



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenna Luoma & Veera Toppinen

Psykiatrisen hoitotyön kehittyminen Etelä-Pohjanmaalla

Opinnäytetyö
Kevät 2025
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto:

Tekijä: Jenna Luoma & Veera Toppinen

Työn nimi alaotsikoineen: Psykiatrisen hoidon kehittyminen Etelä-Pohjanmaalla

Ohjaaja: Minna Laitila

Vuosi: 2025

Sivumäärä: 84

Liitteiden lukumäärä: 4

Psykiatrisen hoitotyö on muuttunut vuosien varrella huomattavasti. Opinnäytetyö käsittelee psykiatrisen hoitotyön kehitystä Etelä-Pohjanmaalla keskittyen erityisesti menneisiin hoitokäytäntöihin Seinäjoella sijainneessa Törnävän sairaalassa. Hoitajien kertomusten pohjalta kuvattiin, millaisia menetelmiä ja toimintatapoja psykiatrisessa hoidossa on aiemmin käytetty sekä miten hoitotyö on järjestetty menneinä vuosikymmeninä. Opinnäytetyön aihe syntyi omasta mielenkiinnosta ja opettajan kannustuksesta perehtyä aiheeseen syvällisemmin aiemman seminaarityön pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatrisen hoitotyön kehitystä Etelä-Pohjanmaalla eläkkeellä olevien hoitajien kokemusten kautta, painottuen erityisesti Törnävän sairaalan aikaisiin hoitomuotoihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrisen hoidon historiasta ja kehityksestä, jotta hoitotyöntekijöiden ja kansalaisten ymmärrys aiheesta lisääntyisi.

Työ tehtiin yhteistyössä Törnävän Sairaalamuseon kanssa. Museon toiveet otettiin huomioon, mutta samalla huomioitiin myös omat tavoitteet. Museon kautta löydettiin haastateltavia, jotka olivat työskennelleet hoitajina psykiatrisessa hoidossa 1900-luvulla.

Opinnäytetyö on laadullinen, ja tiedonkeruumenetelmänä käytettiin yksilöhaastatteluja sekä parihaastatteluja puolistrukturoidulla tavalla. Haastateltavat valittiin ensin harkinnanvaraisesti heidän asiantuntemuksensa perusteella, ja loput löydettiin niin sanotulla lumipallo-otannalla. Haastatteluihin osallistui viisi henkilöä. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tuloksista saatiin tietoa vanhojen hoitomenetelmien vaikutuksista hoitajiin, niiden eettisyydestä ja siitä, millaista oli työskennellä menetelmillä, joita ei enää käytetä. Kriteerit tahdosta riippumattomalle hoidolle ovat tarkentuneet, parantaen potilaiden oikeusturvaa. Hoitomenetelmät ovat siirtyneet somaattisista keinoista kohti kokonaisvaltaisempaa ja osallistavampaa lähestymistapaa, jossa potilaan osallisuus on keskiössä.

¹ Asiasanat: hoitomenetelmät, mielisairaanhoitajat, mielenterveysongelmat, psykiatrian sairaanhoitajat, psykiatrisen hoito

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Nursing

Specialisation:

Author/s: Jenna Luoma & Veera Toppinen

Title of thesis: The development of psychiatric care in South Ostrobothnia

Supervisor(s): Minna Laitila

Year: 2025

Number of pages: 84

Number of appendices: 4

Psychiatric nursing has changed significantly over the years. This thesis examines the development of psychiatric nursing in South Ostrobothnia, focusing especially on past care practices at Törnävä Hospital, which was located in Seinäjoki. Based on stories and accounts from nurses, the study described the methods and approaches previously used in psychiatric care, as well as how nursing was organized in past decades. The topic emerged from a personal interest and a teacher's encouragement to explore the subject more deeply.

The purpose of this thesis was to illustrate the development of psychiatric nursing in South Ostrobothnia through the experiences of retired nurses, with particular focus on former treatment methods used at Törnävä Hospital. The goal was to provide information on the history and evolution of psychiatric care to increase understanding among healthcare workers and the public.

The thesis was carried out in collaboration with the Törnävä Hospital Museum. The museum's wishes were considered alongside the author's goals, and through the museum, interviewees who had worked in psychiatric nursing during the 20th century were found.

This qualitative study used semi-structured individual interviews for data collection. Interviewees were selected first through purposive sampling based on their expertise, and others were found via the so-called snowball sampling. Five individuals participated in the interviews, which were recorded, transcribed, and analyzed using inductive content analysis.

The results offered insights into the ethical dimensions and impacts of past treatment methods on nurses, as well as what it was like to work with approaches no longer in use. The criteria for involuntary treatment have become more precise, improving patients' legal protection. Treatment methods have shifted from somatic techniques toward a more holistic and participatory approach, with patient involvement in the core.

¹ Keywords: treatment methods, mental nurses, mental health problems, psychiatric nurses, psychiatric care

SISÄLTÖ

| | |
|--|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä | 1 |
| Thesis abstract | 2 |
| SISÄLTÖ | 3 |
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 PSYKIATRISEN HOIDON PERUSTA | 8 |
| 2.1 Psykiatrinen hoito Suomessa | 8 |
| 2.2 Mielisairaslain jälkeen mielenterveyslaki | 11 |
| 2.3 Tahdosta riippumaton hoito | 12 |
| 3 MIELISAIRAIDEN HOITO TÖRNÄVÄN SAIRAALASSA | 15 |
| 3.1 Törnävän sairaala..... | 15 |
| 3.2 Törnävän sairaalassa hoidetut mielenterveysongelmat..... | 16 |
| 3.3 Psykiatrisia hoitomenetelmiä 1920-luvulta lähtien Törnävän sairaalassa | 16 |
| 3.3.1 Fyysiset rauhoittamismenetelmät..... | 17 |
| 3.3.2 Shokkihoitojen käyttö psykiatriassa | 19 |
| 3.3.3 Lobotomian historia..... | 21 |
| 3.3.4 Eheytyshoitojen historia | 22 |
| 3.3.5 Työterapian rooli psykiatrisessa hoidossa | 22 |
| 3.3.6 Perhehoito osana kuntoutusta | 23 |
| 3.3.7 Lääkehoidon historia..... | 23 |
| 4 MIELENTERVEYSONGELMIEN HOITO 2000-LUVULLA ETELÄ- POHJANMAALLA..... | 25 |
| 4.1 Yleisimmät mielenterveyden häiriöt..... | 25 |
| 4.1.1 Yleisimpiä mielialahäiriöitä | 26 |
| 4.1.2 Ahdistuneisuushäiriöiden eri muodot | 27 |
| 4.1.3 Psykoottiset häiriöt..... | 28 |
| 4.1.4 Erilaiset persoonallisuushäiriöt..... | 29 |
| 4.1.5 Erilaiset riippuvuusongelmat | 30 |
| 4.1.6 Syömiseen liittyvät häiriöt | 31 |
| 4.1.7 Käyttäytymisen säätelyn häiriöt..... | 31 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.2 | M-talo eli Mahdollisuuksien talo..... | 31 |
| 4.3 | Hoitomuodot mielenterveyspalveluissa | 32 |
| 4.3.1 | Lääkehoito 2000-luvulla | 33 |
| 4.3.2 | Psykososiaaliset hoitomuodot..... | 34 |
| 4.3.3 | Vertaistuki apuna | 37 |
| 4.3.4 | Neurostimulaatiohoitojen käyttö | 37 |
| 4.3.5 | Kirkasvalohoito mielialahäiriöihin | 38 |
| 4.3.6 | Omahoito-ohjelmien soveltaminen..... | 39 |
| 5 | HOITAJIEN TYÖNKUVAN MUUTTUMINEN | 40 |
| 5.1 | Hoitajan työnkuvan lähtökohdat | 40 |
| 5.2 | Hoitajan työkuva nykypäivänä..... | 41 |
| 6 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 43 |
| 7 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS..... | 44 |
| 7.1 | Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä | 44 |
| 7.2 | Opinnäytetyön aineistonkeruu..... | 44 |
| 7.3 | Aineiston analyysi opinnäytetyössä..... | 46 |
| 8 | OPINNÄYTETYÖN TULOKSET | 49 |
| 8.1 | Haastateltavien taustatiedot | 49 |
| 8.2 | Kohtaamisen kulttuuri ollut ristiriitaista psykiatrisessa hoitotyössä..... | 49 |
| 8.3 | Psykiatrisessa hoitotyössä eettisyyteen pyrittiin | 51 |
| 8.4 | Psykiatrisen hoitotyön hoitomuodot ovat vaihdelleet aikakausittain | 54 |
| 8.5 | Toimintaympäristön ominaispiirteet vaikuttaneet hoitotyössä..... | 59 |
| 9 | POHDINTA..... | 61 |
| 9.1 | Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset | 61 |
| 9.1.1 | Tahdosta riippumattoman hoidon kehittyminen..... | 61 |
| 9.1.2 | Hoitomenetelmien kehittyminen | 62 |
| 9.1.3 | Potilasryhmien muuttuminen..... | 63 |
| 9.1.4 | Hoitajien työnkuvan kehittyminen..... | 65 |
| 9.1.5 | Hoitoympäristön kehittyminen | 66 |
| 9.2 | Eettisyys opinnäytetyössä | 68 |
| 9.3 | Luotettavuus opinnäytetyössä..... | 70 |

| | | |
|----------|--|----|
| 9.4 | Jatkotutkimusehdotuksia hoitotyön kehittämisen näkökulmasta..... | 73 |
| LÄHTEET | | 75 |
| LIITTEET | | 84 |

1 JOHDANTO

Mielisairaus eli psykoosi on vakava mielenterveyden häiriö, jolle on ominaista todellisuudentajun selkeä hämartyminen (Jüriloo, 2024). Mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireyhtymiksi, jotka aiheuttavat psyykkisiä oireita sekä haittaa tai kärsimystä. Häiriöt jaotellaan eri asteisiksi oireiden vakavuuden perusteella. Vakavimmat häiriöt, kuten sekavuustilat, harhaluuloisuushäiriöt, skitsofrenia ja psykoottiset masennustilat voivat heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua merkittävästi. Asianmukaisen hoidon avulla sairastunut voi kuitenkin elää tyydyttävää elämää. Vakavissa tapauksissa saatetaan kuitenkin tarvita joko vapaaehtoista tai tahdosta riippumatonta psykiatrista sairaalahoitoa. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätyn potilaan harkintakyky on usein heikentynyt sairauden vuoksi.

Aikuinen ihminen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos henkilö on mielisairas eli psykoottinen, jos hoidon jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi hänen tai muiden terveyttä ja turvallisuutta, sekä jos muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu sairastuneen hoitoon (Jüriloo, 2024). Hoidon kesto voi vaihdella vuorokausista pidempiin hoitjaksoihin. Kokonaisvaltaiseen psykiatriseen hoitoon kuuluu potilaan mielenterveyden tukemisen lisäksi hänen läheistensä ja heidän mielenterveytensä tukeminen, ennaltaehkäisevä mielenterveyshoitotyö sekä varhaisten oireiden hoitaminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), i.a.-a).

