminen. Mielenterveystyö käsittää mielenterveyden edistämisen lisäksi mielenterveyshäiriöiden hoidon ja kuntoutuksen. Mielenterveystyön tärkein painopiste on mielenterveyden edistäminen, vaikka usein sen kuvitellaan kohdistuvan pelkästään sairauksien hoitoon. Mielenterveystyö toteutuu Suomessa moninaisesti kaikilla sektoreilla. Tällaisia sosiaali- ja terveysalan sektoreita ovat esimerkiksi neuvolat, päiväkodit, koulut, lastensuojelu, työpaikat, työterveyshuolto, erikoissairaanhoidon yksiköt ja erilaiset potilasjärjestöt sekä kolmannen sektorin palvelut. Nykyään kansalliset suositukset painottavat mielenterveystyössä erityisesti potilaan osallisuutta sekä hänen asemansa

vahvistamista, hyvää hoitoa, päihteettömyyttä ja ongelmien sekä haittojen ehkäisyä (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 27-28.)

Hoitomenetelmät

Hyvä psykiatrinen hoito tukee potilaan kokonaisvaltaista vointia. Psykiatrisen potilaan hoitoon voi sisältyä esimerkiksi haastatteluita, lääkehoitoa, ryhmä- ja yksilökeskusteluja, vertaistukea, sähköhoitoa, terapiaa sekä tutkimuksia. Suomessa psykiatrinen hoito perustuu potilaalle yksilöllisesti laadittuun hoitosuunnitelmaan. Potilaan voinnin mukaisesti hoito tapahtuu joko sairaalassa tai avohoidossa. Psykkisten sairauksien tavallisin hoitomuoto on avohoito. Avohoidossa potilas tapaa terveydenhuollon ammattilaista aina sovittuina aikoina, joko läsnä tai etänä. Avohoito soveltuu potilaalle, jonka oireet eivät vaadi ympärivuorokautista hoitoa. Avohoidon ollessa riittämätöntä käytetään osastohoitoa turvaamaan vaikeista mielen-terveysongelmista kärsivän potilaan tilaa. Psykiatrinen osastohoito tarjoaa potilaalle kuntoutusta, hoitoa sekä tehostettua tutkimusta. (Mielenterveystalo 2023.)

Terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 8§) perustuen terveydenhuollon toiminnan on pohjauduttava sekä näyttöön että hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan mahdollisen olemassa olevan tutkitun tiedon hyödyntämistä päätöksissä, jotka koskevat sosiaali- ja terveystalouden asiakasta. Näyttöön perustuvalla toiminnalla pyritään eettisyyteen, käyttämään resurssit tehokkaasti ja hyödyllisesti sekä tarjoamaan kaikille yhdenvertaista hoitoa. Näyttöön perustuvan toiminnan keskeisiä osia ovat työmenetelmien soveltaminen käytäntöön, sekä näiden toimintamallien ylläpitäminen. Työmenetelmä on näyttöön perustuva, kun sen todetaan toimivan verrokkiryhmää paremmin jonkin tietyn häiriön hoidossa sekä ennaltaehkäisyssä. (THL 2022.)

3. Suomalaisen mielenterveyshoitotyön historia

Historia- sana tulee Kreikan kielestä, joka tarkoittaa kertomusta. Historiallinen lähestymistapa auttaa ihmisiä oppimaan ja ymmärtämään paremmin nykyisyyttä. Lyhykäisydessään voidaan siis todeta, että menneisyyden tarkastelu on välttämätöntä ymmärryksen lisäämisen kannalta. Kun käsitys ajan kulusta realisoitui ja syveni, voitiin todelliset tapahtumat sijoittaa aikajärjestykseen. Historian aineksista, lauluista ja legendoista muodostui vähitellen yhtenäinen kertomus. 40- osaisen historiateoksen kirjoittaja, antiikin kreikkalainen Polybios (n. 200-120 eaa.) nimitti historiaa "elämän opettajaksi". Antiikin aika oli historian kehityksessä merkittävä vaihe, josta polveutuu muun muassa meidän aikakautemme eurooppalainen historiankirjoitus. (Jerofejey 1979, 9-16.)

“On luultavaa, että tulevien vuosikymmenien ihmiset arvostelevat meitä samoin kuin meillä on taipumus arvostella menneitä sukupolvia. Tämä on hyvä muistaa ajatellessamme psykiatrian historiaa, joka opettaa meille paljon. Psykiatrian tärkeimpiä näkökulmia on ihmisen kunnioittaminen.” (Achté 1974.)

3.1. 1500-1600-luku

Keskiajalla sekä uuden ajan alussa Suomen sairaanhoitolaitoksia nimitettiin köyhäntaloiksi, joita kutsuttiin myös houruinhuoneiksi sekä pyhän hengen huoneiksi. Laitoksen asukkaat olivat vammautuneita, sokeita tai psykoottisia. Köyhäntalot tarjosivat vuodepaikan myös kodittomille, orvoille, sairaille ja köyhille. Vuonna 1568 Turun hospitaalin pyhänhengenhuoneessa oli 18 asukasta. Asukkaat kärsivät joko mielisairaudesta tai leprasta. (Achté 1991, s.21.)

Seilin hospitaalin houruinhuone aloitti toimintansa 1600- luvulla. Turun hospitaalin hoidokit siirrettiin kuningas Kustaa II Adolfin käskystä Seilin saarelle vuonna 1622. (Seili 2023) Ennen houruinhoitoa saarelle eristettiin lepraa sairastavat henkilöt. Samaa eristämisyjärjestelmää sovellettiin vuodesta 1624 alkaen myös mielisairaisiin, joiden tilan katsottiin olevan parantumaton ja elinikäistä laitospaikkaa vaativa. Mielisairauksia pidettiin vaarallisina, sillä pahan uskottiin tarttuvan. Vaikeasti mielisairaita pelätettiin, jonka vuoksi heidät suljettiin laitoksiin. Tähän aikaan mielisairaanhoitolaitoksia ei ollut olemassa, joten potilaat lähetettiin leprahospitaaleihin eristykseen muista ihmisistä. Leprapotilailla oli hoitajia, kun taas mielisairailta oli ainoastaan vartijoita. (Achté 1991, s.22.) Seilin saarella mielisairaiden hoito koostui lähinnä vaatteista, ruoasta ja viinasta. Kuolleisuus saarella oli 1600- luvun loppupuolella noin 20-30 %. (Seili 2023.) Vaivaistuvat olivat hyvin vaatimattomia. Vuonna 1670 Turun läänin maaherra kuvaa seuraavin sanoin Seilin rakennusten kuntoa ”kauan sitten Seilin hospitaaliin sairaita varten rakennetut rakennukset ovat niin ränsistyneitä, että sairaita vaivoi kykenevät niissä suojautumaan kylmyydeltä ja huonoilta säiltä”. (Helminen 2014, s.25.) Kruunupyyn ja Seilin hospitaaleissa oli houruinhuoneiden lisäksi myös vankihuoneet, jonne saatettiin teljetä kaikkein haastavimmat potilaat.

Uuden ajan alussa uskottiin mielisairauksien johtuvan siitä, että paholainen oli riivannut järjensä menettäneen sielun. Mielisairauksien katsottiin olevan Jumalan rangaistus henkilön pahoista teoista. Tämä oikeutti potilaitten eristämisen, huonon kohtelun sekä kahlehtimisen. Potilaita saatettiin kutsua myös vangeiksi. 1600- luvulla vähävaraisten mielisairaiden pääasiallinen hoito oli eristämistä, eikä minkäänlaista lääkärinhoitoa ollut saatavilla. Rikkaiden mielisairaitten hoito oli tavallisesti samaa kuin sisätaudeissa. Käytettyjä hoitomenetelmiä olivat peräruiskeet, oksennuslääkkeet sekä suonensisäntä, eli veren valuttaminen suonesta. (Achté 1991, s.22-23.) Nämä hoitomenetelmät perustuivat uskomukseen, että erilaiset

sairaudet aiheutuivat elimistön nesteiden epätasapainosta. Tähän aikaan potilaita lääkittiin myös nykyään myrkyllisiksi luokitelluilla aineilla. (Seili 2023.)

3.2. 1700- luku

1700-luvulla Suomeen perustettiin 7 lääninlasarettia, eli pieniä kuntien sairaanhoitolaitoksia. Laitokset sijoituivat Turkuun, Helsinkiin, Heinolaan, Hämeenlinnaan, Vaasaan, Viipuriin ja Ouluun. Lasareteissa potilaiden tuli tavallisesti maksaa hoidostaan, mutta asuinkunta kustansi varattomien potilaiden kulut. Lasaretit olivat tarkoitettu somaattisesti sairaille, mutta laitoksissa saatettiin hoitaa myös mielisairaita. (Achté 1991, 23.) 1700- luvun lopulla lepran kadottua suomesta, Turun Seiliin alettiin sijoittaa entistä enemmän mielisairaita. 1800-luvun alussa hospitaali siirrettiin pääsaarelle, jonne rakennettiin mielisairaala, entinen Huruinhuone. (Seili 2023).

Ensimmäinen erillinen osastorakennus mielisairaille rakennettiin Oulun lääninlasaretissa. Osasto avattiin vuonna 1805, ja mielisairaiden hoidosta vastasi lääkäri. Lasareteissa mielisairaiden hoitomenetelmiä olivat esimerkiksi oksennuskuurit, englanninsuola, kamferi, espanjankärpäsvoide, kylmät kääreet ja kylvyt. (Achté 1991, 23.)

Hoitomenetelmänä mielisairaanhoidossa vettä alettiin hyödyntämään 1700-1800- lukujen vaihteessa. Hoitokeinoja olivat esimerkiksi kylmät yllätyskylvyt tai pään painaminen veteen. Varsinaisena hoitavana tekijänä ajateltiin olevan pelko ja järkytys, joiden toivottiin tuovan järjestystä mielisairaahan potilaan vääristyneeseen mieleen. Säikähtämisellä ajateltiin olevan potilasta terveyhdyttävä vaikutus ja pelotemenetelmien käyttö hoitotyössä oli yleistä. Yllätyskylvyssä potilaan päätä pidettiin veden pinnan alla Herranrukouksen ajan. Suihkukylvyissä potilaitten päähän kaadettiin kylmää vettä useiden minuuttien ajan, kunnes potilaan orvaskesi alkoi verestää. Suihkuja annettiin suomalaisissa lääninlasareteissa. Kylmillä kylvyillä ei saatu tavoiteltua rauhoittavaa vaikutusta, lisäksi potilaat vastustivat niitä. Ammehoito levisi 1800-luvun loppupuolella eurooppalaisissa mielisairaiden hoitolaitoksissa. Pitkäaikaisilla lämpimillä kylvyillä huomattiin olevan rauhoittava vaikutus potilaaseen. Suomalaisissa sairaaloissa ammehoidon toteuttamista hidasti kylpyosastojen puute. (Rissanen 2019, 7-9.)

3.3. 1800- luku

Varsinainen hulluuden lääketieteellistyminen alkoi 1800- luvulla. Tällöin mielisairaiden hoitopaikkoihin alettiin liittää parantavaa ideologiaa. Ennen tätä mielisairaaloiden ei odotettu parantavan potilaitaan - hullujenhuoneita perustettiin tällöin turva- ja asuinpaikoiksi mielisairaille. (Pietikäinen 2013, 147.) Suosittuja hoitomenetelmiä mielisairauksien hoitoon 1800-luvulla olivat kylmät ja kuumat kylvyt, suoneniskentä, kuppaaminen, laksatiivit, oksennusviihikivi, elohopeavoiteet sekä stimulantit, joista tärkein oli alkoholi. Mielisairauksia parantavina lääkkeinä pidettiin esimerkiksi jodia, digoksiinia, oksennusjuuria, oopiumia sekä elohopeaa. Maanisia potilaita hoidettiin sulkemalla pimeisiin huoneisiin stimulaation vähentämiseksi. Potilaat saivat usein myös moraalista opetusta, sillä sairaudet katsottiin pahatapaisuudeksi, ja ajateltiin oikean tiedon saavan heidät parantamaan tapansa. (Achté 1991, 50-55.)

Keisarillinen asetus ja ensimmäinen lainsäädäntö

Lääketieteellinen mielisairaanhoido Suomessa käynnistyi vuonna 1809 seurauksena Suomen liittymisestä osaksi Venäjän valtakuntaa (Pietikäinen 2013, 161.) Vuonna 1840 keisari Nikolai I antoi mielisairaanhoidoa koskevan keisarillisen asetuksen. Asetus oli Suomen ensimmäinen mielisairaanhoidoa koskeva lainsäädäntö, joka säätelä vastentahtoisen hoidon kriteereitä sekä mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Asetuksessa keisari määräsi Helsinkiin rakennettavaksi Lapinlahden houruinhuoneen, jonne lähetettäisiin potilaita koko Suomesta. Kruunupyynn hospitaali määrättiin lakkautettavaksi ja Seilin hospitaali muutettavaksi parantumattomasti sairaiden potilaiden turvalaitokseksi. (Achté 1991, 38.) Mielisairaiden epäinhimillinen kohtelu sekä huutokauppaaminen nousivat otsikoihin 1880- luvulla mm. Canthin ja Ahon teosten myötä. Huutokaupat olivat virallisesti kielletty, mutta jatkuivat pitkälle 1900-luvulle saakka. (Rissanen 2022, 68.)

Lapinlahden sairaala

Lapinlahden sairaala valmistui vuonna 1841 Helsinkiin. 1800- luvulla mielisairaanhoido sairaalassa oli potilaiden säilömistä. Potilaiden kohtelu oli julmaa ja sairaalaoolosuhteet karuja. Yleisiä käytettyjä hoitomenetelmiä olivat kylvyt ja nesteiden epätasapainon hoito. Potilaiden hillinnässä käytettiin paljon pakkokeinoja, kuten pakkopaidat ja selliin sulkeminen. Lapinlahdessa potilaiden hoidossa käytettiin lääkeyrttejä. Potilaiden rauhoittamiseen ja nukuttamiseen käytettiin 1800-luvun lopulla esimerkiksi morfiinia ja kloraalihydraattia. (Lapinlahden lähde 2023).

Pakkokeinot psykiatrisessa hoidossa

Pakkovälineiden -ja keinojen käyttö oli suosittua 1800- luvulla. Pakkuvälineitä -ja menetelmiä olivat esimerkiksi pakkopaita, pakkorukkaset, pakkovuode, kahlitseminen, eristäminen ja sitominen. Hoitomenetelmien tarkoituksena oli rauhoittaa potilasta, ja estää tätä vahingoittamasta itseään tai muita henkilöitä. Pakkokeinojen käyttö oli yleistä tilanteissa, joissa potilas vastustaa hoitoa. Eristys -ja pakkotoimet usein lisäsivät potilaan katkeruutta ja rauhatonmuutta. (Achté 1991, 50-55.)

Seili naisten mielisairaala

Seilin miespotilaat siirrettiin Käkisalmen sairaalaan vuonna 1889. Tästä eteenpäin vuosina Seilin sairaala toimi ainoastaan naisten mielisairaala, kunnes se lopetti toimintansa vuonna 1962. Seiliin määrättyt naiset olivat tavallisesti nuoria, alempiluokkaisia, naimattomia ja joskus myös rikoksista tuomittuja. Mielisairaaksi diagnosoiminen saattoi tähän aikaan merkitä myös sosiaalisista syistä johtuvaa yhteiskunnasta eristämistä. Seilissä käytetyt hoitomuodot olivat tähänkin aikaan vähäisiä, tosin potilaiden käyttäytymistä ja yleistä terveydentilaa seurattiin tarkemmin. Yhtenä tärkeänä hoitomuotona oli työterapia, jossa hyödynnettiin työntöön hoidollista vaikutusta. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että potilaat kutoivat itse kangaita ja valmistivat niistä vaatteita. (Seili 2023.)

Kohti 1900-lukua

1800- luku merkitsi Suomen psykiatrisessa historiassa pitkälti mielisairaanhoidon perustan varamista (Pietikäinen 1991,160.) Keisari Aleksanteri III antoi vuonna 1889 uuden mielisairasasetuksen, jonka mukaan valtiolle jäi suuri vastuu mielisairaiden hoidon laitoksista ja rahoituksesta. Tämän lisäksi kunnat ja kaupungit joutuivat ottamaan mielisairaanhoidosta vastuuta. Laitospotilaat jaettiin parantuviin ja parantumattomiin, joka määräsi heidän hoitopaikkansa. Laitokset jaettiin keskus- eli parannuslaitoksiin, vastaanottolaitoksiin sekä parantumattomasti sairaille tarkoitettuihin turvalaitoksiin. (Rissanen 2022, 68-70.) Parantumattomasti sairaiden laitoksia kutsuttiin B-laitoksiksi. (Jäntti 2022, 65-66). 1800-luvun lopulla avattiin kaksi suurta valtion mielisairaala; Niuvanniemi ja Pitkäniemi. Uusi mielisairaslaki säädettiin ja kuntien vaivaistaloihin perustettiin omia mielisairasosastoja. Vuonna 1894 Lapinlahdessa aloitettiin psykiatrian opetus. Vuosisadan vaihtuessa Helsingin yliopistoon luotiin mielitautiopin professuuri. Tällöin myös julkaistiin ensimmäiset suomalaiset psykiatriset teokset. (Pietikäinen 2013, 47.)