Hyvönen (2008, s. 3) kuvaa, kuinka Suomen psykiatrisessa palvelujärjestelmässä tapahtui 1990-luvulla suuria muutoksia. Kun psykiatrinen ja muu erikoissairaanhoido yhdistettiin vuonna 1991, mielenterveyspalvelut hajautuivat laajemmin yhteiskuntaan. Tätä ennen psykiatrinen hoito perustui pitkälti sairastuneiden eristämiseen, ja mielen sairauksia pidettiin parantumattomina jopa "tarttuvina." Kehitystä ovat ohjanneet myös kulttuurilliset ja taloudelliset tekijät. 1900-luvun lopulla tieteellinen ja hoitokäytännöllinen edistys mahdollistivat siirtymisen kohti avohoitoa, mutta Suomessa tämä kehitys tapahtui viiveellä. Vaikka asenteet alkoivat muuttua myönteisemmiksi, sairastuneisiin kohdistunut stigma säilyi pitkään.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan Törnävän sairaalassa käytettyjä psykiatrisia hoitomenetelmiä ja potilasryhmiä. Lisäksi käsitellään nykypäivän mielenterveyden käsitteitä ja hoitomuotoja, jotka tarjoavat vertailupohjaa historialliselle tarkastelulle. Työn

tarkastelunäkökulma rajautuu Seinäjoen alueella käytössä olleisiin ja yhä käytössä oleviin hoitomuotoihin. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Törnävän Sairaalamuseon kanssa, mikä mahdollisti perehtymisen sairaalan historiaan sekä tarjosi arvokkaita haastateltavia työn tueksi.

Opinnäytetyö tuo näkyväksi osan psykiatrisen hoidon historiaa, joka on monelle vielä vierasta tai unohdettua. Työn avulla pyritään syventämään ymmärrystä siitä, miten hoitomenetelmät, potilaiden kohtelu ja mielenterveyden arvostus ovat kehittyneet vuosikymmenten saatossa. Opinnäytetyö ei ainoastaan valota menneisyyttä, vaan se auttaa myös hahmottamaan nykyisen mielenterveyshoitotyön muovautumista sellaiseksi, kuin se nykyään on.

Opinnäytetyössä tarkastellaan psykiatrisen hoidon kehitystä Etelä-Pohjanmaalla Törnävän sairaalan alueella kronologisessa järjestyksessä vuodesta 1923 aina 2000-luvulle saakka. Toisen otsikon alla käsitellään kehityksen lisäksi mielisairas- ja mielenterveyslainsäädäntöä sekä tahdosta riippumatonta hoitoa. Lainsäädäntöön perehtyminen auttaa ymmärtämään, miten mielenterveystyön määritelmät ovat muuttuneet eri aikakausina. Kolmannen otsikon yhteydessä keskitytään Törnävän sairaalassa toteutettuihin psykiatrisiin hoitomenetelmiin 1920-luvulta eteenpäin. Vaikka Suomessa on ollut käytössä muitakin hoitomuotoja, niitä ei tässä työssä käsitellä, jotta aihe pysyy tiiviisti rajattuna ja selkeänä. Neljännen otsikon alla tarkastellaan nykyisiä mielenterveydenhäiriöitä ja niiden hoitomuotoja Seinäjoen alueella psykiatrisen hoitotyön kehittymisen hahmottamiseksi. Viidennen otsikon alla käsitellään hoitajien työnkuvan muuttumista vuosikymmenten aikana.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata psykiatrisen hoitotyön kehitystä Etelä-Pohjanmaalla eläkkeellä olevien hoitajien kokemuksiin perustuen, painottuen erityisesti Törnävän sairaalassa käytettyihin aikaisempiin hoitomuotoihin. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa psykiatrisen hoidon historiasta ja kehityksestä vuosien varrella hoitotyöntekijöiden ja kansalaisten ymmärryksen lisäämiseksi. Opinnäytetyö lisää käsitystä aikaisemmista hoitomuodoista ja niiden eettisyydestä. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Törnävän Sairaalamuseon kanssa.

2 PSYKIATRISEN HOIDON PERUSTA

2.1 Psykiatrinen hoito Suomessa

1800-luvun lopulla syntynyt teoria degeneraatiosta valtasi myös psykiatrian (Hyvönen, 2003). Uskottiin, ettei psykiatrisista häiriöistä ole mahdollisuutta parantua. Psykiatristen häiriöiden koettiin olevan uhka koko ihmisrodun tulevaisuuden kannalta. Pitkään ajateltiin, että mieleltään normaaleiksi katsottuja ihmisiä pitää suojella mielenterveysongelmista kärsiviltä. 1900-luvun loppupuolella länsimaissa tapahtui merkittävää kehitystä tieteessä ja hoidon tuloksellisuudessa. Ajatus avohoitopainotteisuudesta alkoi syntyä.

Rakennemuutos Suomessa käynnistyi 1970- ja 1980-luvuilla (Hyvönen, 2003). Tällöin laitoshoidon purettiin ja avohoidonpalveluita rakennettiin. Kuitenkin 1990-luvun lama, ja sen mukanaan tuomat terveydenhuollon säästöpainotteet näyttivät sen, kuinka ihmiset olivat valmiita luopumaan mielenterveyspalveluista ensimmäisenä. Tällöin vielä psykiatrian merkitystä lääketieteen erikoisalana väheksyttiin. Lama jätti jälkensä psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Alan resurssit vähenivät neljänneksellä, eikä lama-aika vähentänyt mielenterveysongelmien ilmaantuvuutta.

Vasta 1990-luvulla tapahtui merkittäviä muutoksia suomalaisessa psykiatrisessa palvelujärjestelmässä (Hyvönen, 2008, s. 130). Näistä merkittävistä muutoksista tärkeimpiä olivat psykiatrisen ja muun erikoissairaanhoidon yhdistyminen, mielenterveyslaki sekä mielenterveyspalveluiden hajaantuminen ympäri Suomea. Samalla päätösvalta psykiatriassa siirtyi uusille tahoille, kuten kunnille. Myöhemmin mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastuun on ottanut sosiaali- ja terveysministeriö, ja palveluiden järjestäminen on siirtynyt hyvinvointialueille (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), i.a.-a).

2000-luvulla mielenterveyspalveluita tuotetaan julkisella sektorilla perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja sosiaalihuollossa (STM, i.a.-c). Perusterveydenhuollon palveluihin lasketaan kuuluvaksi muun muassa terveyskeskukset, opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto sekä avohoidon yleislääketieteen tasoisena vastaanotto- ja suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdehoito ja kuntoutus. Hoitoa toteutetaan

puhelinpalveluissa, lyhytinterventioina, pitkittäisseurantana sekä muissa matalan kynnyksen palveluissa (THL, i.a.-c). Tarkoituksena on vahvistaa mielenterveyttä, ehkäistä, lievittää ja hoitaa mielenterveyden ongelmia ja mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä varhaisessa vaiheessa sekä tarpeen mukaan ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidon palveluihin kuuluvat kaikki psykiatrisen erikoisalalan mukaiset tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut, kuten esimerkiksi psykoterapia ja sairaalahoito (STM, i.a.-c). Hoitoa toteutetaan pääosin sairaaloissa ja poliklinikoilla. Lisäksi hoitoon pääsy edellyttää yleensä lääkärin lähetteen. Perushuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut yhteistyössä toteuttavat mielenterveyden häiriöistä kärsivän ohjausta, neuvontaa, tutkimuksia, hoitoa, kuntoutusta sekä tarjoavat psykososiaalista tukea (THL, i.a.-c). Perusterveydenhuollon palvelut ovat kuitenkin hoidossa aina ensisijainen vaihtoehto (STM, i.a.-a).

Sosiaalihuolto vastaa psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuviin tuen tarpeisiin (STM, i.a.-a). Se tuottaa muun muassa palveluita, kuten kasvatus- ja perheneuvontaa sekä järjestää mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa.

Yksityinen sektori tarjoamia mielenterveyspalveluita ovat muun muassa palvelukodit, kuntoutuskodit, päivä- ja työtoiminnot, yksityiset lääkärit sekä terapiat (Mieli, i.a.-b). Yksityisen sektorin lisäksi on kolmas sektori, jossa mielenterveystyön tekijöinä ovat muun muassa erilaiset järjestöt, yhdistykset, yhteisöt ja seurakunnat.

Mielenterveystyötä tehdään primaaripreventiona eli mielenterveyttä edistävällä tasolla, jonka lähtökohdalla on mielenterveysongelmien etiologiaa koskeva tutkimustieto sekä sen soveltaminen väestö- ja riskiryhmätasolla (Lehtonen & Lönnqvist, i.a., s. 26). Mielenterveyttä pystytään edistämään muun muassa vähentämällä riskitekijöitä ja lisäämällä suojaavia tekijöitä. Nämä keinot voivat perustua biologiseen, psykologiseen tai sosiaaliseen tietoon mielenterveysongelmista. Toimet painottuvat vielä sairastumattomiin ryhmiin, joissa riskit ovat pienet. Esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolatoiminta tekee merkittävää työtä pyrkiäkseen luomaan lapselle parhaat mahdolliset lähtökohdat hyvään mielenterveyteen. Mielenterveystyössä hyödynnetään lisäksi sekundaaripreventiota sekä tertiääripreventiota. Sekundaariprevention tarkoituksena on havaita ja hoitaa mielenterveyden häiriötä

mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jolloin väestön sairastavuutta tiettyä ajankohdana saadaan vähennettyä. Esimerkiksi erilaisilla mielialan seulontatutkimuksilla on mahdollista tunnistaa mielenterveyden häiriöt varhaisessa vaiheessa ja puuttua niihin. Tertiäriprevention tarkoituksena on ehkäistä mielialahäiriöiden pahenemista sekä ylläpitää ja palauttaa toimintakykyä hyvällä psykiatrisella hoidolla. Preventioiden merkitystä on alettu painottamaan, sillä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden on todettu vaikeutuvan ja kroonistuvan myöhään aloitetun hoidon vuoksi.

Asiakkaan hoitomuoto määräytyy hänen vointinsa mukaan (Mielenterveystalo, i.a.-t). Vaihtoehtoina ovat joko avohoito tai osastohoito. 2000-luvulla avohoidosta on tullut yleisin hoitomuoto. Avohoidossa asiakas asuu kotonaan ja käy säännöllisesti tapaamassa terveydenhuollon ammattilaista (Mielenterveystalo, i.a.-c). Avohoidon potilas ei tarvitse ympäristöä seurantaan. Suurin osa avohoidosta painottuu perusterveydenhuoltoon, mutta avohoitoa on myös erikoissairaanhoidon puolella (STM, i.a.-b). Näitä erikoissairaanhoidon avohoidonpalveluita voivat olla muun muassa poliklinikkakäynnit sekä päivystyskäynnit.

Osastohoitoa tarjotaan asiakkaalle silloin, kun avohoito ei riitä (Mielenterveystalo, i.a.-s). Tällöin on yleensä kyseessä vakava mielenterveysongelma. Osastohoitojaksot voivat kestää aina muutamista kriisihoito vuorokausista viikkoihin. Suurin osa toteutetusta osastohoidosta on vapaaehtoista, mutta nykyäänkin on mahdollista joutua tahdosta riippumattaan hoitoon, mikäli hoidonkriteerit täyttyvät. Samoin kuin avohoito, osastohoitokin pohjautuu potilaan kanssa yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan (Mielenterveystalo, i.a.-t). Yhdessä laadittu hoitosuunnitelma edistää potilaan osallistumista ja sitoutumista hoitoon sekä luottamuksen syntymistä hoitavaa tahoja kohtaan, joka korostuu erityisesti psykiatriassa hoidossa.