Keskuslaitoksia olivat Lapinlahti, Niuvanniemi sekä Pitkäniemi. Turvalaitoksia Seili sekä Käki-salmi. Näiden lisäksi suomalaisissa lääninsairaaloissa toimi vastaanottolaitoksia, jotka ottivat vastaan akuutisti sairastuneita, vaarallisia ja oikeuspsykiatrisia potilaita. Myös vaivaistalojen mielisairasosastoilla hoidettiin psyykkisiä potilaita, joiden määrä oli nopeassa kasvussa. Suurimpiin kaupunkeihin (Turku, Helsinki, Viipuri & Tampere) perustettiin kaupunkien omia mielisairaaloita. Merkittävää oli, että ensimmäistä kertaa tällöin erotettiin käsitteellisellä tasolla toisistaan mielisairaanhoidon ja köyhäinhoito. (Rissanen 2022, 69-71.)

3.4. 1900- luku

1900-luvun Suomessa ristiriitaa ja keskustelua aiheutti mielisairaanhoidon järjestämisen vastuu. Valtiolta puuttui taloudelliset edellytykset, kuntien kohdalla taas pelättiin hoidon jäävän huonosti resursoituksi osaksi köyhäinhuoltoa. Kuntien aktiivisuus johti siihen, että Suomeen syntyi 1930- luvun loppuun mennessä yhteensä 15 piirimielisairaala. Potilaspaikkoja laitoksissa oli yhteensä noin 5000. Piirimielisairaalat erosivat toisistaan kokonsa ja toimintamallien, kuten uusien hoitomuotojen käyttöönoton suhteen. Piirimielisairaaloitten potilaat olivat sopimattomia muissa oloissa hoidettavaksi, eli esimerkiksi parantumattomasti sairaita, köyhiä ja muille vaarallisia. Piirimielisairaalaverkoston muodostuminen oli osa suomalaisen yhteiskunnan 1900-luvun modernisaatioprosessia. Teollistuminen ja muut yhteiskunnalliset muutokset 1900-luvulla vaikuttivat myös suhtautumiseen mielisairaisiin. Kansalaisen katsottiin tulevan kantaa vastuu itsestään sekä perheenjäsenistä. Työkyvyttömyyden, siveettömyyden ja poikkeavuuden vuoksi mielisairaita suljettiin yhteisöjen ulkopuolelle. (Rissanen 2022, 71-74.)

Christian Sibeliuksen ylilääkärikaudella 1900- luvun alussa Lapinlahdessa pyrittiin hoidon inhimillistämiseen ja pakkokeinojen vähentämiseen. Silloista hoitokulttuuria vallinneista tavoista, kuten kurista, näköalattomuudesta ja potilaiden säilömisestä haluttiin eroon. Sellit hävitettiin, ja ne korvattiin potilaiden yhteisillä tiloilla. Sairaala laajennettiin ja uudistettiin sekä hoitohenkilökuntaa lisättiin. Myös esimerkiksi puutarha luotiin potilaiden virkistyskäyttöön. Sairaalan hoitokäytänteillä pyrittiin huomioimaan inhimillisyys, vapaus ja viihtyvyys. (Pietikäinen 2013, 47-48.) Vuonna 1914 Lapinlahdessa järjestettiin ensimmäinen mielisairaanhoidajakurssi, jonka myötä mielisairaanhoidajan koulutus alkoi ammatillistumaan (Lapinlahden lähde 2023.) Myöhemmin myös Pitkäniemi sekä Niuvanniemi aloittivat vastaavan koulutuksen. Ennen tätä mielisairaanhoidajat eivät olleet saaneet varsinaista koulutusta. (Pietikäinen 2013, 50.)

Kellokosken sairaala

Kellokosken sairaala (ent. piirimielisairashoitola) ehti toimia psykiatrisena hoitolaitoksena Tuusulassa 100 vuoden ajan, vuosina 1915-2015. 1900- luvun alkupuoliskolla kunnanlääkäri Arthur Molander vieraili Kellokosken piirimielisairashoitolassa viikoittain. Tähän aikaan

hoitajien kirjaukset potilaista koostuivat lähinnä erilaisista symboleista ja merkinnöistä, jotka liittyivät ainoastaan potilaan ei-toivottuun käytökseen sekä mahdollisiin eristys- ja (pakko)hoitotoimenpiteisiin. Tavatonta ei myöskään ollut se, ettei potilaasta ollut yhtään merkintää useamman hoitovuoden aikana. Sairaalan ensimmäisen toimintavuoden aikana potilaita oli 87 ja oppikurssin käyneitä hoitajia 4. Keski-Uusimaa lehti julkaisi vuonna 1924 nimettömän artikkelin, joka sisälsi raskaita syytöksiä sairaalan toimintaa- sekä henkilökuntaa kohtaan. Artikkelissa mainittiin muun muassa että ”Sairaalassa ei ole lainkaan yöhoitajaa, potilaat joutuvat olemaan oman onnensa nojassa. Huoneiden sisälämpötila saattaa laskea alle 10 asteen, vaikka lattiatjalla makaa alaston, kuoleva potilas. Huoneiden lattiat ovat kärkeä sementtiä. Vain 4 hoitajaa on käynyt oppikurssin, lopuista ei voi sanoa muuta kuin että miten ihmeessä ja kenen toimesta heidät on voitu sairaalan suojiin pesittää ”. Artikkelin kirjoittajaksi epäiltiin kunnanlääkäri Arthur Molanderia. (Hulluus kylässä 2016).

Vuonna 1931 sairaalan ylihoitajattareksi valittiin Anna Packálen. Hän oli suorittanut sairaanhoitajattaren kolmivuotiset opinnot Marian sairaalan koulussa v. 1915-1918. Ylihoitajatar Packálenin tavoitteena oli potilaiden paras. Hän paransi merkittävästi potilaiden elinoloja- ja hoitoa sairaalassa. Osastojen viihtyvyyttä parannettiin muun muassa poistattamalla kalterit ikkunoista. Kellokoski oli Suomen ensimmäinen mielisairaala, jossa pakkopaitojen käytöstä luovuttiin. Anna Packálenin aloitteen johdosta pakkopaidat ja suojeluspuvut poltettiin. Osastoille hankittiin taidetta, uusia tekstiilejä, huonekaluja, posliiniastioita. Päiväsaleihin asennettiin radiokaiuttimet. (Jyrkinen 2010). Ylihoitajatar maksoi omista varoistaan potilaiden retket ja muut kustannukset, joita ei laskettu sairaalan kuluiksi.

1970 ja 1980- luvuilla sairaalassa järjestettiin terapeuttisia keskusteluryhmiä osana kokonaisvaltaista hoitoa. Ryhmiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Potilaat saattoivat saada palkinnoksi ryhmään osallistumisesta mm. Tupakkatuotteita. (Hulluus kylässä 2016.) Sairaaloissa oli potilaita varten tupakkahuoneet, joissa monet potilaat oppivat tupakoimaan. (Jäntti & Maanmieli 2022, 112).

1950-luvun edistysaskeleet

Toisen maailmansodan jälkeen koko länsimaalainen mielisairaanhoidon otti edistysaskeleen mielisairaanhoidon monipuolistumisen ja inhimillistymisen muodossa. Tähän vaikutti hoito- henkilökunnan ammattitaidon parantuminen, potilaiden oikeuksien parantuminen, hoitolaitosten viihtyvyyden parantuminen, sekä ihmisen sosiaalisten ja psykologisten tarpeiden & tekijöiden huomioiminen mielenterveystyössä. Myönteinen kehitys näkyi myös yleisessä asenteessa ja suhtautumisessa, joka johti potilaiden stigmatisoinnin vähentymiseen. (Pietikäinen 2013, 367.)

Vuonna uusi 1952 säädettiin mielisairaslaki ja -asetus seurauksena mielisairaanhoidojärjestelmän ongelmista ja taloudellisista kysymyksistä. Mielisairaanhoidon järjestelmälle haluttiin luoda yhtenäiset perusteet, joka jälleen muutti suomalaisen mielisairaanhoidon kokonaisuutta. Mielisairaslain myötä mielisairaanhoidon siirtyi kuntien vastuulle, sekä valvonta lääkin-
töhallitukselle. Suomi jaettiin mielisairaanhoidopiireihin, joissa oli oltava keskusmielisairaala, A-sairaala akuuteille potilaille, sekä huoltotoimisto avohoitoa varten. (Rissanen 2022, 74.)

Mielisairaaloitten rakentamiskausi

Suomeen rakennettiin lukuisia sairaaloita 1950-1960 -luvulla. Suomen toinen kiivas mielisairaaloitten rakentamiskausi sai alkunsa B-sairaaloitten perustamiskunnostuksiin annetun valti-
onavun myötä. Psykkisten potilaiden jako parantumattomiin ja parantuviin johti loppujen lopuksi yhteensä 53:n B-sairaalan perustamiseen. Tätä on kutsuttu säilöönoton aikakaudeksi suomalaisen mielisairaanhoidon historiassa. B-sairaalat olivat parantumattomasti sairaille
helppohoitaisille kroonikoille tarkoitettuja, ja ne korvasivat kunnalliskotien mielisairaalaosastoja. Mielisairaala-alueelle rakennettiin lisäksi myös henkilökunnan asuntoloita. (Rissanen 2022, 74-75.) Laitosjako oli voimassa 1970- luvun loppuun saakka, jonka jälkeen B- laitokset
hiljalleen lakkautettiin. (Rissanen 2022, 65-66).

Mielisairaalat jatkoivat kasvuaan aina 1970-luvulle asti. Korkeimmillaan vuoden 1972 Suomessa oli 61 mielisairaala, jossa oli yhteensä 20 000 potilaspaikkaa. Laitospaikkojen tiheys Suomessa oli tällöin maailman korkeampaa. Suurimittaisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon on-
gelmia alettiin kuitenkin ymmärtää. Mielisairaalat sijaitsivat syrjäisillä alueilla, jolla oli negatiivinen vaikutus potilaan hyvinvointiin. Teollistumisen ja kaupungistumisen myötä maaseutu-
mainen ja keinotekoinen elämänmuoto kaukaisissa maatalousyhteiskuntaa muistuttavissa sairaaloissa sai kritiikkiä osakseen. Potilaita käytettiin tarpeellisenä työvoimana sairaaloitten ta-
loudelliselle toiminnalle, joka myöhemmin lopetettiin. Parantaviksi ja kuntouttaviksi teki-
jäksi ymmärrettiin tiivis suhde perheeseen sekä lähiympäristöön. (Pietikäinen 2013, 371-372.)

1960- luvulla mielisairaanhoidon mullisti muuttuva ja kriittinen käsitys vanhoja hoitomalleja ja -järjestelmiä kohtaan. Antipsykiatrinen liike kyseenalaisti laitoshoidon eristävää ja kroo-
nistavaa vaikutusta potilaaseen. Psykiatrian hoitojärjestelmät sekä oppirakenteet olivat pit-
kälti pohjautuneet luonnontieteelliseen käsitykseen, kun taas sen haluttiin rakentuvan ym-
märryksen ja humanistiseen ajatteluun. (Rissanen 2022, 76.)

Avohoito osaksi mielenterveyshoitotyötä

Tehokkaiden psyykenlääkkeiden käyttöönotto 1950- luvun puolivälissä mahdollisti kokopäiväi-
sestä laitoshoidosta poikkeavien hoitomuotojen kehittämisen. (Pietikäinen 2013, 372.) Suo-
messä avohoitoon siirtyminen alkoi verrattain myöhään. Vaikka lainsäädäntö muuttui jo 1950-

luvulla, avopalveluiden määrä kasvoi vasta 70-luvulla. (Rissanen 2022, 66.) Kuntoutukseen panostettiin luomalla sairaalan ja kodin välisiä avohoitoon perustuvia välisatamia. Potilaat saivat asua kotona, osallistuen päivisin avo-osastolla kuntouttavaan toimintaan. Kuntoutuksen tavoitteena oli ohjata ja avustaa potilasta omassa elämässä sairaalasta pääsyn jälkeisessä vaiheessa. Tästä alkoi suomalaisen mielenterveyshoitotyön matka kohti nykyistä avohoitoon perustuvaa järjestelmää. Mielisairaala järjestelmän purkaminen alkoi nopeasti, potilaspaikat vähenivät vuosittain monella sadalla. 1990-luvun loppuun mennessä potilaspaikkoja oli jäljellä enää 6200. (Pietikäinen 2013, 372-373.)

Avohoidon kehittyminen osaksi psykiatrista hoitoa lähti liikkeelle 1960-luvun puolella. Avohoidtoa kutsuttiin huoltotoimistoksi, joita oli vuonna 1965 yhteensä 39. Alkuun huoltotoimistojen painopiste oli sairaalasta kotiutuneiden potilaiden jälkihoidossa. Ajan myötä huoltotoimistojen toiminta laajeni myös osaksi akuuttihoitoa ja psykiatrista kuntoutusta. Vuoteen 1975 mennessä huoltotoimistojen määrä oli kasvanut 106:teen. Yhteisön ja ympäristön vaikutusta korostava sosiaalipsykiatrinen lähestymistapa levisi maailmanlaajuisesti myös Suomeen. 1970-lukua on luonnehdittu sosiaalipsykiatrian vuosikymmeneksi, joka vaikutti esimerkiksi mielisairaalalainsäädännön uusimiseen sekä hoidon painopisteen siirtymisen avohoitoon. Mielenterveyspalvelut haluttiin myös tuoda lähelle niitä tarvitseville. Lakiuudistusten myötä avohoidtoa alettiin nimittää mielenterveystoimistoiksi. Avohoidon palveluita laajennettiin kuntoutustoitinnalla, suojatyöllä, ehkäisevällä mielenterveystyöllä sekä asuntolatoitinnalla. Potilaiden luokittelusta paraneviin ja parantumattomiin luovuttiin. Vuoden 1972 kansanterveyslain seurauksena perusterveydenhuollossa alettiin painottaa kansanterveyttä erikoissairaanhoidon sijaan. Myöhemmin myös tahdosta riippumattoman hoidon kriteereitä kiristettiin. (Rissanen 2022, 77-78.)

Kasvukausi ja kansantalouden taantuminen

1990-luvulta lähtien mielenterveystyöhön ovat vaikuttaneet kansantalouden taantumukset. (Rissanen 2022, 66.) Vuosikymmenet 1980- ja 1990 merkitsivät kasvukautta mielenterveystyön ja psykiatrian alalla. Hoitojärjestelmän rakennemuutokset näkyivät laitospaikkojen vähentymisenä, avohoidon merkityksen painottumisella sekä psykiatrisen hoidon tuomisella myös osaksi yleissairaaloita. Mielenterveystyön komitean vuoden 1984 hoitoajatuksena ja tulevaisuuden kehittämiskohteena huomioitiin mielenterveystyön monipuolistaminen sekä avohoitopalvelujen kehittäminen. Nykyinen mielenterveyslaki ja asetus tuli voimaan vuonna 1991. Huomiotavaa on, että vasta tässä laissa mielisairaanhoidon käsitteenä korvattiin ensi kertaa mielenterveystyöllä (Mielenterveyslaki 116/1990). Suhtautuminen mielenterveyteen kehittyi optimistiseksi, ja mielenterveys ymmärrettiin ensimmäistä kertaa henkilön voimavarana. Samalla ymmärrettiin mielenterveys laajana kokonaisuutena, johon vaikuttavat myös monet yhteiskunnalliset tekijät. Mielenterveyspolitiikassa painopiste siirtyi entistä enemmän ennaltaehkäisyyn ja mielenterveyden edistämiseen. Mielenterveyspalveluita haastoi julkisen

rahoituksen vähentyminen, mielenterveyspalveluista leikkaaminen, vähentyneet laitospaikat, psykiatrian taloudellisten voimavarojen puute, avohoitopalveluiden riittämättömyys, pula ammattilaisista, terapiapalveluiden riittämättömyys sekä mielenterveystyön supistaminen. (Rissanen 2022, 78-80.) Usein vakavasti sairastuneetkaan eivät päässeet tarpeeksi nopeasti pitkille osastohoitojaksoille. (Rissanen 2022, 66).