Osastohoito kuuluu pitkälti erikoissairaanhoidon (Mielenterveystalo, i.a.-s). On kuitenkin olemassa myös perustason osastohoitoa (Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, i.a.). Esimerkiksi Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue mahdollistaa yli 16-vuotiaille osastohoitoa, joka kuuluu perusterveydenhuoltoon. Tällaisessa tilanteessa hoitavana lääkärimä toimii yleislääketieteen lääkäri, jolloin hoito perustuu pitkälti kuntouttavaan työotteeseen.

2.2 Mielisairaslain jälkeinen mielenterveyslaki

Tammikuussa 1991 voimaan astui uusi mielenterveyslaki, joka määrittää mielenterveystyön tänäkin päivänä (Mielenterveyslaki 1116/1990a, 5 luku 35 §). Mielenterveyslain ensimmäisessä pykälässä mielenterveystyö määriteltiin seuraavasti:

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä (Mielenterveyslaki 1116/1990a, 1 luku 1 §).

Kyseisen pykälän toisessa momentissa määritettiin mielenterveystyöhön kuuluvaksi kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joita tarjotaan henkilöille, joille on diagnosoitu mielenterveydenhäiriö (Mielenterveyslaki 1116/1990a, 1 luku 1 §). Kolmannessa momentissa kerrottiin mielenterveystyön pitävän sisällään kaikki ne toiminnot, joilla kehitetään väestön elinolosuhteita siten, että ne ehkäisevät mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä sekä tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä.

Mielenterveyslain ensimmäinen luku on sittemmin kumottu (Mielenterveyslaki 1116/1990b, 1 luku 1 §). Nykyään mielenterveystyötä määritetään sosiaalihuoltolaissa, terveydenhuoltolaissa ja mielenterveyslaissa, siltä osin, mitä ei ole kumottu (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Ennen mielenterveyslakia mielenterveystyötä ohjasi toukokuussa 1952 annettu mielisairaslaki (187/52) (Mielenterveyslaki 1116/1990a, 5 luku 35 §). Tällöin mielenterveystyöstä puhuttiin mielisairaanhoidona. Vuoden 1952 säädöskokoelmasta skannattu mielisairaslaki pitää sisällään neljä erillistä lukua, jotka ovat: mielisairaanhoidon järjestysmuoto, yksilöä koskevat säännökset, hoitomaksut ja valtionapu sekä erinäisiä säännöksiä (Mielisairaslaki 187/1952). Mielisairaslakia on myöhemmin muokattu useaan otteeseen.

Mielisairaslaissa on huomattavissa suuria eroavaisuuksia verrattuna nykyisiin lakeihin sekä mielenterveystyön käytäntöihin. Mielisairaslain mukaan henkilön oli mahdollista päästä mielentilatutkimuksiin mielisairaalaan hänen näin halutessaan (Mielisairaslaki 187/1952, 2 luku 22 §). Mielentilatutkimuksen lisäksi henkilön oli mahdollista päästä hoitoon mielisairaalaan tai kunnalliskodin mielisairasosastoille hakemuksella (Mielisairaslaki

187/1952, 2 luku 16 §). Kirjallisen hakemuksen saattoi täyttää esimerkiksi henkilö itse, jos hän oli vähintään 15-vuotias, puoliso, omainen, muu holhooja, terveydenhoito- tai sosiaalilautakunnan puheenjohtaja tai poliisiviranomainen. Mikäli kyseiset viranhaltijat saivat tietoonsa, että jossain henkilössä esiintyi mielisairauden oireita, eivätkä hänen läheisensä olleet huolehtineet hoidosta, oli viranhaltijoiden ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin (Mielisairaslaki 187/1952, 1 luku 14 §).

2.3 Tahdosta riippumaton hoito

Vuosina 1952–1990 voimassa olleen mielisairaslain aikana potilas voitiin määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänellä oli mielisairaus, mikä käytännössä tarkoitti psykoosia (Isohanni ym., 1992). Lisäksi potilaan täytyi täyttää vähintään yksi seuraavista ehdoista: välitön mielisairaanhoidon tarve, mielisairauden takia erityinen vahingollisuus itselle tai muille.

Tahdosta riippumattoman hoidon tarve huomioitiin aina neljän vaiheen kautta (Isohanni ym., 1992). Ensimmäisessä vaiheessa terveyskeskuslääkäri tai muu esteetön lääkäri tutki potilaan ja päätti lähettämistä psykiatriseen sairaalaan. Toisessa vaiheessa psykiatrisen sairaalan päivystävä psykiatri tutki jälleen potilaan ja päätti, hylätäänkö vai hyväksytäänkö potilaan sairaalaan ottaminen. Kolmannessa vaiheessa tapahtui osastoarviointi, joka kesti maksimissaan viisi vuorokautta ja jonka aikana vastuunalainen lääkäri arvioi, täytyivätkö potilaalla tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit. Neljännessä vaiheessa vastuunalainen lääkäri teki päätöksen, joutuuko potilas tahdosta riippumattomaan hoitoon. Jos potilaan kriteerit hoitoon eivät täytyneet potilas poistettiin sairaalasta, mutta halutessaan potilas pystyi jatkamaan hoitoaan vapaaehtoisesti. Mikäli potilas määrättiin hoitoon vasten hänen tahdoaan, oli hänen mahdollista vedota omiin oikeuksiinsa, minkä jälkeen hoitoonmääräämispäätös ja sen lainmukaisuus tutkittiin uudelleen.

Vaikka tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit ovat pysyneet tähän päivään asti hyvin samankaltaisina lakipykäliltään, on silti 1900-luvulla tapahtunut kyseenalaisia tahdosta riippumattomia hoitajaksoja (Isohanni ym., 1992). Vuosina 1978–90 toteutetun tutkimuksen mukaan joka viides tarkkailuun otto oli juridisesti kyseenalainen. Näistä kyseenalaisesti tarkkailuun otetuista 44 potilaasta 43:n hoito lopetettiin viimeistään viiden vuorokauden

tarkkailujakson jälkeen, koska he eivät täyttäneet mielisairaslain mukaisia kriteerejä. Kuitenkaan yksikään kyseisistä potilaista ei poistunut sairaalasta vaan he halusivat jatkaa hoitoaan vapaaehtoisesti. Juridisesti kyseenalaisten hoitojen ryhmässä oli kaksikymmentäkahdeksan neuroottista, neljätoista rajatilapersonallisuutta, yksi muu persoonallisuushäiriö sekä yksi anoreksiapotilas. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että eniten kyseenalaisia hoitajaksoja esiintyi, kun kyseessä oli potilaan ensimmäinen hoitokerta, potilas oli vähäisesti koulutautunut, nainen tai maaseudulta kotoisin.

Nykyisen tahdosta riippumattoman hoidon perustana on 1991 voimaan astunut mielenterveyslaki, joka määrittää tahdosta riippumatonta hoitoa ja siihen määräämistä (Hämäläinen ym., 2017, s. 73–74). Hoitoon voidaan määrätä, mikäli kaikki kolme seuraavaa kriteeriä täyttyvät. Ensimmäisen kriteerin mukaan potilaalla tulee olla todettu mielisairaus. Toisen kriteerin mukaan hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti potilaan mielisairautta tai olisi vakavasti vaaraksi hänen tai muiden henkilöiden terveydelle tai turvallisuudelle. Kolmas kriteeri täyttyy, kun mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ole riittäviä. Koska tahdosta riippumaton hoito rajoittaa oleellisesti potilaan perusoikeuksia, kuten itsemääräämisoikeutta, täytyy potilaan saada lausunto kolmelta eri lääkäriltä ennen hoitoon määräämistä.

Ensimmäiseksi sairaalan ulkopuolinen lääkäri, joka usein on terveyskeskuslääkäri, tekee M1-tarkkailulähetteen (Hämäläinen ym., 2017, s. 75–76). Tarkkailulähetteen tekemiseksi lääkärin täytyy itse tavata ja arvioida potilaan tilanne. Lähetete on voimassa kolme vuorokautta. Jos potilas viedään tämän aikana psykiatriselle osastolle, seuraa tästä neljän vuorokauden tarkkailujakso osastolla, jossa hoitajat seuraavat ja kirjaavat potilaan toimia ja psyykkistä tilaa. Tarkkailujakson aikana potilas ei saa poistua osastolta. Tämän neljän vuorokauden aikana osaston lääkäri tekee M2-lausunnon, mikäli katsoo potilaan tarvitsevan tahdosta riippumatonta hoitoa. Jos lääkäri kuitenkin katsoo, ettei tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit täyty, on tarkkailusta luovuttava. Lausunto perustuu lääkärin itse tekemään haastatteluun sekä tarkkailuajan hoitokertomuksiin. Vielä tämän jälkeen osaston ylilääkärin on tehtävä M3-päätös, jolla potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon kolmeksi kuukaudeksi. M3-päätös sisältää perustellun kannanoton siitä, ovatko tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset edelleen voimassa. Päätös perustuu M1- ja

M2-lähetteisiin sekä tarkkailujakson aikana tehtyihin huolellisiin tutkimuksiin ja havaintoihin.

Jos potilaan katsotaan tarvitsevan tahdosta riippumatonta hoitoa vielä kolmen kuukaudenkin jälkeen, on hoidon edellytykset arvioitava uudelleen ennen kuin kolme kuukautta on kulunut (Hämäläinen ym., 2017, s. 76). Uutta M1-tarkkailähetettä ei tarvita, vaan potilaalle voidaan aloittaa suoraan neljän vuorokauden tarkkailujakso. Potilaalle pitää ilmoittaa mahdollisuudesta saada sairaalan ulkopuolisen lääkärin arvio ja lausunto siitä, ovatko tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset edelleen voimassa. Mikäli kriteerit täyttyvät, voidaan potilas edelleen määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Ennen sitä päätös on kuitenkin alistettava hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Jos päätökset ovat myönteisiä, hoitajakson pituudeksi tulee kuusi kuukautta. Kun potilas on ollut yhteensä yhdeksän kuukautta osastolla, ei häntä voida tämän jälkeen asettaa suoraan uudelle tarkkailujaksolle. Potilaan tulee saada uusi M1-lähete sairaalan ulkopuoliselta lääkäriltä, jotta tahdosta riippumattoman hoidon prosessi voitaisiin aloittaa uudelleen.

3 MIELISAIRAIDEN HOITO TÖRNÄVÄN SAIRAALASSA

3.1 Törnävän sairaala

Törnävän sairaala perustettiin vuonna 1923 (Rapila, 1973, s. 135, 198). Sairaalakompleksi kantoi alun perin nimeä Seinäjoen Piirimielisairaala aina vuoteen 1962 asti. Tämän jälkeen Piirimielisairaala muutti nimeään Seinäjoen keskusmielisairaalaksi. Tällöin keskusmielisairaalaa nimitettiin myös A-sairaalaksi, sillä Seinäjoen lähikuntiin rakennettiin pienempiä B-mielisairaaloita. Näiden B-mielisairaaloitten ansiosta helppohoitoisia potilaita pystyttiin sijoittamaan lähemmäksi heidän asuinalueitaan. Vuonna 1968 sairaalan nimi muutettiin Törnävän sairaalaksi. Vielä tämänkin jälkeen sairaalan nimeä muutettiin kertaalleen, kun Törnävän sairaala yhdistettiin osaksi Seinäjoen keskussairaalaan vuonna 1990 (Nyrhinen, 2022). Tällöin Törnävän sairaalan toimintaa supistettiin ja sairaalaa alettiin kutsumaan nimellä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin T-osastot. Vanha sairaala-alue tunnetaan kuitenkin nykyään parhaiten Törnävän sairaala nimityksestään. Tämän ja opinnäytetyön selkiyttämisen vuoksi nimitystä Törnävän sairaala käytetään kattamaan kaikki edellä mainitut aikaisemmat nimitykset sairaalasta.