3.5. 2000-luku

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen ja hoitovastuu on tänä päivänä kunnilla ja hyvinvointialueilla. Laitospaikkojen määrä on vähentynyt huomattavasti, dehospitalisaation (= sairaaloiden alasajon myötä. Sairaanhoidopiirien ja kuntien haasteet mielenterveystyössä ovat jatkuneet muun muassa palveluiden muutostarpeiden sekä julkisten palvelurakenteiden muutos-paineiden myötä. Nykypäivän mielenterveyspalvelut rakentuvat porrastetusti perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja vaativaan erityistasoon. (Pirkola 2020). Kuntien terveydenhuollon resursseista ainoastaan 4.3 prosenttia käytettiin mielenterveyspalveluihin vuonna 2018.

Riittämättömien resurssien ja laitospaikkojen vuoksi yhä useampi ihminen jää vaille hoitoa. (Ahonen 2019, 21). Suomessa on laadittu mielenterveysstrategia, jonka tarkoitus on muun muassa edistää kansalaisten mielenterveyttä, kehittää mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutusmenetelmiä sekä tehdä palveluista saavutettavampia ja madaltaa kynnystä hakeutua mielenterveyspalveluiden piiriin. Strategia sisältää myös itsemurhien ehkäisyohjelman. Nykyisin mielenterveyshäiriöt ovat yksi merkittävimmistä työkyvyttömyyden aiheuttajista, jonka vuoksi hoidon tarjontaa tulisi lisätä sekä talouden- että kansanterveyden kannalta. (Vorma 2020). Psykiatria jaetaan erikoisaloittain aikuispsykiatria, lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria sekä oikeuspsykiatria. Kaikki hoito tulee perustua tieteellisesti tutkittuun- ja alati uusiutuvaan näyttöön. Jokaisen potilaan kanssa tulisi laatia hoitosuunnitelma, joka sisältää suunnitelman lisäksi hoidon tavoitteet. (Lönqvist & Lehtonen 2017, 12-15).

Toipumisorientaatio kuuluu useimpien mielenterveyspalveluiden teoreettiseen viitekehykseen. Sen perustana toimii ajattelun ja toiminnan viitekehys, jota sovelletaan mielenterveys- ja päihdepalveluissa, mukaan lukien kuntoutuksessa. Toipumisorientaation keskeisissä eettisissä periaatteissa korostuu yksilön autonomia, itsemääräämisoikeus, yhtenäinen- ja oikeudenmukainen kohtelu sekä hyvään perustuva toiminta ja haitallisuuden välttäminen. Palvelujen perusarvoissa näkyy vahvasti asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöinen työskentely, yksilöllisten tarpeiden kartoittaminen- sekä huomiointi, ratkaisukeskeisyys sekä yksilön osallisuuden- ja voimaantumisen tukeminen. Toipumisorientaation tavoitteena on korostaa elämän merkityksellisyyttä ja positiivista mielenterveyttä. (Martin & Soronen 2022).

Tutkimusnäyttöön perustuvat kansalliset hoitosuositukset toimivat terveydenhuoltoalan ammattilaisten päätöksenteon tukena sekä alueellisten hoito-ohjelmien perustana. Hoitosuositukset yhtenäistävät hoitokäytäntöjä valtakunnallisesti ja parantavat hoidon laatua.

Mielenterveyshäiriöiden hoito perustuu nykysuositusten mukaan yksilöllisesti räätälöityyn hoitosuunnitelmaan, jonka perustana on toipumisorientaatio. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan ja mahdollisesti tämän perheen kanssa. (Käypä hoito 2022.) Mielenterveyshäiriöiden hoidossa käytetään yleisimmin biologisia ja psykososiaalisia hoitomuotoja. (Käypä hoito- suositus 2022.) Neuromodulaatiohoitoja, muun muassa ECT- sähköhoitoa käytetään yleensä vaikeiden mielialahäiriöiden hoidossa. (Tays 2020.) Biologisilla hoidoilla tarkoitetaan lääkehoitoa. Lääkehoidolla pyritään lievittämään potilaan oireita mahdollisimman tehokkaasti. (Käypä hoito- suositus 2022.) Psykososiaalisiin hoitomuotoihin kuuluu eritasoiset interventiot. Niitä ovat erilaiset yksilö- ja ryhmäterapiat, psykoedukaatio, perheinterventio, motivoiva keskustelu sekä psykiatriset kuntoutusmenetelmät. Lisäksi osaksi hoitoa voidaan liittää muita kohdennettuja vaihe- tai yksilöspesifejä menetelmiä, muun muassa tuettua työllistymistä. (Hiekkala -Tiusanen, Halunen, Mehtälä & Kiesepä 2019).

Laki

Mielisairaslaki muuttui Mielenterveyslaiksi vuonna 1991. Mielenterveyslaki uudistuu jatkuvasti alati muuttuvan tutkimustiedon valossa. Seuraavat Mielenterveyslakia koskevat muutossäädökset astuvat voimaan 1.1.2024. (Mielenterveyslaki 1116/1990). Vuonna 2011 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki määrittelee mielenterveystyön aseman Suomessa. (Lönngqvist & Lehtonen 2017.) Mielenterveyslaissa säädetään muun muassa tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta sekä pakkohoidon täyttävistä kriteereistä. Mielenterveyspalveluita valvovat aluehallintovirastot (AVI) ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira. Mielenterveystyö pitää sisällään mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyn- ja hoidon, mielen-terveyttä edistävän työn sekä sosiaalihuollon tarjoamat mielenterveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö).

3.6. Tauti- ja diagnoosiluokitukset

1880- luvulla potilas voitiin passittaa hoitoon moraalisesta, ulkoisesta, älyllisestä tai aistimuksellisesta syystä. Lisäksi jokin aiempi sairaus saattoi olla syy hoitoon joutumiselle. Vahva uskonnollisuus, omantunnon kriisi tai vaikeudet rakkauselämässä olivat moraalisia syitä. Älyllinen syy johtui rasittumisesta henkisesti raskaassa työssä tai opinnoissa. Aistimuksellisiin syihin lukeutuivat alkoholismi sekä onania, eli itsetyydytys. Ulkoinen syy saattoi olla esimerkiksi päähän kohdistunut vamma. Aikaisempiin sekä akuutteihin sairauksiin luokiteltiin muun muassa aivotulehdus, aivovammat, epilepsia (ent. kaatumatauti), aivokuppa eli neurosyfilis sekä hysteria. (Rossi 2013). Maailman terveysjärjestö ehdotti vajaamielisten nimitysten

yhtenäistämistä vuonna 1954. Vajaamielisyysaste perustui ÄÖ- testin tuloksiin. ”Debiili” = Lievä vajaamielisyys, ”Imbesilli” = Keskiasteinen vajaamielisyys, ”Idiootti” = Vaikea vajaamielisyys. (Tarvainen, Ruoppila & Amnell). Mielisairaaloissa potilaille voitiin tehdä erilaisia älykkyys- ja mielentilatutkimuksia. Esimerkiksi Mustasaaren sairaalassa tehtiin vuodesta 1939 alkaen muisti-, mielentila-, ja älykkyystutkimuksia. Sairaalassa oli 60- paikkainen ”lujaosasto”, joka oli tarkoitettu suomen vaikeahoitoisimmille potilaille, muun muassa rikoksen tehneille. Älyllisesti vajaat kriminaalipotilaat tuomittiin mielisairaalaan, vaikka kriteerit mielitaudista eivät olisi täyttyneetkään. Testit ja potilaille esitetyt kysymykset olivat moninaisia. Älykkyystesteissä tarvittiin lähinnä loogista päättely- ja muistamiskykyä. Sen sijaan moraaliset kysymykset selvittivät potilaan käsitystä oikeasta ja väärästä, mikä oli erityisen tärkeää sairasmielisyyden arvioinnissa. (Koivisto 2014, 28-29).

Vuonna 1921 lääkintöhallitus vahvisti Suomen Psykiatrisen Yhdistyksen laatiman tautiluokittelun, joka helpotti mielenterveyshäiriöiden nimeämistä ja ryhmittämistä. Tautiluokittelu otettiin vielä saman vuoden aikana käyttöön kaikissa suomalaisissa mielisairaaloissa. (Juntunen 2023, 3). Diagnoosit pysyivät muuttumattomina vuoteen 1953 asti. (Rissanen 2012.)

Taulukko 1: Tautiluokittelu. Mielisairaajat ja vähämieliset, Helsinki 1940. (Rissanen 2012.)

I. Psychosis manico-depressiva	Kiihkomasennusmielisairaus
II. Schizophrenia	Jakomielisairaus
III. Epilepsia	Kaatumatauti
IV. Psychosis ex involutione et senio	Vaiheiden ja vanhuuden mielisairaus
a) Psychosis praesenilis	Varhaisvanhuuden mielisairaus
b) Dementia senilis	Vanhuuden tylsistyminen
c) Psychosis arteriosclerotica	Aivoverisuoniston kalkkeutumisen aiheuttama mielisairaus
V. Psychosis e vitiis cerebri	Aivovammoista johtuva mielisairaus
a) Tumor cerebri	Aivokasvaimen aiheuttama mielisairaus
VI. Psychosis ex infectione	Tartunnan aiheuttama mielisairaus
a) Acuta	Akuutit

b) Chronica	Krooniset
1. Dementia paralytica	Kuppataudin aiheuttama halvaava tylsistyminen
2. Psychosis luegenea	Kuppataudista johtuva mielisairaus
3. Formae aliae	Muiden tautien aiheuttama mielisairaus
VII. Psychosis ex intoxicatione	Myrkytyksen aiheuttama mielisairaus
a) Alcoholica	Alkoholin aiheuttama mielisairaus
b) Autointoxicacione	Sisäeritteisten rauhashen aiheuttama mielisairaus
c) Cum venenis aliis	Muiden myrkyjen aiheuttama mielisairaus
VIII. Psychopathia	Sairasmielisyys
a) Constitutio psychopatica	Sairasmielinen luonteenlaatu
b) Reactio psychogenea	Sairasmielinen reaktiotila
c) Paranoia	Paranoidi
IX. Oligophrenia	Vajaamielisyys
a) Debilitas	Heikkomielisyys
b) Imbecillitas	Vähämielisyys
c) Idiotia	Tylsämielisyys
X. Non insania	Ei mielisairas

Ajankohtaisestikin käytössä oleva ICD-10 tautiluokitus otettiin käyttöön Suomessa vuonna 1996. (Nummela 2022.) ICD- lyhenne tulee englannin kielestä *International Classification of Diseases*. Maailman terveysjärjestö WHO:n julkaisemaa ICD-11-diagnoosiluokitusta valmistellaan käyttöönottoon vuosina 2023-2026. Diagnoosiluokitus tulee korvaamaan aiemman ICD-10-luokituksen. Luokitus on käytössä sosiaali- ja terveydenhuollossa maailmanlaajuisesti, muun muassa kliinisen hoitotyön tukena ja potilasasiakirjojen diagnoosimerkinnöissä. Uusi ICD-11-diagnoosiluokitus eroaa edeltäjästään rakenteen ja laajuuden suhteen. ICD-11 on laajempi, joka mahdollistaa potilaan tilan kuvaamisen aiempaa perusteellisemmin. (THL 2023.) Uusi

ICD-11 luokitus pitää sisällään jopa yli 1,6 miljoonaa koodia, jotka otetaan maailmanlaajuisesti käyttöön sosiaali- ja terveyshuollossa. Ensimmäinen WHO:n virallisesti hyväksymä diagnoosiluokitus ICD-6, otettiin maailmanlaajuisesti käyttöön 1948 ja se sisälsi ainoastaan 952 koodia. (Nummela 2022). WHO:n hyväksymät psykiatriset ICD- diagnoosit otettiin käyttöön Suomessa vuonna 1954.

Taulukko 2: Ensimmäiset psykiatriset ICD- pääluokat. (Rissanen 2012).

025 Dementia paralytica	Aivokupan aiheuttama halvaava tylsistyminen
300 Schizophrenia	Skitsofrenia
301 Psychosis manico-depressiva	Maanis- Depressiivisyys
302-309 Psychosis aliis	Muut psykoosit
310-318 Psychoneurosis	Psykoneuroosit
320 Constitutio psychopathica	Rakenteellinen luonnevikaisuus
321 Persona immature	Epäkypsä persoona
322 Alcoholismus	Alkoholismi
325 Oligopharenia	Vajaamielisyys
353 Epilepsia	Epilepsia

Nykyisin käytössä olevat ICD-10 psykiatristen diagnoosien pääluokat ovat lueteltuna alla olevassa taulukossa. Taulukko 3. (THL 2012.)

F00-F09 Elimelliset aivo-oireyhtymät
F10-F19 Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
F20-F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt
F30-F39 Mielialahäiriöt [affektiiviset häiriöt]
F40-F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
F50-F59 Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
F60-F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt

F70-F79 Älyllinen kehitysvammaisuus
F80-F89 Psykkisen kehityksen häiriöt
F90-F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt
F99-F99 Määrittämätön mielenterveyden häiriö

Sterilointilaki

Vuosina 1935-1955 Suomessa pakkosterilointiin 2087 henkilöä, joista valtaosa (85,5 %) oli naisia. Sterilointilaki määritteli, että tylsämielisiä, vajaamielisiä (nyk. kehitysvammaisia), psykopaatteja, idiootteja, imbesillejä sekä skitsofreniaa-, maanisdepressiivisyyttä tai muuta pe-riytyvää mielisairautta sairastavia henkilöitä sekä häiritsevän seksuaalisuuden vuoksi vaaralliseksi arvioituja rikollisia voitiin estää lisääntymästä. Luvan sterilointiin myönsi lääkintöhallitus. Esityksen tuli olla poliisiviranomaisen-, terveydenhuoltolautakunnan-, mielisairaalan- tai rangaistuslaitoksen johtajan tekemä. Psykopaatti- diagnoosin saattoi saada yhteisön normeihin kuulumaton henkilö, kuten erakko, irtolainen, taiteilija, juoppo, vanki, kirjailija, väkivaltainen puoliso, tansseihin karkaava neito, sotilas, naapuri tai jopa oma perheenjäsen. (Juntunen 2023, 65-66).

3.7. Hoitomenetelmiä historiasta

Kylpyhoidot

Varsinaiset kylpyosastot valmistuivat Lapinlahden sairaalaan 1900-luvun alkuvuosina. Hoitomuodosta tuli Suomessa 1900-luvun vaihteessa suosittu keino epäsosiaalisten, epäsiistien ja levottomien potilaiden rauhoittamiseksi. Kylpyhoitoa koski erinäisiä sääntöjä, kuten esimerkiksi että vedenlämpötila tuli olla aina enintään 36 astetta lämpömittarilla mitattuna, ja vesi tuli vaihtaa välittömästi sen likaannuttua. Potilaita ei saanut jättää kylpyyn ilman valvontaa. Levottomille potilaille voitiin asettaa verkko tai lakana, jotta he pysyivät kylvyissä. Lyhyiden, tunteja kestävien kylpyjen tarkoituksena oli rauhoittaa potilasta sekä auttaa unen saannissa. Pitkät lepokylvyt saattoivat kestää useista tunteista jopa vuosiin. Lepokylpyjen tarkoituksena oli rauhoittaa potilasta, edesauttaa aineenvaihduntaa sekä kohentaa ruokahalua. (Rissanen 2019, 8-10.)

Käärehoito

Käärehoito oli yksi vesiterapeuttinen hoitokeino, jossa hyödynnettiin erilaisia kosteita kääreitä. Kokokäärehoitoa toisaalta käytettiin myös rangaistuksena, tai sillä uhkailtiin potilasta. Kevyemmässä hoitomuodossa kosteita kääreitä aseteltiin eri puolille potilaan kehoa pyrki- myksenä virkistää tätä. Kokokäärehoidossa potilas käärittiin ensin märkään lakanaan, jonka

päälle tuli kuiva lakana. Tämän jälkeen potilaan ylle kiedottiin usea viltti, jonka seurauksena potilas oli täysin liikkumattomassa tilassa enintään kahden tunnin ajan. Kokokäärehoidon jälkeen potilas pestiin ja kuivattiin. (Pietikäinen 2013, 276.)