Sairaalan toiminta oli merkittävää ja potilaita tuotiin sairaalaan ympäri Etelä-Pohjanmaata, Keski-Pohjanmaata, Pohjois-Pohjanmaata, Pohjanmaata, Pirkanmaata, Satakuntaa sekä Keski-Suomea muun muassa seuraavista kunnista: Akaa, Alajärvi, Alavus, Asikkala, Evijärvi, Haapajärvi, Himanka, Ilmajoki, Isokyrö, Isojoki, Jalasjärvi, Juupajoki, Jurva, Jyväskylä, Kalajoki, Karijoki, Karstula, Kauhajoki, Kauhava, Keuruu, Kokkola, Korttesjärvi, Kuorevesi, Kuortane, Kurikka, Kuru, Lappajärvi, Lapua, Lehtimäki, Lestijärvi, Lohtaja, Multia, Muurame, Nivala, Nurmo, Peräseinäjoki, Pihlajavesi, Pietarsaari, Pälkäne, Pihtipudas, Ruovesi, Sahalahti, Seinäjoki, Sievi, Soini, Somero, Teuva, Toivakka, Töysä, Toholampi, Ullava, Vähäkyrö, Veteli, Viitasaari, Vilppula, Vimpeli, Virrat, Ylistaro, Ylivieska, Ylöjärvi, Ähtäri, Äänekoski, Humppila, Kivijärvi, Laukaa (Rapila, 1973, s. 152). Sairaalan potilaspaikkojen määrä sekä itse potilaiden määrä vaihteli laajasti. Sairaalan ensimmäisenä vuonna 1923 sairaalassa hoidettiin 179 potilasta, josta viidenkymmenen vuoden kuluttua potilasvaihtuvuus oli liki kolme tuhatta potilasta vuotta kohden (mts. s. 202–239). Henkilökunnan määrä lisääntyi myös huomasti vuosien varrella. Vuonna 1923 sairaalassa aloitti kahdeksan hoitajatar, lääkäri sekä ylihoitajatar. Vastaavasti viisikymmentä vuotta

myöhemmin mielisairaanhoidajia oli 131 sekä heidän lisäksi useita erikoistuneita viranhaltijoita, kuten sairaanhoitajia, erikoissairanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, apuhoitajia, lastenhoitajia ja askarteluohjaajia.

Törnävän sairaalassa toimi psykiatrisia yksiköitä aina vuoteen 2021 asti (Piiri, i.a.). Tuona vuonna viimeisetkin yksiköt siirtyivät uusiin tiloihin Seinäjoen keskussairaalan viereiseen M-taloon. Törnävän sairaalan jopa sata vuotta kestäneen toiminnan päätyttyä, on sairaala-aluetta uudelleenrakennettu ja monipuolistettu ikuistaen sen ainutlaatuisen historian. Vanhan sairaalan alueella kunnioitetaan alueen historiaa muun muassa kulttuurin ja matkailun keinoin. Alueella toimiikin nykyään teatteri, hostelli, ravintola, kirkko, Sairaalamuseo sekä noin 300 erilaista yritystä ja järjestöä, jotka tarjoavat hyvät mahdollisuudet hyvinvoinnille, taiteelle, yrittäjille sekä eri palveluille. Sairaalan alueella, lähellä keskussairaala, on lisäksi rakennettu lyhytaikaiseen vuokraan tarkoitettuja rivitaloja, jotka soveltuvat työmatkailuun tai esimerkiksi lomailuun. Erilaisten tilojen vuokraaminen muun muassa juhlia varten on myös mahdollista.

3.2 Törnävän sairaalassa hoidetut mielenterveysongelmat

Vuonna 1971 sairaala oli saavuttanut potilasvaihtuvuushuippunsa (Rapila, 1973, s. 239–240). Kyseisenä vuonna potilaita otettiin sairaalaan sisään 2981. Näistä potilaista noin kolmasosa oli ensikertalaisia, joiden yleisimpiä sairauksia olivat jakomielitautisuus eli skitsofrenia, alkoholismi sekä erilaiset neuroosit. Lisäksi sairaalassa hoidettiin muun muassa kaatumatautisia eli epileptikkoja, vajaamielisiä eli kehitysvammaisia sekä masennuksesta, levottomuudesta tai ahdistuneisuudesta kärsiviä (Tuominen, 2024; Väliaho, 2018, s. 19).

3.3 Psykiatrisia hoitomenetelmiä 1920-luvulta lähtien Törnävän sairaalassa

Psykiatrisen hoitotyön historiassa on ollut monia erilaisia hoitomenetelmiä kokeilussa (Pietikäinen, 2013b, s. 270–271). Psykiatriset hoitomenetelmät keskittyivät pitkälti kehon kautta vaikuttamiseen. Hoidot vaihtelivat lääkityksestä kylpyihin, työterapiasta erilaisiin sokkihoitoihin ja lobotomiaan. Kaikkia näitä lähestymistapoja yhdisti kuitenkin yksi tavoite: potilaan rauhoittaminen ja parantaminen tai ainakin sopeuttaminen laitoksen arkeen mahdollisimman ongelmattomasti. Ennen 1950-lukua potilaita oli hankalampi rauhoittaa, ja

heidän psykoottisia oireitansa oli vaikea vähentää tai edes lieventää. Tällöin potilaat olivat enemmän rauhattomia, meluisia sekä alttiita erilaisille välikohtauksille. Psykoosilääkkeiden käyttöönoton jälkeen tilanne kuitenkin tasaantui.

3.3.1 Fyysiset rauhoittamismenetelmät

Mielisairauksien ajateltiin olevan ruumiillisia vikoja, minkä vuoksi niitä hoidettiin samoin kuin somaattisia sairauksia (Hirvonen, 2014, s. 222–225). 1890-luvulla alettiin korostamaan makuuhoidon rauhoittavaa vaikutusta. Siitä tulikin nopeasti pääasiallinen hoitomuoto ja sitä käytettiin diagnoosista riippumatta. Makuuhoidossa potilaat laitettiin omiin vuoteisiin, jotka sijaitsivat isoissa makuusaleissa, joissa oli jopa kaksitoista vuodetta vierekkäin. Potilaiden aktiivisuutta rajoitettiin ja heitä kannustettiin lepäämään. Joissakin tapauksissa aktiivisuutta rajoitettiin myös erilaisin pakkokeinoin. Usein makuuhoitoihin liitettiin muita passiivisia hoitokeinoja kuten kiedehoito ja kylpyhoito. Liian pitkät makuuhoidot saattoivat aiheuttaa potilaalle makuuhaavoja, apaattisuutta, eristäytymistä, harhojen lisääntymistä ja vähentää toimintakykyä. Hoidon mahdollisista haittapuolista huolimatta makuuhoito jäi pysyväksi hoitomuodoksi, sillä makuuttamista pidettiin olennaisena osana sairaalahoitoa. Yleisesti sairaaloissa pyrittiin rauhalliseen ympäristöön, jonka seurauksena herkästi hermostoa kiihottavat asiat poistettiin. Vaikka 1920-luvulla rauhoittavia lääkkeitä alettiin käyttämään yhä enemmän, suositeltiin silti edelleen makuuhoitoa.

1900-luvulla toteutettiin kiedehoitoa eli lakanahoitoa. Kiedehoidossa lakanat kastettiin veden tai erilaisiin lääkeliuoksiin, minkä jälkeen potilas kapaloitiin ensin näihin märkiin lakanoihin (Pietikäinen, 2013b, s. 276). Märkien lakanoiden päälle kiedottiin edelleen kuivia lakanaita ja vilttejä. Lakanat kiedottiin tiukasti potilaan ympärille niin, että ainoastaan pää jäi näkyviin. Jotkut potilaat kokivat kapaloinnin turvalliseksi, kun toiset taas kokivat itsensä avuttomiksi. Hoitomuotoa käytettiin muun muassa ennen aikaista tai paralyyttistä dementiaa sairastaville, maanis-depressiivisille, hysteerisille, neuroottisille, paralyytikoille sekä skitsofreenikoille heidän rauhoittamiseksi (Hirvonen, 2014, s. 235–236). Potilas oli kapaloituna tavallisesti noin kaksi tuntia. Hoitoa annettiin joko kertaluonteisesti tai yhdestä kolmeen kertaan päivässä muutaman päivän ajan. Kiede- ja kylpyhoidoissa hoitajan tehtävänä oli tarkkailla potilaan yleisvointia, kuten verenpainetta, pulssia, tajunnantasoja, ihonväriä sekä hengittämistä (Lindström, 1988, s. 123).

Jo varhain huomattiin pitkien ja lämpimien kylpyjen rauhoittavan potilaita (Hirvonen, 2014, s. 232–235). Tällä kylpyhoidoksi kutsutulla hoitokeinolla pyrittiin, rauhoittamisen lisäksi, lisäämään potilaan ruokahalua sekä aineenvaihduntaa. Hoitomuotoa käytettiin samoihin potilasryhmiin kuin kiedehoidossakin. Lisäksi sitä pidettiin hyvänä apuna makuuhaavaisten ja epäsiistien potilaiden hoidossa. Yleensä potilaat myös nukkuivat paremmin kylvyn jälkeen. Kylpyhoito kesti puolesta tunnista useampaan tuntiin. Joissakin tapauksissa hoito saattoi kestää koko päivän, jolloin potilaat myös ruokailivat kylvyssä. Pidemmässä hoidossa vesi vaihdettiin useampaan otteeseen, mikäli se likaantui. Hoidon alusta loppuun potilasta täytyi valvoa vähintään yksi hoitaja, joka varmisti, ettei potilas pystyisi hukuttautumaan tai karkaamaan kesken hoidon. Kylpyhoitajaksojen pituus vaihteli potilaan mukaan viikoista jopa vuosiin. Kylpyhoito oli yksi tärkeimmistä hoitomuodoista 1900-luvulla.

Aikaisemmin hoitotyössä erilaiset rajoitteet ja pakkokeinot olivat laajasti aktiivisesti käytössä 1800-luvulla (Hirvonen, 2014, s. 218–220). Hoitomuotoja käytettiin vaikeasti levottomiin potilaisiin, jotka olivat vaaraksi itselleen tai muille. Tarkoituksena oli siten vähentää sekä ennaltaehkäistä potilaiden väkivaltaisuutta sekä estää heitä vahingoittamasta itseään. Usein pelkkä pakkokeinoilla uhkailu rauhoitti potilasta. Pakkokeinojen välineitä olivat pakkokäsineet ja -paita, märkääkääreet, käsi- ja jalkaraudat sekä muut sidontaan käytetyt nahkaiset vyöt. Yleisin pakkokeinoista oli pakkopaita, mutta tätäkin yleisempää oli joutua eristyksiin.

Eristämistä käytettiin vain välttämättömissä tilanteissa, hätäkeinoina ja lääkärin määräyksestä (Pietikäinen, 2013a, s. 277a). Usein potilaat olivat raivoavia tai hysteerikkoja, jotka täytyi saada rauhoittumaan. Eristämisellä rajoitettiin liikkumisvapautta muun muassa sulkemalla potilas eristyskoppeihin tai -huoneisiin (Pietikäinen, 2013b, s. 32). Hoitajan tehtävänä oli saattaa hänet eritykseen, ohjata sekä tarvittaessa muuten rajoittaa fyysisesti (Schwartz & Shockley, 1976, s. 227).