Lobotomia

Lobotomia tarkoittaa psykiatrisille potilaille käytettyä leikkausmenetelmää, jossa katkaistaan osa potilaan otsalohkojen hermoradoista. Otsalohkossa sijaitsee ihmisen tunnekeskus, talamus. Leikkausmenetelmä perustuu siihen, että hermoratoja katkaistaessa tunnepitoisten tekkijöiden vaikutus ihmisen toimintaan ja käyttäytymiseen häviää tai alenee. Tämä aiheuttaa koko tunne-elämän laimenemista. Lobotomiaa käytettiin vaikeahoitoisten potilaiden hoitomenetelmänä pyrkien rauhoittamaan tai lievittämään potilaan haitallista käytöstä ja tunnetiloja. Lobotomian indikaatioita olivat esimerkiksi levottomuus, väkivaltaisuus, kiihtymys, hävittämishalu, tuskatilat sekä pakko-oireet. Leikkauksen tavoitteena ovat potilaan rauhallisuus, tyytyväisyys ja ympäristöön mukautuvuus. (Kinnunen, 1939.)

Ensimmäinen lobotomia Suomessa suoritettiin vuonna 1946 Helsingissä Töölön sairaalassa. Leikkaukset levisivät myöhemmin maakuntien mielisairaaloihin. Leikkaustoiminta oli alkuun hidasta, mutta yleistyi 1950-luvulla tarpeen lisääntyä. Leikkauksien yleistymiseen vaikuttivat positiiviset hoitotulokset ja kokemukset niin ulkomailta kuin kotimaasta. Aktiivisimmin lobotomia oli Suomessa käytössä vuosina 1950-1958. Myöhemmin lobotomiaa on kritisoitu toimenpiteen peruuttamattomuuden ja raakuuden vuoksi. Tästä syystä lobotomia mielletään psykiatrian mustaksi luvuksi, josta mielisairaalat eivät mielellään puhuneet. (Rapelo, 2012.)

Sähköshokkihoito

Sähköshokkihoito otettiin käyttöön Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 1941 Kellokosken sairaalassa. Tajuttomuus-kouristuskohtausten nähtiin vaikuttavan suotuisasti joissakin mielisairauksissa. Aluksi hoitomenetelmää käytettiin vain skitsofreniapotilaiden hoidossa, mutta sittemmin hyviä tuloksia saatiin myös erityisesti vaikeasti masentuneitten potilaitten kanssa. Alkeellisissa sähkölaitteissa käytettiin tavallista vaihtovirtaa ja antoaikaa säädettiin ajastimen avulla. Sähköä antavat elektrodit kiinnitettiin potilaan ohimoille, samalla 3-4 henkilön tuli pidellä potilasta sokin aikaisten vammojen ennaltaehkäisemiseksi. Hoidot tapahtuivat alkuun potilaan ollessa hereillä. Hoitomuoto kehittyi turvallisemmaksi, kun vuonna 1949 lihasrelaksantti otettiin käyttöön sähköä antaessa. Toimenpiteestä siedettävemmän teki myöhemmin nukutus, sekä elektrodien asettaminen ei-dominantille puolelle päätä. Sähköshokkihoito täydensi ja osittain korvasi insuliinihoitoa, kunnes Kellokoskella vuonna 1946 aloitettiin

näistä kahdesta menetelmästä koostuva yhdistelmähoito. Yhdistelmähoidossa potilas sai peräkkäin sähkösoikkihoitoa sekä insuliinihoitoa. (Laaksonen & Vataja, 2015.)

Tänä päivänä eli aivojen sähköhoito on vaikuttava ja tutkittu hoitomuoto useiden mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Sitä käytetään erityisesti vaikea-asteisen masennuksen hoidossa, mutta myös mm. Skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa. Yksilöllinen hoitosuunnitelma määrittelee hoidon toteutuksen, potilaan voinnin ja mahdolliset haittavaikutukset huomioiden. Sähköhoitoa annettaessa potilas nukutetaan, joten toimenpide on kivuton ja inhimillinen. Toimenpiteessä on aina läsnä anestesia lääkäri, sekä hoitajia toimenpideyksiköstä riippuen. (Mielenterveystalo.fi, 2023.)

Insuliinihoito

Insuliinihoito oli 1930-1950-luvuilla suosittu, erinomaisena pidetty psykiatrinen hoitomenetelmä. Hoidossa aikaansaatiin potilaalle tarkoituksellisen tajuttomuustila injektoimalla häneen verensokeria laskevaa insuliinia. Syvässä tajuttomuustilassa potilas kouristeli, jonka ajateltiin olevan parantava vaihe. Hoidon ajaksi potilas sidottiin leveillä insuliiniremmillä sänkyyn hillitsemään kouristelua ja ennaltaehkäisemään fyysisiä vammoja. Kouristelun jälkeen potilas herätettiin antamalla nenämahaletkun kautta sokeriliuosta vatsaan. Myöhemmin on arveltu menetelmän toimivuuden johtuvan potilaan insuliinihoidon aikana saamasta hoivasta ja huolenpidosta sekä palautumisvaiheen paremmasta ruuasta. Insuliinihoidosta luovuttiin lääkehoidon kehittyessä. (Kellokosken sairaalamuseo, 2023.)

Malariahoito

Malariahoitoa käytettiin eniten aivokuppaa sairastavien potilaiden hoitomuotona, mutta myös skitsofrenia- tai maanis-depressiivisten potilaiden hoidossa. Potilaalle tartutettiin malaria pistämällä malariapotilaan verta hoidettavan potilaan lihakseen. Korkean kuumeen uskottiin poistavan mielisairauden aiheuttamia oireita. Sairauden itämisaika oli yhdestä kahteen viikkoa, jonka jälkeen kuume nousi keskimäärin joka toinen päivä, muutaman tunnin ajaksi. 10-16 kuumekohtauksen jälkeen potilaan malaria hoidettiin Kiniini lääkekuurilla. Hoito oli kesoltaan noin viiden viikon mittainen. Osa potilaista kuoli Malariatartuntaan. Penisilliiniin löytäminen syrjäytti Malariahoidon asteittain 1940-luvun lopulla. (Pietikäinen 2020, 274).

Kestonarkoosi

Kestonarkoosissa potilas saatettiin pitempiaikaiseen, jopa kolme viikkoa kestäväan uneen kahden barbituraatin vuorottaisella annostelulla. Kestonarkoosin aikana potilasta piti valvoa tarkasti, ruumiinlämpöä ja pulssia seurattiin säännöllisesti koko hoidon ajan. (Juntunen 2023, 54).

Työ- ja askartelutoiminta

Potilaat tekivät suuren osan sairaalan töistä, työtä pidettiin terapeuttisena toimintana etenkin 1920-1930 luvuilla. Töitä jaettiin potilaiden kykyjen ja voinnin mukaan. Sairaaloissa tehtiin muun muassa maatalous-, siivous-, keittiö- ja käsitöitä. Osastonhoitajat palkitsivat ahkerat potilaat joskus kahvilla ja tupakalla. Työtä pidettiin harhoja vähentävänä, unta parantavana sekä potilaita rauhoittavana. Pitkäniemen sairaalan ylilääkäri Ilmari Kalpan (1893-1963) mukaan ”Parasta psykiatrasta hoitoa on maan muokkaus ja metsänhoito”. (Leinonen, Linkopuu, Järventausta & Tammentie-Saren 2019).

Psykykenlääkkeet

Uudet psykykenlääkkeet tulivat Suomeen 1950- luvulla muuttaen koko psykiatrisen hoidon käännteentekevästi. Lääkkeillä saatiin levottomat ja harhaiset potilaat rauhoittumaan, joka mahdollisti sujuvamman vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan kanssa. Lääkkeiden ominaisuuksia ei tällöin kuitenkaan tunnettu kovin hyvin. Tämän myötä annokset saattoivat olla liian suuria, eikä haittavaikutuksia huomioitu riittävästi. (Lapinlahden lähde, 2023.)

Psykofarmakologinen aikakausi alkoi maailmanlaajuisesti 1950- luvun loppupuolella. Lääkkeet löydettiin tutkijoiden havaitessa valmistamiensa kemiallisten yhdisteiden uudenlaisen vaikutuksen keskushermostoon. Psykykenlääkkeiden löytymistä pidettiin vallankumouksellisena askeleena psykiatriassa, sillä se avasi jotakin aivan uutta. Alkuun lääkkeiden toimintamekanismeja ei ymmärretty, mutta lääkkeet selkeästi vaikuttivat aivoihin rauhoittaen ja tasaten psykykkisten potilaiden mielialaa. Rauhoittava vaikutus mahdollistaa paremman vuorovaikutuksen ja yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa. (Pietikäinen, 2013. 294-295.)

Ensimmäinen psykykosilääke Klooripromatsiini, kauppanimeltään Largactil, otettiin käyttöön 1950- luvulla. Lääke mullisti mielisairaanhoidon. Levottomat potilaat rauhoittuivat ja osastot hiljenivät. Klooripromatsiinin tunnetuin haittavaikutus on auringolle herkistyminen. Tämän takia ulkona oleskelevat potilaat käyttivät oljesta tehtyjä kiinalaisia ”Larkku hattuja” suojautuakseen palovammoilta.

Lääkehoito on yhä merkittävä osa psykykkisten sairauksien hoitoa. Psykykenlääkkeillä hoidetaan haittaa ja kärsimystä aiheuttavia oireita sekä ennaltaehkäistään uusiutuvia psykykkisiä sairausjaksoja. Usein lääkkeitä käytetään jonkin toisen samanaikaisen hoidon, kuten psykoterapian, tukea. Tällöin lääkehoidon hyödyt ovat yksilön toipumisen kannalta optimaaliset. Lääkkeiden vaikutus mieleen perustuu aivokemian muuttamiseen, lääkkeen vaikutusmekanismista riippuen. Psykykenlääkkeiden vaikutusta on vaikea ennakkoon arvioida, sillä ne toimivat yksilöllisesti riippuen myös muista tekijöistä (mm. Henkilön ikä, sukupuoli, muut säännölliset lääkytykset tai sairaudet). Hoitovastetta ja mahdollisia haittavaikutuksia seurataan lääkekokeilun

ajan, ja monesti voidaan tarvita kokeilla useita lääkekokeiluja- tai yhdistelmiä, jotta valmiste ja annos löytyy. Psykyklääkkeiden teho ja hyöty näkyvät useimmiten 2-6 viikon käytön jälkeen. Yleisimpiä psykyklääkkeitä ovat psykyosilääkkeet, masennuslääkkeet, mielialaa taasaavat lääkkeet, ahdistuneisuushäiriöissä käytetyt lääkkeet sekä unettomuuteen käytettävät lääkkeet. Nykytiedon valossa kaikkia psykykisiä sairauksia ei voida hoitaa lääkkeillä. Lääkehoidon tutkimista ja kehittymistä voidaankin pitää merkittävänä tekijänä psykiatrisen hoidon kehityksen ja tulevaisuuden kannalta (Socada, 2023.)

3.8. Hoitohenkilökunta

Ennen vuotta 1811 mielisairaat nähtiin riivattuina sieluina, joten hoitovastuu oli pääasiassa papeilla. Lääketieteen ja psykiatrian kehittyessä mielisairaat ymmärrettiin sairaksi, joita pystyttiin auttamaan lääketieteellisin keinoin. Varhainen suomalainen psykiatrisen hoito perustui lähinnä potilaiden säilyttämiseen ja eristämiseen muusta maailmasta. Laitoksissa toimitettiin täysin hoitohenkilökunnan ehdoilla, ja potilaiden olot olivat vankilamaiset ja epäeettiset. Esimerkkinä Lapinlahden sairaalan ikkunoita muurattiin umpeen, jottei potilaiden huutelu häiritsisi muita ihmisiä. Rajuilla pakkokeinoilla hallittiin väkivaltaisia ja levottomia potilaita. Hoitohenkilökunnan ammattitaito oli olematonta 1800- luvulla. Kuten muissakin kyseisen ajan mielisairaaloissa, myös Lapinlahden hoitohenkilökunnalta puuttui kokonaan sairaanhoidollinen koulutus. Mielisairaanhoito oli eritelty sairaanhoidosta kohti köyhäinhoitoa. Valtion mielisairaaloiden hoitohenkilökunnalle laadittiin 1890- luvulla ensimmäiset viralliset pätevyysvaatimukset. Nämä vaatimukset eivät kuitenkaan odottaneet työntekijältä terveydenhuoltoalan koulutusta. Ajateltiin, että työhön opittiin toimeen valinnan jälkeen. Ylihoitajalta tai vanhemmilta hoitajilta odotettiin kansakoulun tai tyttökoulun käymistä sekä vähintään vuoden työkokemusta mielisairaalassa. Nuoremmilta hoitajilta saatettiin odottaa vähintään suurta fyysistä kokoa. (Jaakkonen 2017. 15-16.)

Kouluttamattomat mielisairaanhoitajat työskentelivät lääkäreiden ja ylihoitajien alaisina. Alhaisten pätevyysvaatimusten vuoksi osa hoitajista oli alun perin piikoja, renkejä tai muita työmiehiä. Työolosuhteet olivat haastavia, sillä työpäivät olivat pitkiä ja palkkaus huonoa. Hoitajat vastasivat potilaiden ensisijaisesta hoidosta ja samalla myös osastojen siisteydestä. Hoitajien tuli myös asua osastojen yhteydessä jaetuissa asuinhuoneissa. Hoitajien vaihtuvuus oli yleistä seurauksena löyhistä pätevyysvaatimuksista, koulutuksen puutteesta ja työn luonteesta. (Jaakkonen 2017, 16-20)

Hoitajat edustivat silloisen luokkayhteiskunnan alempia kerroksia, jolloin heidät nähtiin kykeneväksi vain fyysiseen työhön. Kouluttamattomat mielisairaanhoitajat näyttäytyivät sivistymättöminä ja väkivaltaisina. Tämä oli ristiriidassa mielisairaaloiden uusien hoitomenetelmien ja tavoitteiden kanssa. Hoitajan työnkuvaan ja ammatti-identiteettiin alettiin liittää näkemys kutsumuksesta ja vaatimus sivistyneisyydestä.

Heikko ammattitaito näyttäytyi esimerkiksi Kellokosken piirimielisairaalassa, jossa hoitajaksi palkattiin lähikylien kouluttamattomia henkilöitä. Myöhemmin heidät kaikki irtisanottiin sopimattoman käytöksen vuoksi. Potkuja annettiin muun muassa työn huonosta hoitamisesta, juoppotelusta ja potilaiden pahoinpitelemisestä. Hoitajat viettivät potilaiden kanssa eniten aikaa, joka mahdollisti vallan väärinkäytön. Henkilökunnan puutteellinen ammattitaito ei helpottanut potilaan jo valmiiksi alhaista asemaa tai tervehtymistä. (Pietikäinen 2013, 50-51.)

Koko suomalaisen mielisairaanhoidon ja psykiatrian kehitys 1900-luvun alkupuolella muutti mielisairaanhoidon ammattikuvaa. Hoitajien suuri vaihtuvuus ja ammattitaidon puute hidastivat mielisairaanhoidon nykyaikaistamista. Mielisairaanhoidon laajat muutokset johtivat siihen, että mielisairaanhoidon ristiriitoja ja ongelmia pyrittiin ratkaisemaan koulutuksen avulla. (Jaakkonen 2017, 16-21.)

Ensimmäinen suomenkielinen opas mielisairaitten hoitajille otettiin käyttöön 1900-luvun alun mielisairaaloissa ja vaivaistalojen mielisairasosastoilla. Teos (*Mielisairaitten hoito*, 1904) sisältää käytännön ohjeita hoitotyöstä sekä potilaan somaattisesta hoidosta. Oppaan yhdessä luvussa käsitellään mielitauteja. Mielisairaanhoidot kehoitetaan suhtautumaan potilaisiin kuin muihinkin sairaisiin. Hoidossa olevat henkilöt nähdään sairaina, joka selittää heidän huonon käytöksensä. Inhimillisyyden näkökulma nousee esille aikaisempiin aatteisiin verrattuna, kun mielisairaanhoidot kielletään potilaan rankaisemisesta, tuomitsemisesta tai moralisomisesta. (Pietikäinen 2013, 49.)

Vuonna 1906 Lapinlahden sairaalassa järjestettiin ensimmäinen mielisairaanhoidotajien vapaaehtoinen koulutusohjelma, joka oli tarkoitettu jo mielisairaalassa työskenteleville. Koulutuksen tavoitteena oli saada osaavaa ja kykenevää hoitohenkilökuntaa vastaamaan käytännön mielisairaanhoidosta. Opintojen vaatimuksena oli tällöin kansakoulu sekä vähintään puolen vuoden mittainen työkokemus mielisairaalassa. Opinnot sisälsivät anatomiaa, fysiologiaa, somaattisen hoidon perusteita sekä mielisairaanhoidon alkeiden itseopiskelua. Kyseinen koulutusohjelma toimi ikään kuin käytännön työhön perehdyttämiseksi, ja sitä toteutettiin myöhemmin myös Niuvanniemen ja Pitkäniemen sairaaloissa. Koulutusohjelma oli kuitenkin hoitotyön historian kannalta merkittävä, sillä sen myötä muodostui käsitys mielisairaanhoidotajista omana ammattiryhmänään. Koulutusohjelmalla myös yhdistettiin hoitotyö sekä sairaanhoito osaksi mielisairaanhoidoa. (Jaakkonen 2017, 21-22.)

Vuonna 1913 Lapinlahden sairaalassa järjestettiin 10 viikkoa kestävä mielisairaanhoidotajakurssi silloisen ylilääkäri Sibeliuksen aloitteesta. Kurssi herätti mielenkiintoa, ja sitä varten perustettiin erillinen ylihoitajan virka. Ylihoitajan tehtävä oli toimia opetushoitajana ja vastata opetusosastosta. Sibelius sai anottuaan rahoituksen kurssin järjestämistä varten lääkintöhallitukselta keväällä 1914. Koulutetuista sairaanhoitajista oli pulaa, joten mielisairaanhoidotajakurssit laajenivat Pitkäniemeen. Mielisairaanhoidotajakurssit ja vuoden 1906 koulutusohjelma

olivat alkuaskeleita, joista seurasi lopulta mielisairaanhoidajan virallinen koulutus vuonna 1914. Virallisuus perustui siihen, että lääkintähallitus vahvisti kurssin opetusohjelman, sekä senaatti hyväksyi säännöllisen määrärahan kurssin järjestämiseksi. Kyseiselle kurssille sai myös hakea kuka vain, eikä se rajoittunut enää mielisairaalan olemassa olevaan henkilökuntaan. Säännöllisen ja järjestelmällisen koulutusjärjestelmän vakiintuminen oli merkittävä asia suomalaisen mielisairaanhoidon kehittymisessä. (Jaakkonen 2017, 24-26.)

Mielisairaalaverkoston laajentuessa myös säännöllinen koulutus laajeni 1930-luvulle asti, keskittyen valtion mielisairaaloihin. Koulutuksen tavoitteena oli kouluttaa ammattimaisia hoitajia, joiden tietotaito perustui mielen sairauksien ymmärtämiseen sekä sairaanhoidolliseen osaamiseen. (Jaakkonen 2017, 86.) Kurssiohjesääntö uudistui vuonna 1931. Tuolloin kolmen kuukauden mittainen kurssi pidentyi vuoden kestäväksi koulutukseksi. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2019).

Mielisairaanhoidotajien koulutuksesta ja sen kehittämisestä käytiin keskustelua 1940-luvulta lähtien. Suomalaisen mielisairaalaverkon laajentuessa ja koko psykiatrian kehittyessä vuoden 1931 opetusohjelma sai osakseen kritiikkiä. Opetusohjelma oli säilynyt sisällöltään muuttomattomana, samalla kun uusia hoitomenetelmiä otettiin käyttöön. Mielisairaanhoidoa pidettiin osittain myös erillisenä hoitajien ammatillisista vaatimuksista. Mielisairaanhoidon katsottiin tarpeelliseksi sisältyvän enemmän teoreettista opetusta mielisairauksista, ihmissuhteista sekä käytännön työssä tarvittavista terapeuttisista hoitomenetelmistä. (Jaakkonen 2017, 86-87.)

Koulutuskeskustelun etenemättömyys ja koettu tarve uudistuksille johti koulujen oma-aloitteiseen uudistamiseen. Tämä hajautti koulujen opetusohjelmia. Vuonna 1965 otettiin käyttöön lääkintöhallituksen laatima uusi opetusohjelma, joka muutti koulutusta teoriapainotteisemmaksi. Opinnot sisälsivät samalla myös käytännön harjoittelua, jolla oli suuri painopiste osana opintoja. Mielisairaanhoidotajien koulutus siirtyi lopulta vuonna 1969 mielisairaaloista sairaanhoitokouluihin osana koulutusjärjestelmien yhtenäistämispolitiikkaa. (Jaakkonen 2017, 87-88.)

Sairaanhoitajan rooli

Suomen sairaanhoitajien (2023) mukaan sairaanhoitajan tehtävät ovat ”terveyden edistäminen ja sen ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen & kärsimyksen lievittäminen”. Tänä päivänä sairaanhoitajaksi opiskellaan ammattikorkeakoulussa 3,5 vuoden ajan. Suomalainen sairaanhoitajakoulutus perustuu Euroopan ammattipätevyysdirektiiviin, joka sisältää kansainväliset säännöt ammattipätevyyden suorittamisesta. Sairaanhoitaja Suomessa on laillistettu ammattihenkilö, eli tehtävässä voi toimia vain siihen koulutettu henkilö. Valvira, eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto laillistaa tutkinnon suorittaneet

merkitsemällä heidät sosiaali- ja ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. Sairaanhoidajien toimintaa ohjaa myös sairaanhoidajien eettiset ohjeet, joiden mukaan sairaanhoidajan on toimittava oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti potilasta kohtaan riippumatta mistään yksilötekijöistä, kuten esimerkiksi potilaan terveysongelmasta.

4. Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Suomen mielenterveyshoitotyön historiaa ja kehitystä käsittelevä videodokumentti Laurean terveystieteen opiskelijoille. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli

- Tuottaa mielenkiintoinen ja informatiivinen videodokumentti Laurean terveystieteen opiskelijoille
- Lisätä terveystieteen opiskelijoiden tietoa ja ymmärrystä mielenterveyshoitotyön historiaa kohtaan
- Lisätä terveystieteen opiskelijoiden ymmärrystä mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita kohtaan
- Vähentää stigmaa mielenterveyshäiriöitä kohtaan

5. Oppiminen

Oppiminen tarkoittaa yleisesti erilaisten tietojen ja taitojen sisäistämistä. Oppiminen tapahtuu sisäisen ymmärtämisen kautta, eli oppija muodostaa itselleen skeeman opittavasta asiasta. Oppiminen voi olla opiskelua, harjoittelua tai opettelu. Oppiminen voi tapahtua myös tahattomasti, kuten kokemuksen tai ympäristön vaikutuksesta. Kognitiivinen psykologia kuvaa oppimista prosessiksi, jossa oppijalle muodostuu jäsenyntyä tietorakenteita jostakin tietyistä aiheista. Kognitiiviseen näkökulmaan liittyy myös toimintateoreettinen oppimiskäsitys. Tämä tarkoittaa näkemystä siitä, että toiminta ja tieto yhdistyvät yksilön ohjaten toimintaansa oppimalla muodostettujen sisäisten mallien avulla. (Nikkarinen & Hoppu, 1994.)

5.1. Videodokumentti

Videoita on hyödynnetty opetuksessa tekniikan ja kuvauksen kehittymisen mukaisesti aina 1980-luvulta tähän päivään asti. Opetusvideon käsite on laaja, sillä se sisältää hyvin paljon monipuolista videomateriaalia aina lyhyistä ohjevideoista pitkiin luentotalenteisiin. Opetusvideon tavoitteena on tuottaa tutkittuun tietoon perustuvaa ja luotettavaa materiaalia. Video tulee suunnitella ja toteuttaa huolellisesti, jotta se soveltuu hyödylliseksi opetusmateriaaliksi. Opetuskäytössä liikkuvaa kuvaa voidaan hyödyntää monipuolisesti muun opetuksen

rinnalla. Video mahdollistaa asian käytännönläheisemmän tarkastelun sekä visuaalisen havainnollistamisen. Videota on mahdollisuus pysäyttää sekä toistaa niin monta kertaa kuin haluaa. (Pirnes 2018, s.22-24.)

5.2. Opetusvideo

Hyvän opetusvideon teko muistuttaa dokumenttielokuvan luomista tai kirjan kirjoittamista. Näitä teoksia yhdistää samankaltaiset työvaiheet, jotka huolellisesti tehtynä johtavat toivotuun lopputulokseen. Videodokumenttia luodessa on oltava konkreettiset tavoitteet, havainnollinen sisältö sekä selkeä rakenne. Videon tekoa ja lopputuotosta selkeyttää myös ennalta laadittu käsikirjoitus, jonka mukaan se etenee. Hyvä pedagoginen opetusvideo on rakenteeltaan tarpeeksi lyhyt (esimerkiksi 6-8 minuutin mittainen), jotta katsojan mielenkiinto pysyy yllä. Videon ei tulisi sisältää aiheeseen liittymätöntä informaatiota. Hyvässä opetusvideossa puheen tulisi olla nopeatempoista sekä innostavaa, ja puhujan kasvojen olisi hyvä näkyä. Visuaaliset elementit, kuten kaaviot ja havainnollistavat kuvat sekä autenttinen kuvausympäristö lisäävät videon kiinnostavuutta ja yksilöllisyyttä. (Pirnes 2018, s.24-25.)

Tätä oppimateriaaliksi suunniteltua videodokumenttia voi hyödyntää lähi- sekä etäopetuksessa. Videon hyötyjä ovat esimerkiksi:

- Videon voi toistaa niin monta kertaa kuin tarvitsee tai haluaa
- Videota katsoessa voi palata taaksepäin, jos jokin asia jäi epäselväksi
- Videon voi halutessaan pilkkoa pienempiin osiin
- Videon voi katsoa älylaitteelta missä ja milloin vain
- Videon toistonopeutta voi halutessaan säätää hitaammaksi tai nopeammaksi katsojan mieltymysten mukaan

6. Kehittämistyö

Tämän kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Suomen mielenterveyshoitotyön historiaa ja kehitystä käsittelevä videodokumentti Laurean terveysalan opiskelijoille perehdytysmateriaaliksi mielenterveyshoitotyöhön. Mielenterveyshoitotyö ja sen historia koettiin mielenkiintoiseksi. Aiheeseen perehtymällä tuettiin työn tekijöiden ammatillista kasvua ja kehitystä. Laurean OPS:in mukaan (2023) Terveysalojen tutkintojen ydinosaamiseen ei aiemmin olla sisällytetty mielenterveyshoitotyön historiaa.

Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla tarkoitetaan yleisellä tasolla järjestelmällistä ja rakentavaa toimintaa, jonka tehtävänä on lisätä tietoa sekä luoda jotakin uutta. Tarkemmin ottaen

kehittämistyön tarkoituksena on soveltaa olemassa olevaa tietoa joidenkin uusien tuotteiden tai menetelmien aikaansaamiseksi. (Tilastokeskus 2023.)

Kehittämistyö oli opinnäytetyön tekijöiden- sekä toimeksiantajan toive. Digitaalinen oppimateriaali lisää opetuksen monipuolisuutta ja mielekkyyttä. Monipuolinen oppimateriaali tukee sekä oppimista että opettamista. (Virtanen 2018.) Tuotoksen toteuttamisella videodokumentin muodossa vahvistettiin opinnäytetyöntekijöiden tietoteknistä osaamista.

6.1. Kehittämistyön menetelmät

Monipuolista tiedonhakuja toteutettiin niin kirjallisten lähteiden- kuin kuvamateriaalin osalta. Kattavan kuvamateriaalin keräämiseksi sekä aiheeseen perehtymiseksi vierailtiin suomalaisissa psykiatrisissa hoitolaitoksissa sekä museoissa. Kuvamateriaalia haettiin myös internetistä erilaisista arkistoista sekä kuvapankeista. Videodokumentissa käytettyjen kuvien lähteet löytyvät liitteistä (Liite 6).

Kerätyn teorian pohjalta laadittiin käsikirjoitus. Käsikirjoitus löytyy liitteistä (Liite 5). Käsikirjoitus toimi tiivistettynä versiona kirjallisesta tuotoksesta. Videodokumentissa käsiteltiin Suomen mielenterveyshoitotyön historiaa ja kehitystä, tarkastellen erityisesti seuraavia aiheita kronologisessa järjestyksessä: Suomen psykiatriset hoitolaitokset ja potilaan asema, hoitomenetelmät historiassa, sairaanhoitajan rooli ja mielenterveysongelmien -ja potilaiden stigma.

Työn alussa laaditun opinnäytetyösuunnitelman mukaan videodokumentin pituudeksi arvioitiin noin kymmenen minuuttia. Toteutusvaiheessa huomattiin videodokumenttiin suunnitellun sisällön tulevan kestävämpään arvioitua enemmän. Tätä ei koettu kynnyskysymykseksi, vaan videon keston suhteen joustettiin. Suunniteltua pidempää tuotosta puollettiin myös työelämäkumppanin taholta.

Kehittämistyön arviointisuunnitelma

Alkuperäisen arviointisuunnitelman mukaisesti laadittiin kyselylomake, jolla kerättiin palautetta videodokumentista Laurean lehtoreilta sekä Laurean terveysalan opiskelijoilta. Kyselylomakkeen avulla arvioitiin työn onnistumista suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Aineistoa kerättiin aikavälillä 18-31.3.2024. Palautetta haluttiin Laurean terveysalan opiskelijoilta, koska erityisesti he, ovat työmme kohderyhmä. Tavoite N=10. Lisäksi Laurean mielenterveyshoitotyön lehtoreilta pyydettiin palautetta, sillä he tulevat mahdollisesti opetuksessaan hyödyntämään kyseistä materiaalia. Tavoite N=4.

Toinen opinnäytetyön ohjaajista toimi vastaavana opettajana kevätlukukaudella 2024 järjestettävällä mielenterveyshoitotyön kurssilla. Valmis videodokumentti esitettiin

terveydenhoitaja opiskelijoille 18.3.2024 luennolla. Opiskelijat saivat vastata laadittuun kyselylomakkeeseen luennon aikana. Valmis videodokumentti, kyselylomake sekä saatekirje lähetettiin 20.3.2024 opinnäytetyön ohjaajille, jotka välittivät sähköpostin sellaisenaan Laurean mielenterveyshoitotyön lehtoreille. Sähköposti toimi kutsuna osallistumaan kyselyyn.

Aineisto analysoitiin ja raportoitiin kuvailevan tilastollisen analyysin avulla. Analysointivaiheessa hyödynnettiin Google Forms-työkalua sekä Excel- taulukkolaskentaohjelmaa.

6.2. Työelämäkumppani

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Laurea-ammattikorkeakoulu. Videodokumentti toimii orientaatiomateriaalina Laurean terveystieteiden opiskelijoille ydinosaamisen opintojaksolla, mielenterveys- ja päihdehoitotyö. Opintojakso on kuuden opintopisteen laajuinen. Kyseinen opintojakso sisältyy kokonaisuuteen päätöksentekoon kliinisessä hoitotyössä, joka on osa terveystieteiden opintojen ydinosaamista. Laurean opetussuunnitelman mukaisesti opintojakson osaamistavoitteena on muun muassa “analysoida omien asenteiden, käsitysten ja voimavarojen merkitystä potilaslähtöisen mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttamisessa” sekä “analysoida mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön liittyviä eettisiä kysymyksiä”. (Sairaanhoitajakoulutus, K24, yhteinen: Sairaanhoitajakoulutus, päivätoteutus, Tikkurila 2024.)

Laurea-ammattikorkeakoulun toiminta alkoi Vantaalla vuonna 1991. Tällä hetkellä Laurealla on Uudenmaan maakunnassa yhteensä 6 kampusta. Kampukset sijaitsevat Tikkurilassa, Lempäälässä, Otaniemessä, Porvoossa, Hyvinkäällä ja Lohjalla. Laurean toiminnan kulmakiviä ovat avoimuus, vastuullisuus sekä vaikuttavuus. Opintojen keskiössä ovat erilaiset projektit ja kehittämistehtävät, joiden toimeksiantajana toimii työelämäkumppanit. Laureassa toteutetaan kehittämispohjaista oppimista tiiviisti työelämän kanssa. Eri alojen opiskelijoita Laureassa on yhteensä noin 9900. (Laurea 2023.)