Niuvanniemen mielisairaalaista tehdystä tutkimuksesta selviää, että vuosina 1897–1930 eristyksiin joutui 20 % potilaista (Hirvonen, 2014, s. 218–220). Pakkokeinojen kohteeksi joutui 19 % potilaista. Luvut antavat viitteitä eristys- ja pakkokeinojen yleisyydestä 1800–1900-luvun vaihteessa. Shokkihoitojen ja lobotomian kehittymisen seurauksena eristäminen ja pakkokeinojen käyttö vähenivät huomattavasti.

3.3.2 Shokkihoitojen käyttö psykiatriassa

Ohimoille laitettavien elektrodien kautta annettavasta sähköshokkihoidosta tuli yleinen hoitomuoto vuonna 1938 (Pietikäinen, 2013b, s. 294–296). Sähköhoito tehoi parhaiten masennuspotilaisiin, mutta sitä käytettiin myös psykoottisesti, skitsofreenisesti sekä neuroottisesti sairaiden hoidossa. Sähköiskun voimakkuuden määräsi konetta käyttävä psykiatri. Iskun voimakkuus oli suurimmillaan 170 voltia, mikä aiheutti potilaassa puolesta minuutista minuuttiin kestävän kouristuksen. Potilaan kouristaessa hoitajan täytyi pitää potilasta, hänen leukaansa sekä suukapulaa paikoillaan. Tämän lisäksi hoitajien tehtäviin kuului toimenpiteen valmistelu, kirjaaminen, potilaan pulssin, verenpaineen sekä yleisen somaattisen voinnin tarkkailu toimenpiteen aikana (Kinnunen, 1964, s. 178). Hoitajan tuli myös antaa potilaalle määrätyt lääkkeet sekä keskustella potilaan kanssa ennen hoitoa ja hoidon jälkeen.

Sähköshokkihoidon vaikutus oli yksilöllistä (Pietikäinen, 2013b, s. 294–296). Hoito vaikutti potilaan mielialaan rauhoittavasti sekä paransi hänen ruokahaluaan ja unta. Mielialan rauhoittuminen johtui myös osin pelottelusta, sillä monet potilaat yrittivät välttää hoitoon joutumista. Hoitoa saatettiin antaa myös kurinpidollisessa tarkoituksessa. Sähköhoito koettiin varsin vaarattomaksi hoitomuodoksi, vaikka hoidon seurauksena potilaille saattoi tulla muun muassa luunmurtumia ja raajojen sijoiltaan menemisiä. Nykyään mielenterveyspotilaille annettavassa sähköhoidossa potilaat nukutetaan kevyeen uneen ennen toimenpidettä. Aikaisemmin sähköhoitoa toteutettiin kuitenkin ilman minkäänlaista anestesiaa.

Insuliinishokkihoito kehitettiin Itävallassa 1930-luvulla, joka rantautui Suomeen samana vuosikymmenenä (Pietikäinen, 2013b, s. 286). Insuliinishokkihoitoa käytettiin erityisesti skitsofrenia- ja psykoosipotilaiden hoidossa, mutta hoidolla on ollut myös myönteisiä vaikutuksia masennuksen ja vieroitusoireiden hoidossa (Pietikäinen, 2013b, s. 289). Hoitoa annettiin lähinnä akuuteissa tapauksissa, jolloin hoitovaste oli huomattavasti parempi kuin pitkäaikaissairaiden hoidossa.

Insuliinishokkihoidossa potilas vaivutettiin insuliinipistoksilla koomaan kymmeniä kertoja 6–10 viikon ajan (Pietikäinen, 2013b, s. 288–289). Insuliinipistoksilla potilaan verensokeri laskettiin niin alas, että potilas vaipui hypoglykeemiseen koomaan. Annoskoko oli yksilöllinen, sillä toiset potilaat vaipuivat koomaan toisia helpommin. Potilasta pidettiin koomassa

tunnista puoleentoista tuntiin, minkä jälkeen hänet herätettiin sokeriliuoksella, joka annettiin suoraan mahalaukuun nenämahaletkun avulla. Hoitajan tehtävänä oli tarkkailla potilaan vitaalielintoimintoja koko hoidon ajan, avustaa lääkäriä sekä kirjata hoitotoimenpide.

Koomaan saattaminen oli kuitenkin hengenvaarallista, sillä liian pitkä hoitoaika saattoi joutaa potilaan kuolemaan (Pietikäinen, 2013b, s. 289–290). Puolestaan liian lyhyt hoitoaika ei tehonnut tarpeeksi hyvin. Hoidon onnistuessa potilas muuttui käytökseltään rauhallisemmaksi ja ajatuksiltaan järjestäytyneemmäksi. Suomessa insuliinishokkihoidoista luovuttiin 1960-luvun puolivälissä hoitotulosten epävarmuuksien ja ristiriitaisuuksien lisääntyessä sekä psykoosilääkkeiden käydessä yhä yleisemmiksi.

Kardiatsolihoito oli Unkarissa 1930-luvulla kehitetty hoitomuoto kouristaville potilaille (Pietikäinen, 2013b, s. 286–287). Hoidossa Cardiazol-nimistä sydän- ja verenkiertolääkettä ruiskutettiin vesiliuoksessa laskimoon yksilöllinen määrä, josta seurasi potilaalle välitön tajuttomuus ja kouristuskohtaus. Hoitoa käytettiin ensisijaisesti skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin, koska lääkkeen uskottiin lievittävän skitsofrenian oireita. Kardiatsolihoitoa pidettiin myös luokkasidonnaisena hoitomuotona, sillä sen antamista potilaille, joiden työ vaatii älyllistä ponnistelua, ei pidetty soveliaana.

Hoidon ajaksi hoitajien täytyi sitoa potilas aloilleen, jotta hän ei vahingossa loukkaisi itseään (Pietikäinen, 2013b, s. 287). Sitomisesta huolimatta potilaille tuli usein fyysisiä vahinkoja kuten lihasrepeämiä, olkapäiden tai polvien sijoiltaanmenoja, luunmurtumia sekä verisuonitukoksia. Rajut kouristukset aiheuttivat potilaissa kuolemanpelkoa ja ahdistusta, jonka vuoksi hoitomuoto oli pelätty potilaiden kesken. Kouristukset aiheuttivat potilaissa myös hetkellistä muistinmenetystä, minkä vuoksi potilaat eivät muistaneet yleensä hoitotilanteista mitään.

Hoidon tulokset vastasivat lähes insuliinishokkihoidon tuloksia (Pietikäinen, 2013b, s. 287–289). Insuliinishokkihoitoa pidettiin kuitenkin turvallisempänä vaihtoehtona, minkä vuoksi kardiatsolihoitot lopetettiin.

3.3.3 Lobotomian historia

Lobotomia oli kirurginen hoitomuoto, jossa potilaan molempiin ohimoihin porattiin reiät (Pietikäinen, 2013b, s. 297). Reikien kautta aivoihin vietiin leikkausveitset, joiden avulla tehtiin viiltoja ylös- ja alaspäin molemmin puolin aivojen otsalohkoja. Viilloilla katkaistiin tunnetilojasäätävän järjestelmän hermoratoja aivoista. Leikkauksessa oli tärkeää säilyttää verenkierto ja varmistaa, että aivojen harmaa aine pysyi elävänä. Koska nykyinen kamerateknologia ei ollut vielä silloin kehittynyttä, leikkaukset suoritettiin niin sanotusti sokkona. Hoitajan tehtäviin hoidon aikana kuului potilaan somaattisten oireiden, kuten verenpaineen ja lämmön seuraaminen, lääkkeiden antaminen, lääkärin avustaminen, potilaan tukeminen ja potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu toimenpiteen aikana sekä sen jälkeen (Lindström, 1988, s. 123). Näiden lisäksi potilaan kuntouttaminen oli tärkeä osa hoitajan tehtäviä.

Lobotomialla hoidettiin vaikeasti psyykkisesti sairaita potilaita, joihin muut hoitokeinot eivät olleet tehonneet ja heidän katsottiin olevan paranemisen suhteen toivottomia (Pietikäinen, 2013b, s. 297–299). Tavoitteena ei kuitenkaan ollut parantaa sairautta vaan helpottaa oireita, kuten rauhattomuutta, pakko-oireita, masennusta ja ahdistuneisuutta. Lobotomia ei poistanut potilaiden harhoja, mutta hoidon jälkeen he eivät enää välittäneet niistä. Leikkauksen jälkeen potilaasta tuli siten mukautuvampi, rauhallisempi, ja hän suhtautui ympäristöön myönteisemmin. Leikkauksesta aiheutuvia haittoja olivat muun muassa muistin huononeminen, aloitekyvyttömyys, tylsistyminen sekä apatia. Todellisuudessa lobotomialeikkauksen kokeneet potilaat jäivät usein henkisesti lapsen tasolle. Arviolta noin neljä prosenttia leikkauspotilaista menehtyi.

Lobotomialeikkauksia tehtiin 1940–1960-luvuilla, kunnes psykoosilääkkeiden kehittyminen syrjäytti hoitomuodon (Pietikäinen, 2013b, s. 297–299). Näinä vuosikymmeninä Suomessa tehtiin arviolta noin 1600 lobotomialeikkausta (Herva, 2013). Leikkauksista 391 on tehty Törnävän sairaalassa, mikä on määrällisesti eniten paikkakuntaa kohden (Salminen, 2011). Lobotomian keksinyt Egas Monizin palkittiin lobotomialeikkauksen keksinnästä Nobel-palkinnolla vuonna 1949.

3.3.4 Eheytyshoitojen historia

Vuosina 1889–1971 homoseksuaalisuus oli rikos ja luokiteltiin kuuluvaksi erääseen psykopatian ryhmään (Pietikäinen, 2013b, s. 241–244). Homoseksuaaleja ja transsukupuolisia hoidettiin tällöin mielisairaaloissa eheytyshoidoilla. Eheytyshoidoissa heidät pyrittiin eheyttämään yhteiskunnan normeihin sopiviksi muokkaamalla heidän seksuaalisuuttansa ja itseilmaisuaan. Homoseksuaalisuutta ja transsukupuolisuutta ei kuitenkaan diagnosoitu sairaaloissa, vaan se oli lähinnä vaiettu aihe.

Vaikka homoseksuaalisuus poistettiin rikoslaista, homoseksuaalisuutta pidettiin sairautena vielä seuraavan kymmenen vuoden ajan, kunnes se poistettiin tautiluokituksesta vuonna 1981 (Pietikäinen, 2013b, s. 241–244). Etenkin toisen maailmansodan jälkeen homoseksuaalisuutta ajateltiin psyykkisenä sairautena tai kehityshäiriönä.

3.3.5 Työterapian rooli psykiatrisessa hoidossa

Työterapia on ollut jo pitkään tärkeä hoitomenetelmä mielenterveystyössä, ja sitä on käytetty jo 1800-luvulta lähtien (Pietikäinen, 2013a s. 280). Mielenterveystyön alusta asti on ajateltu, että henkinen hyvinvointi paranee, kun saa tehdä merkityksellistä ja tuottavaa työtä (Lyon, 2019). Myös aktiivisena pysymisen ajateltiin ylläpitävän henkistä hyvinvointia.

Törnävän sairaalassa toteutettiin monia eri työterapian muotoja (Pietikäinen, 2013b, s. 282). Naiset toteuttivat yleensä pitsin nypläystä sekä muita käsitöitä, miehet puolestaan tekivät raskaampia pihatöitä. Yksi tärkeimmistä terapian muodoista oli Kurjennevan maatila (Rapila, 1973, s. 183–184). Maatilalla sijaitti 30 sairassijaa, minkä vuoksi se sai nimityksen Siirtola. Siirtola oli eräänlainen tuotantolaitos, jossa toteutettiin maa-, karja- ja metsätaloutta. Sieltä nostettiin myös polttoturvetta, jota käytettiin sairaalan lämmitykseen. Pääasiassa Siirtolaan vietiin miespotilaita tekemään maatalan töitä. Hoitajien tehtävänä oli potilaiden ohjaus, opetus sekä tarkkaileminen (Kinnunen, 1964, s. 122).

3.3.6 Perhehoito osana kuntoutusta

1900-luvun sotien välisenä aikana kehittyi uusi hoitomuoto, perhehoito, jossa potilas asui sairaalan lähetyvillä sijaitsevassa maalaistalossa toteuttaen päivittäisiä askareita ja auttaen maatilan väkeä maatilan töissä (Pietikäinen, 2013b, s. 284). Yhdessä perheessä asui keskimäärin kahdesta kolmeen potilasta, joista maatilan asukkaat saivat pientä rahallista korvausta. Perhehoito kehittyi vaihtoehtoiseksi hoitomuodoksi laitoshoidolle.

Perhehoitoon pääsivät ainoastaan rauhalliset ja työkykyiset potilaat (Pietikäinen, 2013b, s. 284–286). Hoitaja kävi tarkistamassa potilaan tilanteen kerran viikossa ja lääkäri kerran kuukaudessa. Lääkäreiden mukaan perhehoito vaikutti eniten skitsofreenikkoihin. Laitoksen ulkopuolinen elämä antoi potilaille virikkeitä, jotka auttoivat potilaita oireiden ja eristäytymisen kanssa. Vaikka perhehoito ei tullut koskaan erityisen laajaan käyttöön, todisti se silti, että potilaat hyötyvät kodinomaisesta ympäristöstä sekä tavallisista arkiaskareista. Perhehoito toimi siis hyvänä terapeuttisena hoitomenetelmänä.

3.3.7 Lääkehoidon historia

1800-luvun loppupuolella lääkkeitä alettiin käyttämään psykkisten häiriöiden hoidossa (Pietikäinen, 2013a, s. 271–272). Niiden tavanomainen vaikutus oli rauhoittava ja unettava. Monet valmisteista aiheuttivat kuitenkin haittavaikutuksia, jotka muun muassa heikensivät terveydentilaa ja lisäsivät harha-aistimuksia. Ensimmäinen yleiseen käyttöön otettu unilääke oli kloraalihydraatti, joka saattoi aiheuttaa potilaalle vatsakipuja, vahingoittaa sydäntä tai hengityselimiä. Lääkevalmisteen liikkakäyttö saattoi johtaa myös pahimmillaan kuolemaan. Nykyään kloraalihydraatti on tunnettu unettavasta vaikutuksestaan tyrnästippoina. Toinen yleinen unilääke oli paraldehydi, joka oli pahanmakuinen liuos ja aiheutti potilaalle pahanhajuista hengitystä ja riippuvuutta. Myöhemmin on tullut muita rauhoittavia ja unettavia lääkevalmisteita, jotka vähensivät kouristuksia ja hermostuneisuutta.

Vuosi 1952 oli käännteentekevä psykiatrisen hoitotyön historiassa (Salokangas, 2008). Tuolloin keksittiin ensimmäinen psykoosilääke klooripromatsiini, joka otettiin nopeasti käyttöön ympäri maailman. Psykoosilääkkeiden eli niin kutsuttujen neuroleptien kehitystyön sivutuotteena syntyi imipramiini, josta tuli kanta-aine trisyklisille depressiolääkkeille. Muutama vuosi kuluttua imipramiinin kehityksestä markkinoille saapui myös ensimmäinen

bentsodiatsepiinivalmiste klopoksidi ja pian sen jälkeen diatsepaami, oksatsepaami ja nitratsepaami. Nykyäänkin maanisdepressiivisyyden eli kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettävä litium on vanhin edelleen käytössä oleva psyykelääke. Litiumin mielialavaikutuksista tiedettiin jo 1800-luvulla, mutta sen nykyiset käyttöaiheet vakiintuivat vasta 1960-luvulla.

Lääkekehityksen seurauksena 1960-luvun puolivälissä psykiatrisessa hoitotyössä oli käytävissä jo melko monipuolinen lääkevalikoima; skitsofreeniaan neuroleptejä, masennukseen depressiolääkkeitä, maniaan litiumia ja ahdistukseen bentsodiatsepiineja (Salokangas, 2008). Nämä, nykyään perinteiseksi psykoosilääkkeiksi kutsutut lääkkeet, jättivät taakseen lähes poikkeuksetta kaikki aikaisemmat hoitomuodot.

4 MIELENTERVEYSONGELMIEN HOITO 2000-LUVULLA ETELÄ- POHJANMAALLA

4.1 Yleisimmät mielenterveyden häiriöt

Pelkkä mielen hyvinvointi ja yleinen ongelmattomuus ei kata koko mielen terveyttä (Terveyskirjasto, 2022). Jokaisen ihmisen elämään kuuluu erilaisia negatiivisia tunteita ja tapahtumia, kuten surua, pelkoa ja ahdistusta. Tästä syystä mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka on vaikeaa, koska monet oireet kuuluvat myös tavalliseen elämään. Yleisesti ajatellaan mielenterveydenhäiriöistä olevan kyse, jos henkilön sosiaaliset ja emotionaaliset esteet, kuten ajattelu, mieliala tai tunteet vaikuttavat huomattavasti muun muassa toimintakykyyn, ihmissuhteisiin tai aiheuttavat muuten pitkäaikaista kärsimystä. Jos keskustelu esimerkiksi läheisten kanssa ei auta ja oireet ovat kestäneet jo pidempään tai henkilö on huolissaan omasta psyykkisestä voinnistaan, suositellaan hakeutumista ammattiavun piiriin. Aikaisella avun saannilla pystytään ennaltaehkäisemään jopa vaikean mielenterveysongelman etenemistä.

Eri tahot, muun muassa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, tutkii mielenterveydenhäiriöitä väestössä, ja tämän avulla kehittää niiden hoitoa, ehkäisyä sekä mielenterveyden edistämistä (THL, i.a.-d). Esimerkkinä on sosiaali- ja terveysministeriön kanssa yhteistyössä tuotettu kansallinen mielenterveysstrategia, jonka tavoitteena on turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus (THL, i.a.-b). Strategiaan kuuluu lisäksi itsemurhien ehkäisyohjelma.

Mielenterveysongelmat vaivaavat Suomessa kokonaisvaltaisesti kaiken ikäisiä (Mieli, i.a.-d). Arviolta joka viides suomalaisista kamppailee mielenterveytensä kanssa vuosittain. Samoin joka viides sairastuu masennukseen elämänsä aikana. Erityisesti mielenterveysongelmia esiintyy nuorten ja aikuisten keskuudessa. Mielenterveyshäiriöt ovatkin tavallisimpia terveysongelmia kouluikäisillä ja nuorilla aikuisilla (THL, i.a.-e).

Vuonna 2021 noin 93 200 työkäistä oli sairauslomalla mielenterveysongelmien vuoksi (THL, i.a.-h). Muun muassa työstressi ja -uupumus aiheuttavat psyykkistä kuormitusta, joka ilmenee toistuvana teemana nykyajan työelämässä. Kaikista

työkyvyttömyyseläkkeistä jo yli puolet on myönnetty mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöiden vuoksi (Mieli, i.a.-d). 1900-luvun työkyvyttömyydet johtuivat pääosin fyysisistä oireista sekä ammattitaudeista.

Suomalaisessa terveydenhuollossa sairauksia nimitetään ICD-10-luokituksilla (Komulainen ym., 2012, s. 3). Lyhenne ICD tulee käsitteestä International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (World Health Organization (WHO), i.a.). Tämän kansainvälisen tautiluokitusjärjestelmän on kehittänyt maailman terveysjärjestö WHO (Komulainen ym., 2012, s. 3, 8–11). ICD-luokituksessa jokaiselle sairaudelle on määritetty oma ICD-koodi. Koodi muodostuu alun isosta kirjaimesta, jota seuraa jokin numero 00.0-99.9 väliltä. Esimerkiksi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt alkavat kirjaimella F. Monissa maissa on jo käytössä WHO:n päivittämä IDC-11-luokitus, joka mahdollistaa entistä tarkemman ja yksityiskohtaisemman tautiluokituksen (WHO, i.a.).

4.1.1 Yleisimpiä mielialahäiriöitä

Masennustila tarkoittaa merkittävästi alentunutta mielialaa ja kiinnostuksen vähenemistä asioihin, jotka eivät enää tuota mielihyvää (Mielenterveystalo, i.a.-g). Masennusta voi esiintyä lyhyt- tai pitkäkestoisena, ja se vaikuttaa muun muassa toimintakykyyn ja ajatteluun. Oireita ovat esimerkiksi masentunut mieliala, alemmuudentunne, keskittymisvaikeudet, ruokahalun muutokset sekä itsetuhoiset ajatukset. Masennuksesta puhutaan, kun oireita on useampia, ne ovat päivittäisiä ja kestävät pitkään. Masennus jaetaan alaluokkiin: lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen masennus.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö, aikaisemmalta nimeltään maanisdepressiivisyys, on pitkäaikainen psykiatrinen sairaus, johon kuuluu masennusjaksot sekä mielialan kohoamisjaksot (Mielenterveystalo, i.a.-f). Jaksojen välissä voi olla oireettomia tai lieväoireisia hetkiä. Sairautta on kahta eri tyyppiä, joissa toisessa esiintyy masennusjaksoja sekä maniajaksoja. Toisessa ei esiinny maniajaksoja, vaan lievempiä mielialan kohoamiskausia, joita kutsutaan hypomaanisiksi jaksoiksi. Tavallista kuitenkin on, että molemmissa tyypeissä esiintyy sekamuotoisia jaksoja, mikä tarkoittaa sitä, että masennusoireita ja mielialan kohoamisoireita ilmenee samanaikaisesti tai vaihtelevat lyhyen ajan sisällä voimakkaasti.

4.1.2 Ahdistuneisuushäiriöiden eri muodot

Ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein rinnakkain toisen psykiatrisen, somaattisen tai päihdehäiriön kanssa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ym., 2024). Ahdistuneisuus on yleinen oire. Ahdistuneisuushäiriöön kuuluu alatyyppejä, jotka ovat v.

Paniikkihäiriölle ominaista on toistuvat paniikkikohtaukset, eli äkillisesti alkava voimakas ahdistus (Mielenterveystalo, i.a.-i). Häiriöön liittyy usein pelko kohtauksen uusiutumisesta, mikä voi johtaa paikkojen välttelyyn ja julkisten tilojen pelkoon. Paniikkikohtaus itsessään voi olla pelottava kokemus ja aiheuttaa muun muassa sydämentykytystä, hikoilua, vapiinaa, tukehtumisen tunnetta, kuolemanpelkoa, hallinnan menetyksen pelkoa, rintakipua, puutumista tai pahoinvointia.