6.3. Prosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin 3/2023 aiheiden ideointipajaan osallistumalla. Molempia tekijöitä kiinnosti psykiatria, mielenterveyshoitotyö sekä näiden historia. Työ haluttiin toteuttaa molempia kiinnostavasta ja innostavasta aiheesta. Lähdettiin tiedustelemaan Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan kampuksen mielenterveyshoitotyön lehtoreilta valmiita opinnäytetyön aiheita. Esille tuotiin kiinnostuksemme mielenterveyshoitotyön ja psykiatrian historiaa kohtaan. Lehtorit nostivat esiin tarpeen perehdytys- ja oppimateriaaliksi soveltuvista videoista, joissa käsiteltäisiin mielenterveyshoitotyötä tai mielenterveydenhäiriöitä. Videoita ei vielä ollut tehty ollenkaan, joka antoi työn tekijöille vapautta soveltaa työtä oman kiinnostuksen mukaisesti. Päädettiin tekemään kehittämistyö aiheesta Mielenterveyshoitotyön

historia ja kehittyminen Suomessa. Video on tarkoitettu Laurean terveystalon opiskelijoille, ja se tulee kurssin oppimateriaaliksi Canvas-alustalle.

Aiheen, toimeksiantajan ja ohjaavien opettajien selvittyä osallistuttiin aiheanalyysi-työpajaan. Aiheanalyysin valmistuttua osallistuimme ensimmäiseen opinnäytetyön ohjaukseen 4/2023. Ohjaukset toteutettiin Microsoft Teams- palvelulla ryhmämuotoisesti etänä kerran kuukaudessa. Kevään 2023 aikana osallistuttiin kahteen ohjaukseen ja saatiin työ alulle. Opinnäytetyön ryhmäohjauksissa esitettiin kehittämistyön ajankohtainen vaihe. Ohjauksen aikana sai esittää mieltä askarruttavia kysymyksiä. Saadun palautteen ja ohjauksen myötä työtä muokattiin työelämäkumppanin toiveiden mukaisesti. Ohjauksiin valmistauduttiin palauttamalla sen hetkinen työ arvioitavaksi viikkoa ennen ohjausta.

Opinnäytetyön teosta pidettiin taukoa 6-7/2023 ajan, sillä tekijät olivat töissä ja kesälomilla. Lukuun ottamatta 6/2023 omakustanteista vierailua Seilin saarelle. Seilistä kuvattiin materiaalia videota varten.

Syksyn 2023 aikana osallistuttiin viiteen opinnäytetyön ryhmäohjaukseen. Alkuun laadittiin ja esitettiin opinnäytetyösuunnitelma. Teoreettista viitekehystä työstettiin tutustumalla suomalaisen psykiatrian historiaan sekä muodostettiin aikajana merkittävistä tapahtumista. Teoriatietoa etsittiin kronologisessa aikajärjestyksessä 1500- luvulta tähän päivään asti. Kerätyn teoriatiedon perusteella luotiin tiivistetty käsikirjoitus videolle. Videossa haluttiin käsitellä kronologisessa aikajärjestyksessä vuosisadoittain erityisesti seuraavia aiheita; Suomen psykiatriset hoitolaitokset, hoitomenetelmät historiassa, sairaanhoitajan rooli sekä mielenterveysongelmien -ja potilaiden stigma. Teorian työstämisen lisäksi vierailtiin Lapinlahden sairaalassa 10/2023 sekä Kellokosken sairaalamuseossa 11/2023. Näillä vierailuilla kerättiin materiaalia videota varten.

Kevään 2024 aikana osallistuttiin kolmeen opinnäytetyön ohjaukseen. Ohjausten lisäksi videodokumenttia työstettiin itsenäisesti viikoittain eteenpäin. Tutkimuslupaa haettiin 1/2024 ja myönnettiin 2/2024. Tutkimuslupaa varten laadittiin videota käsittelevä kyselylomake sekä tutkimussuunnitelma kyselytutkimusta varten.

Valmis käsikirjoitus toimi runkona videodokumentille. Käsikirjoitus äänitettiin osissa omilla puhelimilla. Videon editointi aloitettiin 1/2024 ja saatiin valmiiksi 3/2024. Video editoitiin omalla tietokoneella iMovie- sovelluksella. Videoon sovitetiin itse otettuja kuvia sopiviin kohtiin. Loput kuvamateriaalista etsittiin erilaisista käytettävissä olevista arkistoista.

18.3.2024 osallistuttiin suunnitellusti terveydenhoitajaryhmän mielenterveyshoitotyön kurssin aloituskerralle ja esitettiin valmis videodokumentti. Tämän jälkeen kerättiin ryhmän

opiskelijoilta palautetta laaditun kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake jaettiin opiskelijoille qr-koodin avulla. 20.4.2024 videodokumentti, kyselylomake sekä saatekirje välitettiin Laurean mielenterveyshoitotyön lehtoreille opinnäytetyön ohjaajien avulla. Saatekirje löytyy työn liitteistä (Liite 4).

Kyselytutkimuksen aineistoa kerättiin 18.3-31.3.2024. Tämän jälkeen kerätty aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin hyödyntäen Google Formsia sekä Exceliä. Tulokset raportoitiin opinnäytetyöhön. Opinnäytetyö esitettiin 19.4.2024 seminaarissa ohjaajille sekä opponoijille. Saadun palautteen myötä työhön tehtiin viimeiset muutokset ja lähetettiin arviointavaksi. Videodokumentti löytyy työn liitteistä (Liite 1).

Viestintä toimeksiantajan sekä ohjaavien opettajien kanssa tapahtui sähköpostitse sekä etäyhteydellä Teams:issa järjestettyjen opinnäytetyön ryhmäohjauksien muodossa. Opinnäytetyön tekijöiden puolesta yhteistyö työelämäkumppanin kanssa koettiin sujuvaksi. Kumpikaan työn tekijöistä ei myöskään ole aikaisemmin tehnyt opinnäytetyötä vastaavaa tutkimusta tai kehittämistyötä. Koska opinnäytetyöprosessi oli kummallekin uutta, tarvittiin ajoittain paljon ohjausta etenemisen suhteen. Työn eri vaiheissa saatiin riittävästi tukea ja apua.

Eniten ohjausta tarvittiin opinnäytetyön kirjallisen osuuden, sisällön jäsentämisen sekä tutkimuslupahakemuksen kanssa. Itse videodokumentti saatiin tuottaa oman vision ja tulkinnan mukaisesti. Ennen videon esittämistä ja kyselytutkimuksen tekemistä opinnäytetyön ohjaajille lähetettiin keskeneräinen versio videodokumentista viimeisiä muokkauksia varten. Videodokumenttiin lisättiin saadun palautteen mukaisesti enemmän taustaääniä sekä selkeämmät lopputekstit.

7. Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on tapa kerätä ja analysoida tietoa erilaisista asioista. Kyselylomake on monipuolinen mittausväline, sen avulla voi arvioida esimerkiksi yhteiskunnallisia ilmiöitä, asenteita, mielipiteitä, arvoja tai toimintatapoja. Kyselylomake toimii omillaan aineiston keruumenetelmänä, eikä sitä käyttäessä hyödynnetä haastattelijan apua. Tässä kyselytutkimuksessa laadittiin kyselylomake, jossa vastaajalle esitetään erilaisia väitteitä koskien videodokumenttia. Jokaiseen väitteeseen vastaaja vastaa valitsemalla oman mielipiteensä mukaisesti osuvimman vaihtoehdon. Kyselylomakkeessa käytettiin viisiportaista Likert-

vastausasteikkoa. Viisiportainen asteikko valittiin kyselytutkimuksessa käytettäväksi, sillä sen koettiin olevan riittävän selkeä ja tarpeeksi vastausvaihtoehtoja tarjoava. (Vehkalahti 2014.)

Kyselytutkimuksen perusjoukon muodostaa tutkimuksen kohteena oleva ryhmä, eli ne, jota koskevia tietoja kerätään. Otos kuvaa tutkimukseen valittuja vastaajia, ja on perusjoukkoa pienempi. Otannan perusteella voidaan tehdä tilastollista päättelyä, eli yleistää saadut tulokset koskettamaan koko perusjoukkoa. (Vehkalahti 2014.) Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksen perusjoukkona ovat Laureassa järjestetyn mielenterveyshoitotyön opettamiseen tai opiskeluun osallistuvat. Tämän opinnäytetyön otannan muodostavat Laurean alkuvaiheen terveydenhoitajaopiskelijat sekä Laurean mielenterveyshoitotyötä opettavat lehtorit.

Kyselytutkimuksen onnistumiseen vaikuttaa monet erilaiset seikat, liittyen esimerkiksi lomakkeen ulkoasuun ja muuhun sisältöön. Kyselylomake pyrittiin pitämään kohtuullisen pituisena, sillä liian pitkä kysely vähentää vastaajien halua osallistua kyselyyn tai vastata loppuun asti. Lomakkeen yleisilmeen tulisi olla selkeä, looginen ja visuaalisesti miellyttävä, sillä vastaajan vastaamispäätökseen vaikuttaa ensivaikutelma vastaanotetusta materiaalista. Vastaaaja tulee ottaa huomioon sekä herättää hänen luottamuksensa. Kyselylomakkeessa käytetään yksinkertaista ja kohteliasta kieltä. Kyselylomakkeen saatekirjeessä käydään läpi tutkimukseen liittyvät eettiset lähtökohdat. Näitä ovat esimerkiksi vapaaehtoisuus, vastaajan suostumus & anonymiteetti sekä aineistonhallinta. Kyselylomakkeessa ei kerätä tunnistetietoja tai kysytä muita tutkimuksen kannalta tarpeettomia taustakysymyksiä. (Tietoarkisto 2024.)

Kyselylomakkeen laatimisessa käytettiin sähköistä Google Forms- työkalua. Huomioimme lomakesuunnittelussa etenkin visuaalisuuden, selkeyden & loogisuuden, jotta pääsemme tavoiteltuun vastausmäärään. Kyselylomakkeen alussa on saatekirje, jonka jälkeen kysymykset etenevät ylhäältä alaspäin aina "laatikkoinaan". Kysymykset ovat erotettu toisistaan selkeästi.

Saatekirjeessä vastaajalle kerrottiin opinnäytetyön sekä kyselylomakkeen tarkoitus. Saatekirjeessä käytiin läpi myös vastaajaa koskevat tutkimuseettiset lähtökohdat sekä vastausaika. Saatekirjeeseen liitettiin työn tekijöiden yhteystiedot. Kyselylomakkeessa käytettiin selkeää, tiivistä ja pientä fonttia. Visuaaliselta ilmeeltään kyselylomake on hillitty, mutta miellyttävä. Lomakkeen eri versioita annettiin luettavaksi ja arvioitavaksi opinnäytetyön ohjaajille. Kyselylomaketta hienosäädettiin saadun palautteen mukaisesti. Kyselylomake löytyy työn liitteistä (Liite 2).

Kyselylomakkeen kysymykset & väittämät

1. Olen Laurean terveysalan opiskelija/lehtori
2. Videon aihe oli kiinnostava
3. Video lisäsi tietoa mielen terveyshoitotyöstä
4. Video vähensi kielteistä häpeäleimaa mielen terveyshäiriöitä kohtaan
5. Video lisäsi ymmärrystä mielen terveyshoitotyötä kohtaan
6. Video sopii perehdytysmateriaaliksi mielen terveyshoitotyöhön
7. Käytetty kuvamateriaali sopi videon teemaan
8. Video oli mielestäni liian lyhyt
9. Video oli mielestäni liian pitkä
10. Haluaisin oppia aiheesta lisää

7.1. Rekrytointi

Tutkimusetiikka on huomioitava tutkittavien rekrytoinnissa. Tutkimukseen osallistuvan etu on huomioitava mahdollisten aiheutuvien haittojen ja riskien ehkäisyllä. Tutkimukseen osallistumisen on perustuttava vastaajan tietoiseen suostumukseen sekä vapaaehtoisuuteen. Tutkimukseen osallistuvan henkilön on oikeudenmukaista saada tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, tietosuojasta, sekä mihin vastauksia tullaan käyttämään. (Turku CRC 2024.)

Tähän kyselytutkimukseen rekrytoitiin vastaajat kahdella eri tavalla. Opiskelijoiden rekrytointi tapahtui osallistumalla Laurean terveydenhoitajaryhmän luennolle. Opiskelijoille kerrottiin työstä ja sen taustoista, sekä näytettiin videodokumentti. Opiskelijoita pyydettiin halutessaan vastaamaan kyselylomakkeeseen, kuitenkin sen vapaaehtoisuutta painottaen. Lehtoreiden rekrytointi tapahtui ohjaavien opettajien kautta. Ohjaaville opettajille lähetettiin vastaamiseen tarvittavat materiaalit sisältävä sähköposti, joka välitettiin sellaisenaan eteenpäin. Kyselytutkimuksen rekrytointi tapahtui siis pitkälti ohjaavien opettajien kontaktien avulla. Rekrytoitavat henkilöt olivat työn tekijöille ennestään tuntemattomia, eikä heistä kerätty tämän kyselytutkimuksen ohessa mitään tunnistetietoja.

7.2. Likertin asteikko

Likertin asteikko on yleisin käytetty järjestysasteikko. Asteikko perustuu asenneväittämiin, jotka kuvailevat vastaajan asennetta kyseessä olevaan kohteeseen. Likertin asteikko soveltuu hyvin aineiston analysointiin, sillä asteikon avulla voi helposti arvioida esimerkiksi hajontaa ja korrelaatioita. Viisiportaisessa Likertin asteikossa vastausehdot ovat seuraavat:

1. Täysin samaa mieltä

2. Jokseenkin samaa mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Täysin eri mieltä

7.3. Aineiston analysointi

Kerätty aineisto analysoitiin kuvailevan tilastollisen analyysin avulla. Kyseillä analyysimenetelmällä kuvaillaan jonkin muuttujan yhteisvaihtelua. Kuvailevan tilastoanalyysin tulosten pohjalta ei pyritä tekemään yleistyksiä laajempaan perusjoukkoon. (KvantiMOTV.) Tässä työssä analysoitiin kyselytutkimuksella kerättyjä vastauksia. Aineiston analysoinnilla kerättiin otannan avulla tietoa. Tutkimuksesta tehtyjä päätelmiä ei siis voi yleistää koko perusjoukkoa koskevaksi, sillä tulokset riippuvat otoksesta, eli valituista vastaajista.

8. Tulokset

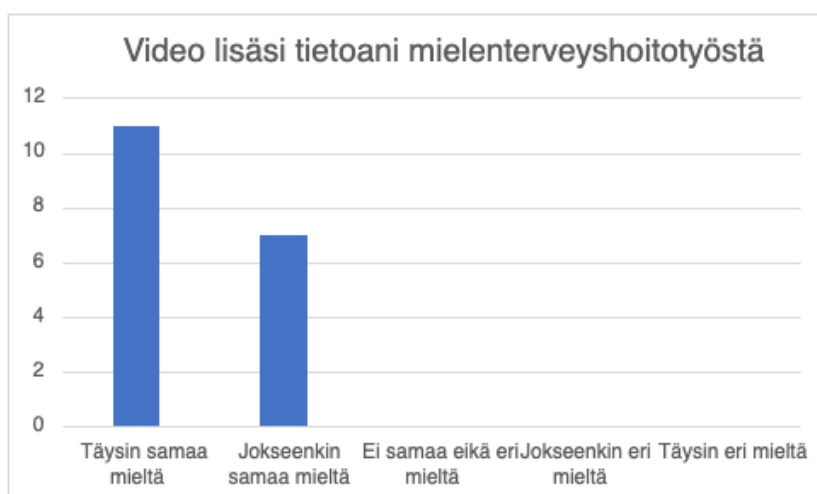
Opiskelijoiden vastaukset

18.4.2024 osallistuttiin suunnitellusti Laurean terveydenhoitajaopiskelijoiden luennolle Tikkurilan kampukselle. Videodokumentti sekä kyselylomake esitettiin opiskelijoille. Luennolla oli läsnä yhteensä 21 opiskelijaa, joista 18 vastasi kyselylomakkeeseen. Opiskelijoiden vastausprosentti oli 86 %. Opiskelijoiden vastausmäärä oli tavoitetta (n=10) korkeampi, jonka vuoksi palautetta saatiin kerättyä odotettua enemmän. Odotettua suurempi vastausmäärä lisää kyselytutkimuksen luotettavuutta.

(Väittäjä 1): Videon aihe oli kiinnostava. N=18. Videon aihe koettiin kiinnostavaksi. Vastaajista yli puolet (N=12) oli täysin samaa mieltä ja kolmasosa (N=6) jokseenkin samaa mieltä siitä, että videon aihe ole kiinnostava. Yksikään vastaajista ei pitänyt videon aihetta pitkästyttävänä.



(Väittämä 2): Video lisäsi tietoa mielen terveyshoitotyöstä. N=18. Kaikki vastaajat kokivat saaneensa uutta tietoa mielen terveyshoitotyöstä. Suurin osa vastaajista (N=11) oli täysin samaa mieltä ja loput vastaajista (N=7) jokseenkin samaa mieltä. Yksikään vastaajista ei kokenut olevansa eri mieltä.