Sosiaalisten tilanteiden pelossa ihminen kokee voimakasta ahdistusta sosiaalisissa tai esiintymistilanteissa peläten muiden arvostelua tai joutumista huomion kohteeksi (Mielenterveystalo, i.a.-h). Pelko voi ilmetä ennen tilannetta tai sen aikana, ja sen aiheuttama jännitys voi johtaa tilanteiden välttelyyn tai jopa paniikkikohtauksiin. Häiriö voi rajoittua tiettyihin tilanteisiin, kuten esiintymiseen, tai ulottua laajemmin useisiin sosiaalisiin tilanteisiin.

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö tarkoittaa pitkäkestoista, vaihtelevan voimakasta ahdistusta, joka liittyy moniin arkipäiväisiin asioihin (Mielenterveystalo, i.a.-j). Ahdistus ei rajoitu tiettyihin tilanteisiin, vaan on jatkuvaa, ja siihen liittyy korostunutta murehtimista. Tavallisia oireita ovat muun muassa hermostuneisuus, lihasjännitys sekä muut keholliset ahdistusoireet. Häiriö eroaa paniikkihäiriöstä siinä, että yleistyneessä ahdistuksessa oireet eivät ilmene kohtauksina vaan jatkuvampana huolena.

Pakko-oireiseen häiriöön liittyvät toistuvat pakkoajatukset eli obsessiot sekä pakkotoiminnot eli kompulsiot, joita ihminen tekee ahdistuksen lievittämiseksi (Mielenterveystalo, i.a.-k). Tyypillistä on myös välttämiskäyttäytyminen, jossa henkilö pyrkii estämään tilanteet, jotka laukaisevat oireet. Tavallisia pakkoajatuksia ovat esimerkiksi sairastumisen tai toisen vahingoittamisen pelko. Häiriö voi näkyä esimerkiksi liiallisena peseytymisenä tai jatkuvana tarkistamisena ja laskemisena.

4.1.3 Psykoottiset häiriöt

Psykoosi on tila, jossa todellisuudentaju heikentyy merkittävästi ja ihminen on häiriintynyt (Rovasalo, 2023b). Psykoosissa on vaikea erottaa todellisuutta harhasta, ja yleisimpiä oireita ovat harhaluulot eli deluusiot ja aistiharhat eli hallusinaatiot. Psykoosiin sisältyy useita psykoottisia häiriöitä, kuten ei-elimellinen psykoosi, akuutti ja ohimenevä psykoottinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö sekä skitsoaffektiivinen häiriö. Psykoottisia oireita esiintyy myös monissa mielenterveysongelmissa, somaattisissa sairauksissa, päihteiden käytön yhteydessä, vieroitusoireina sekä esimerkiksi synnytyksen tai trauman jälkeen. Vakavissa masennus- tai maniavaiheissa ilmenevää psykoosia kutsutaan psykoottiseksi masennustilaksi tai maniaksi.

Ei-elimellinen psykoottinen häiriö diagnosoidaan henkilöille, joilla on psykoottisia oireita, mutta syy ei ole vielä selvä (Mielenterveystalo, i.a.-e). Tyypillisiä oireita ovat aistiharhat, harhaluulot, hajanainen puhe ja outo käytös.

Akuutti ja ohimenevä psykoottinen häiriö on nopeasti alkava ja lyhytaikainen psyykinen tila, jossa todellisuudentaju vääristyy merkittävästi (Rovasalo, 2023b). Häiriö, jota kutsutaan myös lyhytkestoiseksi psykoottiseksi häiriöksi, voi laueta esimerkiksi voimakkaasta stressistä, traumasta, päihteistä, vieroitusoireista tai synnytyksestä. Oireet vaihtelevat diagnoosiluokittain ja voivat sisältää harhaluuloja, aistiharhoja, sekavaa puhetta ja erikoista käytöstä. Vaikka tila on usein ohimenevä, se voi vaatia lyhytaikaista psykiatrista hoitoa.

Harhaluuloisuushäiriö ilmenee jatkuvina, mutta vähemmän erikoisina harhaluuloina kuin skitsofreniassa, ja oireet voivat muistuttaa skitsofrenian tai epäluuloisen persoonallisuushäiriön oireita (Rovasalo, 2024). Tyypillisiä harhaluuloja ovat esimerkiksi vainoamisen kokemukset, epäilyt muiden uskottomuudesta sekä kuvitelmat omasta poikkeuksellisesta vallasta tai asemasta.

Skitsoaffektiivinen häiriö yhdistää skitsofrenian ja mielialahäiriön oireet, ja siihen kuuluu kolme alatyyppeä, jotka ovat maaninen, masennusoireinen ja sekamuotoinen (Mielenterveystalo, i.a.-d). Oireet ilmenevät jaksoittain ja usein samanaikaisesti, sisältäen esimerkiksi poikkeavaa käytöstä, kiihtyneisyyttä ja hajanaista puhetta. Maanisessa muodossa

esiintyy muun muassa kohonnutta itsetuntoa, impulsiivisuutta ja ajatusten kiihtymistä, kun taas masennusoireisessa muodossa korostuvat toivottomuus, itsetuhoiset ajatukset ja mielihyvän väheneminen.

Yleisin ja merkittävin psykoottinen häiriö on skitsofrenia, joka oireilee yleisesti jaksoittain (Rovasalo, 2025). Sairauden vuoksi ihmisellä on vaikeuksia suoriutua sosiaalisista tilanteista ja muista tavallisista arkiaskareista. Skitsofrenian oireita ovat muun muassa aistiharhat, vainoamiseen liittyvät harhaluulot, sekava käyttäytyminen sekä tunteiden latistuminen. Skitsofreniaan kuuluu alatyyppejä, joista yleisimmät ovat paranoidinen ja hajanainen skitsofrenia.

4.1.4 Erilaiset persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt vaikuttavat laajasti henkilön elämään niin kotona, vapaa-ajalla kuin työelämässäkin, ja tuottavat haittaa ihmiselle jatkuvasti tai edes toistuvasti (Rovasalo, 2023a). Häiriö ilmenee muun muassa ajatuksissa, käytöksessä tai tunne-elämässä. Häiriössä tyypillistä on erilaiset ajattelu- ja käyttäytymismallit. Persoonallisuushäiriöt jaetaan alatyyppeihin, jotka ovat epäluuloinen, eristäytyvä, epäsosiaalinen, tunne-elämältään epävakaa, huomionhakuinen, vaativa, estynyt ja riippuvainen persoonallisuus sekä muut persoonallisuushäiriöt. Jokainen persoonallisuushäiriö luo eri tavoin vaikeuksia ihmissuhteisiin ja muihin sosiaalisiin tilanteisiin. Monet häiriöiden oireet lisäävät myös masennus- ja ahdistusoireita.

Muut persoonallisuushäiriöt sisältävät narsistisen, epäkypsan, passiivisaggressiivisen ja psykoneuroottisen persoonallisuuden (Mielenterveystalo, i.a.-n). Tällöin henkilön oireet eivät täytä muiden persoonallisuushäiriöiden kriteerejä, mutta hänellä on kuitenkin häiriölle tyypillisiä piirteitä, kuten jatkuva poikkeama tavallisesta käytöksestä, joka ilmenee monissa tilanteissa ja tuottaa haittaa itselle tai sosiaalisille suhteille.

Epäluuloinen persoonallisuus ilmenee epäluulona ja kaunan kantamisena sekä itsekeskeisyytenä (Rovasalo, 2023a). Henkilö epäilee jatkuvasti muita ja voi kehittää vainoharhaisia ajatuksia. Eristäytyvä persoonallisuus puolestaan ilmenee vetäytymisenä sosiaalisista

tilanteista ja vaikeutena ilmaista tunteita. Tällöin henkilö kokee mielihyvän vain harvoista asioista ja valitsee mieluummin yksinäisyyden.

Epäsosiaaliseen persoonallisuuteen kuuluu piittaamattomuutta normeja kohtaan ja kyvyttömyyttä huomioida toisten tunteita (Rovasalo, 2023a). Tyypillisiä oireita ovat impulsiivisuus, aggressiivisuus ja vastuuttomuus. Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus ilmenee epävakaina ja intensiivisistä ihmissuhteista sekä voimakkaista mielialanvaihteluista (Mielenterveystalo, i.a.-m). Henkilö voi kokea itsensä välillä ylistettäväksi, välillä vähätellyksi, ja hänellä on vaikeuksia hallita tunteitaan.

Huomionhakuinen persoonallisuus hakee jatkuvasti huomiota, esimerkiksi pukeutumisella, flirttailulla tai dramaattisuudella (Rovasalo, 2023a). Tällöin henkilön itsekeskeisyys ja liioitellut tunteiden ilmaisut korostuvat. Vaativa persoonallisuus taas ilmenee tarpeena kontrolloida ja tavoitella täydellisyyttä, mikä voi johtaa uupumiseen ja vaikeuksiin olla joustava.

Estynyt persoonallisuus tuo esiin epävarmuuden ja jännityksen ihmissuhteissa sekä pelon arvostelusta (Rovasalo, 2023a). Tällöin henkilö välttää sosiaalisia tilanteita ja kokee itsensä usein riittämättömäksi. Riippuvainen persoonallisuus ilmentää tarvetta jatkuvalla huolenpidolle sekä kyvyttömyyttä tehdä itsenäisiä päätöksiä. Tämä johtaa takertuvaan käytökseen ja pelkoon jäädä yksin.

4.1.5 Erilaiset riippuvuusongelmat

Päihderiippuvuus on toistuvaa ja pakonomaista päihteiden käyttöä ilman huolta niiden tuomista haitoista (Mieli, i.a.-c). Se voi olla fysiologista tai psykologista, ja usein nämä muodot esiintyvät samanaikaisesti. Fysiologinen riippuvuus ilmenee vieroitusoireina, kun päihdettä ei ole saatavilla, ja siihen liittyy lisääntynyt sietokyky. Psykologinen riippuvuus puolestaan tarkoittaa sitä, että päihde tuottaa mielihyvää ja psyykkistä vaikutusta, kuten euforiaa, aistiharhoja tai ahdistuksen lievitystä.

Toiminnallinen riippuvuus muistuttaa aineellista riippuvuutta, sillä siinä esiintyy pakonomaista ja kontrolloimatonta käyttäytymistä ilman kemiallisia aineita (Alavi ym., 2012). Toiminnallinen riippuvuus, kuten peli-, osto-, liikunta- ja nettiriippuvuus, on toistuvaa

käyttäytymistä, joka tuottaa mielihyvää, mutta voi aiheuttaa negatiivisia seurauksia henkilön elämään. Vaikka toiminnallinen riippuvuus ei aiheuta fyysisiä vieroitusoireita, psykologiset vaikutukset ovat samankaltaisia kuin aineellisessa riippuvuudessa.

4.1.6 Syömiseen liittyvät häiriöt

Syömishäiriöitä on erilaisia, muun muassa laihuushäiriö eli anoreksia, ahmimishäiriö eli bulimia sekä ahmintahäiriö (Silén, 2022). Laihuushäiriö tarkoittaa merkittävää laihuutta, joka johtuu tahallisesta painon pudottamisesta (Silén, 2021). Huomattavan laihuuden lisäksi henkilö voi kokea toimintakyvyn laskua, joka ilmenee tavallisessa elämässä. Merkittävä painon lasku lisää usein myös somaattisia vaivoja, kuten vatsavaivoja sekä huonovointisuutta. Ahmimishäiriössä henkilö kokee toistuvaa ahmimista, jonka seurauksena itse aiheuttaa ruoan oksentamisen tai estää muulla tavoin painon nousun (Mielenterveystalo, i.a.-I). Ahmimishäiriössä voi olla ahmimis- ja paastokausia. Yleiset tunteet häiriössä on ahdistuneisuus ja syömisen hallitsemattomuus. Ahmintahäiriö taas tarkoittaa kohtauksittaista ahmimista ilman, että henkilö oksentaisi tai pyrkisi muulla tavoin estämään painon nousua (Meskanen, 2022). Ahmintahäiriöön kuuluu myös ahdistus ja hallitsematon tunne syömisestä.