(Väittäjä 3): Video vähensi kielteistä häpeäleimaa mielenterveyshäiriötä kohtaan. N=18. Vastajat kokivat videon vähentävän kielteistä häpeäleimaa mielenterveyshäiriötä kohtaan. Suurin osa vastaajista (N=9) oli jokseenkin samaa mieltä. Kolmasosa vastaajista (N=6) valitsi vastausvaihtoehdon täysin samaa mieltä. Loput vastanneista (N=3) olivat valinnee vaihtoehdon ei samaa eikä eri mieltä.



(Väittäjä 4): Video lisäsi ymmärrystäni mielenterveyshoitotyötä kohtaan. N=18. Video lisäsi vastaajien ymmärrystä mielenterveyshoitotyötä kohtaan. Kaikki vastaajat valitsivat vastausvaihtoehdon täysin (N=7), tai jokseenkin samaa mieltä (N=11).



(Väittäjä 5): Video sopii perehdytysmateriaaliksi mielenterveysshoitotyöhön. N=18. Vastaa-
jien mielestä video sopii perehdytysmateriaaliksi mielenterveysshoitotyöhön. Suurin osa vas-
taajista (N=13) valitsi vastausvaihtoehdon täysin samaa mieltä. Muutama vastaajista (N=4) va-
litsi vastausvaihtoehdon jokseenkin samaa mieltä. Yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri
mieltä.

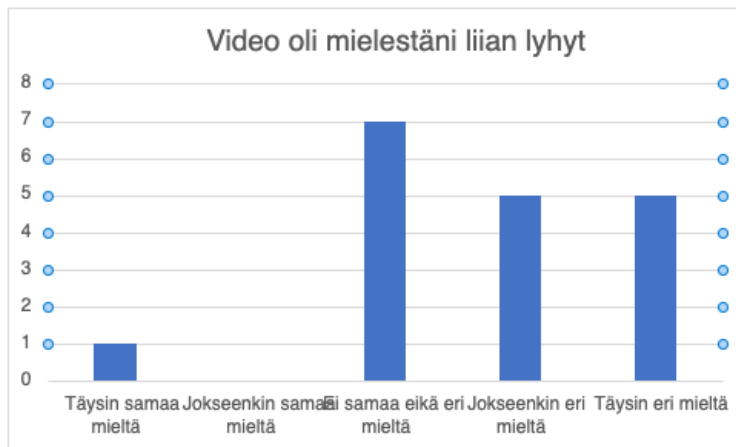


(Väittäjä 6): Käytetty kuvamateriaali sopi videon teemaan. N=18. Suurin osa vastaajista
(N=17) oli täysin, - tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että käytetty kuvamateriaali sopi videon
teemaan.

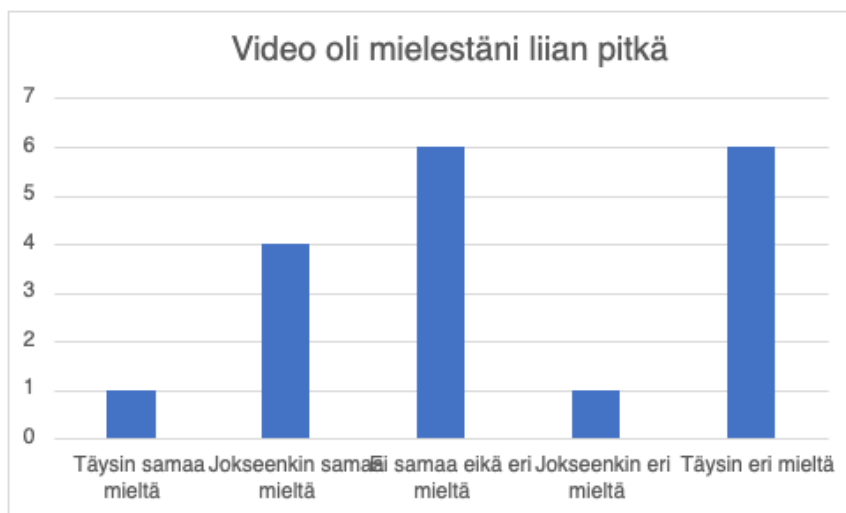


(Väittäjä 7): Video oli mielestäni liian lyhyt. N=18. Valtaosa (N=10) vastaajista valitsi vaihto-
ehdon "jokseenkin tai täysin eri mieltä". Alle puolet vastaajista (N=7) ei ollut samaa eikä eri

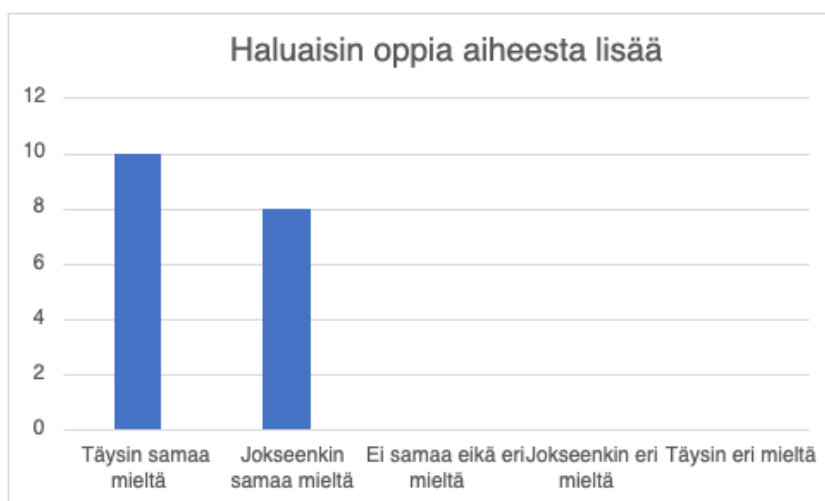
mieltä videon pituudesta. Yksi vastaaja valitsi vaihtoehdon "täysin eri mieltä". Näin ollen voimme päätellä, että vastaajan mielestä kestoaltaan vieläkin pidempi video olisi parempi.



(Väittämä 8): Video oli mielestäni liian pitkä. N=18. Kyseisen väittämän kohdalla kaikki vastausvaihtoehdot olivat edustettuina. Noin neljäsosa vastaajista (N=5) valitsi vaihtoehdon "jokseenkin tai täysin samaa mieltä", josta voitaneen päätellä, että nämä vastaajat olisivat toivoneet kestoaltaan lyhyempää videodokumenttia. Enemmistö vastaajista (N=7) valitsi vaihtoehdon "täysin tai jokseenkin eri mieltä". Heidän mielestensä video ei siis ollut liian pitkä. Kolmasosa (N=6) vastaajista valitsi vaihtoehdon "ei samaa eikä eri mieltä".



(Väittämä 9): Haluaisin oppia aiheesta lisää. N=18. Kaikki vastaajat halusivat oppia aiheesta lisää ja valitsivat näin ollen vaihtoehdot "täysin, tai jokseenkin samaa mieltä."



Lehtoreiden vastaukset

Videodokumentti sekä kyselylomake lähetettiin yhteensä 8 lehtorille, joista kyselyyn vastasi 2. Lehtoreiden vastausprosentti oli 25 %. Määrä ei vastannut asetettua tavoitetta (n=4), joka vaikuttaa kyselytutkimuksen luotettavuuteen negatiivisesti. Tämä on otettava huomioon kyselytutkimuksen tuloksia tarkastellessa. Opinnäytetyön ohjaajat eivät osallistuneet kyselyyn. Seuraavaksi käydään läpi lehtoreilta saadut vastaukset.

(Väittämä 1): N=2. Vastanneet lehtorit kokivat aiheen kiinnostavaksi. Molemmat vastaajista olivat valinneet vaihtoehdon "Täysin samaa mieltä".

(Väittämä 2): N=2. Video lisäsi toisen vastaajista tietoa mielenterveyshoitotyöstä. Toinen vastaaja oli valinnut vastausvaihtoehdon "Ei samaa eikä eri mieltä", jolloin video ei välttämättä onnistunut kertomaan vastaajalle mitään uutta.

(Väittämä 3): N=2. Molemmat vastaajista kokivat videon vähentävän kielteistä häpeäleimaa mielenterveyshäiriöitä kohtaan. Molemmat vastaajista olivat valinneet vastausvaihtoehdoksi "Täysin samaa mieltä".

(Väittämä 4): N=2. Yksi vastaaja koki videon lisäävän ymmärrystä mielenterveyshoitotyötä kohtaan, valitsemalla vastauksen "Jokseenkin samaa mieltä". Toinen vastaajista oli valinnut vaihtoehdon "Ei samaa eikä eri mieltä".

(Väittämä 5): Molemmat vastaajista kokivat videon sopivan perehdytysmateriaaliksi, vastamalla väittämään "Täysin samaa mieltä".

(Väittämä 6): N=2. Vastaajat kokivat kuvamateriaalin sopivan videon teemaan. Molemmat valitsivat väittämän “Täysin samaa mieltä”.

(Väittämät 7 ja 8): N=2. Vastaajat eivät kokeneet videota liian pitkäksi tai lyhyeksi. Kuviossa 8 on esitetty väittämä “Video oli mielestäni liian pitkä”. Tähän oli vastattu “Jokseenkin eri mieltä” sekä “Täysin eri mieltä”. Tästä voidaan päätellä, että vastaajien mukaan video olisi voinut olla myös nykyistä pidempi.

(Väittämä 9): N=2. Vastaajista molemmat olivat sitä mieltä, että haluaisivat oppia aiheesta lisää. He olivat valinneet vastaukseksi “Täysin samaa mieltä”.

9. Pohdinta

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 20 henkilöä. Heistä opiskelijoita n=18 ja lehtoreita n=2. Palautetta onnistuttiin keräämään opiskelijoilta odotettua enemmän, kun taas lehtoreilta odotettua vähemmän. Kaikkien saatujen vastausten (N=20) pohjalta videodokumentti koettiin mielenkiintoiseksi, mielenterveyshoitotyön perehdytykseen sopivaksi, kuvamateriaali teemaan sopivaksi ja aiheesta haluttiin oppia lisää.

Eniten hajontaa vastauksissa aiheutti videon kesto. Opiskelijat kokivat videon keston vaihtelevasti joko liian pitkäksi tai sopivaksi. Kuitenkin merkittävä osa opiskelijoiden vastauksista ei ottanut kantaa videon keston valitsemalla vastausvaihtoehdon “Ei samaa eikä eri mieltä”. Lehtorit kokivat videon pituuden sopivaksi, ja se olisi voinut heidän mielestään olla jopa pidempikin. Suunnitteluvaiheessa videon pituudeksi ajateltiin noin 10 minuuttia. Käsikirjoitus- ja editointivaiheessa huomattiin, että videosta todennäköisesti tulisi tätä pidempi. Videon pituuteen vaikutti laaja sisältö, joka haluttiin säilyttää lopullisessa tuotoksessa. Videosta tuli loppujen lopuksi 18 minuutin pituinen.

Videodokumentin käytännön haasteena voi olla, ettei katsoja jaksaa keskittyä siihen koko aikaa. Tähän vaikuttaa esimerkiksi katsojan motivaatio ja mielenkiinto aiheeseen. Kyselytutkimukseen osallistuneiden lehtoreiden laajempi teoretieto ja tietämys on voinut vaikuttaa siihen, ettei video sisällöltään tuonut välttämättä uutta tietoa heille.

Kaiken kaikkiaan saimme hyvää palautetta videosta. Lehtoreiden ja opiskelijoiden vastaukset olivat lähestulkoon yhtenäisiä, jonka vuoksi suurempaa hajontaa ei vastauksissa näkynyt. Kyselylomakkeella kerätyn palautteen perusteella opinnäytetyölle laaditut tavoitteet täyttyivät. Monipuolisemman palautteen keräämiseen olisi voitu käyttää erilaista aineistonkeruun menetelmää, esimerkiksi avoimet kysymykset. Tällöin vastaaja olisi voinut eritellä tarkemmin mistä piti, ja mitä olisi vielä toivonut. Avoimet kysymykset olisivat vaatineet vastaajalta

enemmän aikaa, joka olisi voinut supistaa vastausprosenttia. Tässä kyselytutkimuksessa haluttiin käyttää Likertin luokittelusteikkoo sen selkeyden ja helppouden vuoksi.

Jälkeenpäin pohdittuna kyselylomakkeen väittämiin olisi voinut tehdä muutoksia, jotta siitä olisi saatu mahdollisimman paljon hyötyä irti arviointivaiheessa. Esimerkiksi ensimmäinen kysymys "Olen Laurean terveystalon opiskelija/lehtori" osoittautui turhaksi. Lehtoreille ja opiskelijoille päädyttiin luomaan erilliset kyselylomakkeet, jotta tuloksia voitiin tarkastella erikseen. Lisäksi lomakkeessa olisi voinut olla teoreettista sisältöä arvioivien kysymyksiä lisäksi enemmän videon tekniseen puoleen tai visuaaliseen toteutukseen liittyviä kysymyksiä.

Kyselytutkimuksessa lehtoreiden vastausprosentti jäi alhaiseksi. Kyselyn vastausaikaa olisi mahdollisesti voinut pidentää, jolloin vastauksia olisi voinut tulla jokunen kappale lisää.

9.1. Luotettavuus ja etiikka

Filosofiassa etiikalla kuvataan moraalista toimintaa, käsitystä oikeasta ja väärästä. Tutkimusta tehdessään tutkijoiden toimintatapojen on oltava eettisesti perusteltuja. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi tutkittavien henkilöiden hyvää ja tasa-arvoista kohtelua, luotettavien lähteiden käyttämistä, tietosuojan läpinäkyvyyttä sekä selkeää raportointia Tutkimusetiikan noudattaminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tutkijan on toimittava vastuullisesti ja eettiset periaatteet huomioiden. Ihmistieteissä on tehtävä eettinen ennakoarviointi. Myös eettiset ongelmat on huomioitava ja raportoitava läpinäkyvästi. (Tietoarkisto 2021).

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti noudatettiin rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta läpi koko tutkimusprosessin. (TENK 2023.) Tutkimus toteutettiin laaditun tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimuksen välivaiheet tallennettiin ja raportoitettiin toimeksiantajalle. Tutkimuksessa käytettiin vain tutkittua tietoa sekä eettisiä tiedonhankintamenetelmiä. Tarvittava tutkimuslupa haettiin ajoissa. Tässä työssä ei tarvittu eettistä ennakoarviointia, sillä kyseessä ei ole ihmistieteellinen tutkimus. Tutkimuksen tekoon liittyvät kulut olivat täysin omakustanteisia.

Erillistä tietosuojaselostetta ei laadittu, sillä emme keränneet tai käsitelleet vastaajien henkilötietoja. Kyselylomakkeessa vastaajalle kerrottiin tietosuojaan liittyvät asiat. Vastaajalle kerrottiin, että kyselytutkimuksen toteuttamista varten on saatu tutkimuslupa Laurea-ammattikorkeakoululta. Tutkimuslupa löytyy työn liitteistä (Liite 3).

Vastaajalle kerrottiin, miksi vastauksia kerätään, mihin aineistoa käytetään, sekä miten se tullaan hävittämään. Kyselytutkimus toteutettiin anonyymisti, eikä vastaajilta kerätty

tietoja, joista he olisivat tunnistettavissa. Kyselyyn vastaaminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen ja vastaajan suostumukseen. Kyselylomakkeessa annettiin opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, mikäli vastaaja haluaa ottaa yhteyttä kyselyyn liittyen.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä avattiin työhön liittyvät keskeiset käsitteet sekä käytiin läpi Suomen mielenterveyshoitotyön kehittymistä. Opinnäytetyön viitekehysten lähteinä käytettiin tutkittuun tietoon perustuvia, kotimaisia, mahdollisimman luotettavia sekä aiheeseen soveltuvia tutkimuksia ja julkaisuja. Koska kyseessä oli historiaa käsittelevä työ, osa käytetyistä lähteistä on julkaisuajankohdaltaan vanhoja. Opinnäytetyössä hyödynnettiin eri lähteistä peräisin olevaa tietoa monipuolisesti. Sopivia lähteitä etsiessä huomioitiin lähdekriittisyys. Tiedonhakua toteutettiin internetin sekä kirjastojen kautta. Tärkeimpiä käytettyjä tietokantoja olivat Duodecim, Terveyskirjasto, THL sekä Käypä hoito. Työssä lähteinä käytettiin myös erilaisia artikkeleita, tutkimuksia sekä julkaisuja. Työssä käytetyt lähteet merkittiin Laurean lähdeviittaushjeiden mukaisesti. Aineisto dokumentoitiin työhön mahdollisimman hyvin ja selkeästi.

Kirjallisten lähteiden lisäksi videodokumenttia varten etsittiin videon teemaan ja sisältöön sopivia kuvia. Videodokumentin materiaaleina käytettiin enimmäkseen itse otettuja valokuvia sekä niiden lisäksi muuta käyttöoikeudeltaan vapaassa käytössä olevaa mediaa. Käytettyjen valokuvien sekä videoiden lähteet ovat merkitty videodokumentin lopputeksteihin osaksi itse videota. Opinnäytetyön monipuolisen kuvamateriaalin keräämiseksi vierailtiin Seilin saarella, Lapinlahden sairaalassa (Mental Museum Lapinlahti) sekä Kellokosken sairaalamuseossa.

Aikaisemmin työssä nimetyistä hyvän opetusvideon piirteistä poikettiin hieman, mutta pyrittiin säilyttämään erityisesti videon kiinnostavuutta lisäävät tekijät. Videon keston ja laajan asiasisällön vuoksi videota kutsuttiin alusta alkaen videodokumentiksi. Opinnäytetyölle laaditut tavoitteet toimivat myös videodokumentin tavoitteina. Videodokumentti perustui ennalta laadittuun käsikirjoitukseen ja suunnitelmaan. Käsikirjoitus perustui työn kirjalliseen osuuteen. Käsikirjoituksen sisältöä tiivistettiin ja hiottiin mahdollisimman opettavaiseksi sekä kohderyhmää palvelevaksi. Videon puheääni oli selkeä ja riittävän nopeatempoinen, hiljaiset taustääännet toivat videoon tunnelmaa. Puhujan kasvojen näkymistä ei koettu videodokumentin lopputuloksen kannalta välttämättömäksi. Autenttisissa ympäristöissä kuvatut materiaalit lisäsivät videon sanoman havainnollisuutta.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää kyselylomakkeen toteuttaminen Laurean terveysalan opiskelijoille ja lehtoreille. Palautetta haluttiin kerätä juuri tältä kohderyhmältä, sillä he tulevat käyttämään materiaalia tulevaisuudessa. Kaiken kaikkiaan kyselyyn osallistui 20 vastaajaa. Kyselytutkimuksen luotettavuutta heikentävä tekijä on lehtoreiden heikko vastausmäärä (n=2). Erityisesti lehtoreilta kerätty palaute on työn arvioinnissa ensiarvoisen tärkeää, sillä lehtorit viime kädessä päättävät oppimateriaalin hyödyntämisestä opetuksessa.

Lehtoreiden heikkoon vastausprosenttiin (25 %) saattoi vaikuttaa rajallinen tai liian lyhyt vastausaika tai sähköpostin välityksellä tapahtunut viestintä. Lehtoreiden vastaukset haluttiin sisältää työhön, sillä kaikki saatu palaute koettiin arvokkaaksi. Opiskelijoilta sen sijaan saatiin tavoiteltua enemmän vastauksia (n=18). Opiskelijoiden odotettua suurempi vastaajamäärä ja vastausprosentti (86 %) kompensoi osaltaan puuttuvia vastauksia. Opiskelijoiden vastaamisaktiivisuuteen on voinut vaikuttaa, että videodokumentin & kyselyn esittäminen on tapahtunut lähiopetuksen luennolla.

9.2. Jatkokehittämiskohteet ja käytettävyys

Aiheena mielenterveyshoitotyön historia ja kehitys on laaja. Jatkokehittämisen kannalta aiheeseen voisi pureutua keskittyen johonkin yksittäiseen sairauteen ja sen hoitoon.

Opinnäytetyön kehittämis ehdotuksena esitämme videomateriaalin tekstittämistä tai äänittämistä englanniksi. Vaihtoehtoisesti samansisältöinen opetusvideo voitaisiin myös tuottaa kokonaan englanniksi. Tällöin videosta hyötyvät myös Laurean kansainväliset opiskelijat, joka lisää videon saavutettavuutta.

Tulevaisuudessa opetusvideon tai perehdytysmateriaaliksi suunnatun videon voisi toteuttaa yhteistyössä media-alan tai it-alan opiskelijoiden kanssa. Tällöin videon laatu, visuaalisuus ja tekniset ominaisuudet voisivat olla kokonaisuutena ammattimaisempia ja laadukkaampia.

Laurea-ammattikorkeakoulu saa oikeudet tämän kehittämistyön tuotoksena tehtyyn videodokumenttiin. Videodokumentti ladattiin Laurean videopalveluun lisenssillä CC BY 4.0. Videodokumenttia voidaan hyödyntää perehdytys- ja oppimateriaalina terveysalan opiskelijoille suunnatuissa opinnoissa. Video on helposti opiskelijoiden saatavilla Canvas-työtilassa, jonne se ladataan. Näin video sopii hyödynnettäväksi sekä lähi- että etäopetukseen.

9.3. Itsearviointi

Opinnäytetyötä tehdessä opittiin paljon uutta, niin mielenterveyshoitotyön historiasta kuin tutkimus- ja kehittämismenetelmistä. Kehittämistyö- muotoinen opinnäytetyö koettiin ennen kaikkea tekijöiden luovuutta sallivaksi, mutta myös haastavaksi menetelmäksi. Kummallakaan tekijöistä ei ollut kokemusta opinnäytetyötason lopputyön tekemisestä. Tämä näkyi epävarmuutena etenkin prosessin alkuvaiheessa. Laadukkaan ohjauksen ja oman osaamisen kehittymisen myötä opinnäytetyö alkoi sujumaan paremmin.

Kehittämistyö koettiin tekijöille sopivaksi, sillä siinä saatiin käyttää runsaasti omia ideoita ja mielikuvitusta. Erityisesti vierailut vanhoissa hoitolaitoksissa ja museoissa toivat

mielenkiintoa ja intoa opinnäytetyön työstämiseen. Vierailuilla onnistuttiin keräämään paljon arvokasta kuvamateriaalia sekä kokemusta. Kehittämistyö haastoi tekijöitä kehittämään omaa tietoteknistä osaamista, sillä kumpikaan ei aikaisemmin ollut käyttänyt videonmuokausohjelmia.

Työ koettiin kaiken kaikkiaan onnistuneeksi. Videodokumentista saatiin kehitettyä uudenlainen, teoriapohjaltaan kattava kokonaisuus, jota tullaan käyttämään tulevaisuudessa opetusmateriaalina. Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet koettiin täyttyvän. Tavoitteiden täyttymistä tukee myös videodokumentista saatu positiivinen palaute.

Lähteet

Painetut

- Achté, K. 1991. Lapinlahden sairaalan historia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 21-23. 38. 50-55.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoito-työ. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 27-28.
- Jerofejev, N. 1979. Mitä on historia. Helsinki: Kansakulttuuri Oy. 9-16.
- Kinnunen, L. 1939. Mielisairaanhoido. 4. painos. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö. 152-157.
- Lönnqvist, J., & Lehtonen, J. 2017. Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. 12 Uudistettu painos. 18-42.
- Pietikäinen, P. 2013. Hulluuden historia. Tallinna: Gaudeamus. 146-147. 160-161. 294-295. 367. 371-372.
- Pietikäinen, P. 2020. Kipeät sielut. Hulluuden historia Suomessa. Tallinna: Gaudeamus. 26-27. 47-51. 276.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita. 60.
- Vataja, R., Kontio, R. & Laaksonen, T. 2015. Kellokosken sairaalan juhlaulkaisu. 1915-2015. Sata vuotta. Sastamala: Vammalan kirjapaino. 44-45.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy. 16.

Sähköiset

- Ahonen, K. 2019. Suomalainen Mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielenterveyden häiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 9.1.2024. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/d13c24c4-fa3a-4c8c-870c-b96b3fc35f89/content>
- CRC. Turku Clinical Research Centre. N.d. Tutkittavien rekrytointi. Viitattu 19.4.2024. http://www.turkucrc.fi/tutkimuksen_toteuttaminen/tutkittavien_rekrytointi
- Helminen, M. 2014. Kruunuhospitaalien sosiaalinen ympäristö: Tutkimus Seilin ja Kruunupyyn hospitaalien eristysalueista 1600- ja 1700- luvuilla. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Viitattu 26.10.2023. file:///C:/Users/User/Downloads/Kruunuhospitaalien_sosiaalinen_ymparist.pdf
- Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T. & Kiesepä, T. 2019. Psykososiaaliset hoitomuodot skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 2.1.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15188#s2>

Jaakkonen, A. 2017. Mielisairaanhoitajien koulutus Suomessa vuosina 1906-1969. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. 16-21. 16-26. 86-88. Viitattu 7.12.2023. <http://jultika.oulu.fi/Record/nbnfioulu-201706082643>

Juntunen, M. 2023. Niuvanniemen sairaalan toiminta 1920- ja 1930- luvuilla - Aikakauden psykiatristen tieteellisten näkemysten kontekstissa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 16.12.2023. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/30519/urn_nbn_fi_uef-20231159.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jyrkinen, A. Pakalén Anna, Kansallisbiografia-verkkójulkaisu. Studia Biographica 4. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 1997-. Viitattu 20.11.2023. <https://kansallisbiografia.fi/kansallisbiografia/henkilo/9402>

Jäntti, S., Heimonen, K., Kuuva, S., Maanmieli, K. & Rissanen, A. 2022. Kokemuksia mielisairaalaista. Muistoihin kaivertuneet tilat. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura. 65-80. Viitattu 3.12.2023. <https://oa.finlit.fi/site/books/e/10.21435/skst.1483/>

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 19.4.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>

Koivisto, J. 2014. Mielenä menettänyt, toisen tappanut - Kriminaalipotilaana Mustasaaren sairaalassa 1940- luvulla. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 17.12.2023. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44060/URN%3ANBN%3Afi%3Ajyu-201408202388.pdf>

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.12.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98399>

KvantiMOTV. 2004. Tilastollinen päättely. Viitattu 19.4.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/paattely/paattely.html>

Käypä hoito. 2022. Keitä olemme? Viitattu 28.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/kaypahoito>

Käypä hoito- suositus. 2022. Skitsofrenia. Viitattu 2.1.2024. https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s11_5

Laurea. N.d. Tietoa meistä. Viitattu 30.5.2023. <https://www.laurea.fi/tietoa-meista/>

Laurea. N.d. OPS. Viitattu 4.10.2023. <https://ops.laurea.fi/212701/fi/68081/209697/2729>

Leinonen, E., Linkopuu E., Järventausta, K & Tammentie-Saren, T. 2019. Valtion sairaala-aika 1890-1955. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin museotoimikunta. Tampereen yliopistollinen sairaala: Verkkonäyttely. Viitattu 5.12.2023. <https://www.aikanaan.fi/pitkaniemi/verkkonayttelyn-tavoite/tekijat/>

Lääkärikirja Duodecim. 2022. Mielen terveyden häiriöitä. Viitattu 30.11.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313#s4>

Martin, M. & Soronen, K. 2022. Toipumisorientaatio mielen terveyspalveluissa. Lapin yliopisto. Viitattu 18.12.2023. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/65063/Martin_Marjatta-Soronen_Kari.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mielen terveyslaki 116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Viitattu 5.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

- Mielenterveystalo.fi. N.d. Aivojen sähköhoito. Viitattu 30.11.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/aivojen-sahkohoito>
- Mielenterveystalo.fi. N.d. Psykiatrinen hoito. Viitattu 19.10.2023. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykiatrinen-hoito>
- Nikkarinen, T. & Hoppu, K. 1994. Ongelmakeskeinen opetus, ongelmalähtöinen oppiminen ja aktivoivat opetusmenetelmät. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 30.11.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo40341#s2>
- Nummela, M. 2022. ICD-11 on julkaistu. Lääkärilehti: Verkkojulkaisu. Viitattu 17.12.2023. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/icd-11-on-julkaistu/>
- Pirkola, S. 2020. Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.12.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15737>
- Pirnes, T. 2018. Opetusvideoiden käyttäminen ammatillisessa koulutuksessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. 22-25. Viitattu 27.11.2023. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57812/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201805022415.pdf>
- Rapelo, N. 2012. "Saattaisi tuottaa ainakin positiivista hyötyä". Suomen lobotomiat pohjoismaisessa kontekstissa 1930-1970-luvulla. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. 28-39. Viitattu 21.11.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/ffe7e773-d501-4df3-bfe1-1dd73acde769/content>
- Rissanen, A. 2012. Työtä, Sokkeja, Lääkkeitä. Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot vuosina 1926-1959. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 16.12.2023. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37823/URN:NBN:fi:jyu-201205131643.pdf?sequence=1>
- Rissanen, A. 2019. Veden merkitys mielisairaaloiden muuttuvissa hoitokulttuureissa. Jyväskylän yliopisto. 7-10. Viitattu 26.10.2023. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/65741?locale-attribute=en>
- Rossi, L. 2013. Mielisairaudet ajan virrassa. Turun yliopisto: Agricola - Suomen humanistiverkko. Viitattu 16.12.2023 <https://agricolaverkko.fi/review/mielisairaudet-ajan-virrassa/>
- Rovasalo, A. 2021. Mielenterveyden ongelmien varoitusmerkkejä - milloin huolestua? Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 30.11.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01303/mielen-terveyden-ongelmien-varoitusmerkkeja-milloin-huolestua>
- Seili. N.d. Historia. Viitattu 26.10.2023. <https://www.visitseili.fi/fi/historia/>
- Socada, L. 2023. Psykykenlääkkeet. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 1.12.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00412>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Mielenterveyden hoito. Viitattu 17.12.2023. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- Suomen Sairaanhoidajat. N.d. Opiskele sairaanhoitajaksi. Viitattu 30.11.2023. <https://sairanhoidajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/opiskele-sairanhoidajaksi/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Tutkimus- ja kehittämisrahoitus valtion talousarvioissa. N.d. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 27.11.2023. <https://www.stat.fi/til/tkker/kas.html>
- Tarvainen, L., Ruoppila, I & Amnell, G. 1962. Suomen vajaamieliset ja heidän hoidontarpeensa. Helsinki: Valtion painatuskeskus. Viitattu 16.12.2023.

https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/180549/xvja_196200_1966_1_dig.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tays. Potilasohje: Psykiatrinen sähköhoito Pitkäniemen sairaalassa. 2020. Viitattu 2.1.2024. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Psykiatria/Psykiatrinen_sahkohoito_Pitkaniemen_sair\(25725\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Psykiatria/Psykiatrinen_sahkohoito_Pitkaniemen_sair(25725))

Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010, 8§) Viitattu 2.11.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2023. ICD-11- diagnoosiluokituksen käyttöönotto. Viitattu 5.12.2023. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/koodistopalvelu/yhteisty-ja-projektit/icd-11-diagnoosiluokitusten-kayttoonotto>

THL 2022. Näyttöön perustuvat tuki- ja hoitomenetelmät. Viitattu 12.10.2023. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut/nayttoon-perustuvat-tuki-ja-hoitomenetelmat>

THL. 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja- Suomalaisen Tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Viitattu 17.12.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tietoarkisto. N.d. Posti- ja verkkokyselyaineiston kokoaminen. Viitattu 22.1.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/postikysely/postikysely/>

Tilastokeskus. 2024- Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Viitattu 18.4.2024. https://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 2.11.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helda. Helsingin yliopiston avoin julkaisuarkisto. 11. 35-36. Viitattu 22.1.2024. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf>

Vorma, H. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia varmistaa pitkäjänteisen mielenterveystyön. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.12.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15776>

Vuori, J. Tutkimuseettikka ihmistieteissä. Laadullisen tutkimuksen verkkokirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 4.10.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimuseettikka/tutkimuseettikka-ihmistieteissa/>

World Health Organization 2022. Mental Health. Viitattu 11.4.2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Julkaisemattomat lähteet

Kellokosken sairaalamuseon arkisto 2023. Kellokosken sairaalamuseo. Tuusulan kunta. 13.11.2023. Saatavana opinnäytetyön tekijöiltä.

Lapinlahden lähteen arkisto 2023. Lapinlahden sairaalarakennus. 13.10.2023. Saatavana opinnäytetyön tekijöiltä.

Seilin saaren arkisto 2023. Seilin mielisairaalarakennus 21.6.2023. Saatavana opinnäytetyön tekijöiltä.

Liitteet

Liite 1: [Videodokumentti](#)

Liite 2: [Palautelomake](#)

Liite 3: [Tutkimuslupa](#)

Liite 4: [Kyselylomakkeen saatekirje](#)

Liite 5: [Videon käsikirjoitus](#)

Liite 6: [Videodokumentin lähteet](#)