4.1.7 Käyttäytymisen säätelyn häiriöt

Käytöshäiriöihin kuuluu lasten ja nuorten vähintään kuusi kuukautta jatkunut poikkeava aggressiivinen, epäsosiaalinen tai uhmakas käytös (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ym., 2018). Oireet ilmenevät usein esimerkiksi varasteluna, valehteluna, karkaamisina, rai-vokohtauksina, kiusaamisena, väkivaltana tai omaisuuden tuhoamisena. Käytöshäiriöt jaetaan perheensisäiseen, epäsosiaaliseen, sosiaaliseen käytöshäiriöön ja uhmakkuushäiriöön. Ne ovat yleisiä ja yksi tavallisimmista syistä lasten ja nuorten ohjautumiseen mielen-terveyspalveluihin.

4.2 M-talo eli Mahdollisuuksien talo

Vuonna 2021 Seinäjoen keskussairaalan viereen valmistuneeseen Mahdollisuuksien taloon eli M-taloon on keskitetty Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoella toimivat

psykiatrian palvelut (M-talo, i.a.). M-talossa sijaitsee lasten- ja nuorisopsykiatrian osastot ja poliklinikat, pikkulapsipsykiatrian poliklinikka, neuromodulaatiopoliklinikka, neuropsykiatrian konsultaatiopoliklinikka, psykiatrian ryhmähoidot, psykiatrian tehostettu avohoito ja päivystys, psykoterapiapoliklinikka, riippuvuuspsykiatrian poliklinikka, Seinäjoen psykiatrisen poliklinikka sekä syömishäiriöpoliklinikka. M-talon tiloissa toimii myös fysiatrian ja kuntoutuksen yksikkö, jossa on fysiatrian poliklinikka, kuntoutustutkimus- ja kipupoliklinikka sekä toimintakykykeskus. M-talossa toteutetaan myös kokemusasiantuntijatoimintaa, joka tarjoaa vertaistukea potilaille. Keskussairaalan Y-talolla toimii geropsykiatrian poliklinikka sekä -osasto. Myös muualla Etelä-Pohjanmaan kunnissa toimii useita psykiatrisia poliklinikoita.

M-talon suunnittelussa huomioitiin potilaan kuntoutuminen kokonaisvaltaisesti (M-talo, i.a.). Talossa yhdistyvät terveyden- sekä sosiaalihuollon palveluiden lisäksi luonnon, taitteen sekä valon merkitys kuntoutumisprosessissa. Osastojen ja poliklinikoiden lisäksi M-talossa sijaitsee myös liikuntasali, saunatilat, kirjasto, lounas–kahvila sekä sairaalakoulu. M-talossa toimii iso joukko terveyden ja sosiaalihuollon ammattilaisia, sairaanhoitajia, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, erilaisia terapeutteja, kuten fysio-, toiminta-, psyko- ja musiikkiterapeutteja sekä kokemusasiantuntijoita, moniammatillisessa yhteistyössä.

4.3 Hoitomuodot mielenterveyspalveluissa

Mielenterveystyö koostuu mielenterveyttä edistävästä, mielenhäiriöitä ehkäisevästä ja hoitavasta sekä sosiaalihuollon mielenterveystyöstä (STM, i.a.-a). Kaikkien näiden osa-alueiden tehtävänä on vahvistaa mielenterveyttä ja sitä kautta vähentää uhkia, jotka voivat vaikuttaa mielenterveyteen negatiivisesti. Mielenterveyden hoitoon kuuluu monia erilaisia menetelmiä, kuten psykososiaalista tukea, neuvontaa, ohjausta, ehkäisyä, tutkimuksia, lääkinnällisiä keinoja sekä muita hoitomenetelmiä. Näiden hoitomenetelmien lisäksi on tärkeää turvata potilaan hoidon jatkuvuus sekä yleisterveyden hoito.

Mielenterveyshoitotyötä toteutetaan perusterveyden- sekä erikoissairaanhoidossa (Pirkola, 2020). Tulevaisuudessa näiden välinen yhteistyö korostuu entisestään, mikä tarkoittaa potilaiden hoitovastuun siirtymistä yhteiseksi kokonaisuudeksi. Erikoissairaanhoidon tukea tulevaisuudessa yhä enemmän perusterveydenhuoltoon muun muassa työntekijöiden ja

konsultaatioiden avulla. Selvää myös on, että tulevaisuudessa digitalisaatio on yhä enemmän esillä (STM, 2024). Sosiaali- ja terveysministeriö on aloittanut laajan Digitaalinen sosiaali- ja terveydenhuolto-ohjelman, jonka avulla edistetään erilaisten palveluiden saata- vuutta ja tehokkuutta. Lisäksi digitaalisten palveluiden lisääntyvä käyttö on ollut tavoitteena terveydenhuollossa jo pitkään. Korona-ajan seurauksena etäpalvelut lisääntyivät hurjasti ja kansalaiset omaksuivat niiden käytön nopeasti. Suurin osa näistä palveluista jäikin osaksi terveydenhuollon arkea.

Nykyään on käytössä erilaisia sovelluksia, etävastaanottoja sekä muita teknologisia ratkai- suja, joiden avulla voidaan havainnoida vointia tai tehdä hyvinvointia edistäviä harjoituksia (Pelkonen & Linnaranta, 2023). Etävastaanotot ovat käytössä monissa palveluissa, sillä ne mahdollistavat nopean yhteydenoton ammattilaiseen ja tätä myöten aikaisen avunsaannin. Digitalisaatio on monipuolistanut mielenterveyshäiriöiden hoitoa sekä tuonut paljon uusia ja toimivia hoitomuotoja. Digitalisaatiota hyödynnetään muun muassa itse- ja omahoi- doissa sekä muissa teknologia-avusteisissa menetelmissä. Vaikka digitalisaatio on tuonut paljon apua ja helpotusta mielenterveyspalveluiden suureen tarpeeseen, ei se yksinään riitä ratkaisemaan ongelmaa vaan syntyneet palvelut ja järjestelmät toimivat lähivastaanot- tojen tukena. Digitaalisiin palveluihin investoidaan jatkuvasti enemmän, mikä mahdollistaa niiden vieläkin monipuolisemman käytön tulevaisuudessa.

4.3.1 Lääkehoito 2000-luvulla

Nykyiset psykiatriset hoitomenetelmät poikkeavat aikaisemmista menetelmistä osittain, mutta eivät täysin (Mielenterveystalo, i.a.-p). Avo- ja osastohoidon lisäksi potilaita voidaan hoitaa, ilman jatkuvia tapaamisia ammattilaisen kanssa. Usein lääkehoitoa käytetään en- naltaehkäisemään mahdollisesti uusiutuvaa sairautta ja samalla lievitetään nykyisiä oireita. Yleisimpiä lääkkeitä ovat mieliala-, psykoosi-, uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Nämä helpotta- vat muun muassa ahdistusta, masennusoireita ja nukahtamisvaikeuksia. Lääkehoito on isossa osassa psykiatristen häiriöiden hoidossa.

Ketamiini-infuusio on tehokas, mutta lyhytkestoinen hoitomuoto depression hoitoon (Iso- metsä, 2020b). Sitä käytetään yleisesti tilanteissa, joissa henkilö tarvitsee nopeaa apua, esimerkiksi itsetuhoisuuden tai mahdollisen itsemurhavaaran vuoksi. Sen teho alkaa

ilmetä jo muutamassa tunnissa tai ainakin ensimmäisen vuorokauden aikana. Vaikutus kestää päivistä muutamiin viikkoihin. Hoidon seurauksena voi ilmetä myös haittavaikutuksia, joita ovat muun muassa erilaiset harhat ja aisti-illuusiot. Hoitoa on annettu Suomen psykiatrisissa sairaaloissa jo vuosia, ja se on vakiintunutkin osaksi psykiatrista erikoissairaanhoidon hoitoa. Tärkeää on, että hoitoa toteutetaan ainoastaan psykiatrisissa sairaalayksiköissä, joissa hoitomuotoon on perehdytty ja paikalla on anestesiologinen tuki. Ketamiinia annetaan perinteisesti laskimon sisäisesti, mutta sitä voidaan antaa myös lihakseen, ihon alle, kielen alta imeytymällä, suun tai nenän kautta (Taiminen, 2017).

4.3.2 Psykososiaaliset hoitomuodot

Psykoedukaatiossa jaetaan tietoa mielenterveydestä ja siihen vaikuttavista asioista (THL, i.a.-f). Sen avulla onnistuu yleinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen muun muassa ennaltaehkäisyä tai keskittymällä tiettyyn oireeseen. Psykoedukaation tavoitteena on lisätä itse mielenterveyskuntoutujan ja myös hänen läheistensä motivaatiota ja ymmärrystä sairautta, hoitoa ja arjen hallintaa kohtaan muun muassa kertomalla itse sairaudesta, sen oireista tai kuntoutuksesta. Menetelmää on käytetty erityisesti vakavien mielenterveysongelmien hoidon yhteydessä.

Terapeuttinen interventio tarkoittaa määräämäänsä psykososiaalista hoitoa, johon pääsee helposti ilman lääkärin lähetystä (THL, i.a.-g). Hoitokertoja on yleisesti noin kymmenen. Interventiot on kehitetty korjaamaan tiettyjä ongelmia, kuten masennusta, unettomuutta tai ahdistusta. Jokaisella interventiolla on erilaiset näkökulmat, joita ne hyödyntävät. Monilla interventioilla pystytään myös ehkäisemään varsinaisia mielenterveyden häiriöitä. Terapiaa voidaan toteuttaa myös yksilö-, pari-, perhe-, ryhmä- tai verkostoterapiana. Sosiaali- ja terveysalan ammattilainen, joka on tehnyt 1–2 vuoden lisäkoulutuksen, saa tehdä terapeuttisen intervention. Ammattilaisen tehtävä on muun muassa auttaa potilaan ajatusten, tunteiden ja toiminnan havainnoimisessa sekä muokata niitä hänen hyvinvoinnilleen kannattavammaksi.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia, eli KKT tai CBT, on hoitomuoto, jossa hyödynnetään käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä (Terveystalo, i.a.-a). Tavoitteellisesti siihen kuuluu muun muassa käyttäytymisen muuttaminen, aktivointi ja altistaminen. Sen tarkoitusperä on

keskittyä tämänhetkisiin ongelmiin ja työstää niitä oppimishistoria huomioiden sekä vahvistaa ajattelu- ja käyttäytymistapoja, jotta henkilö pystyisi käsittelemään elämän haasteita paremmin. Tarkoituksena on altistaa henkilö vaikeille tunteille ja tämän avulla pyrkiä vähentämään niiden välttelyä. Hoitoa käytetään muun muassa masennuksen, ahdistuksen, univaikeuksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Hoitomuotoon kuuluu myös itsenäinen työskentely, jota henkilö toteuttaa käyntien välissä.

Psykoterapia tarkoittaa hoitomuotoa, jolla lisätään mielenterveyden häiriöstä sairastavan henkilön psyykkistä kasvua, kykyä ratkaista ongelmia, kehitystä, työkykyä ja toimivuutta, samalla vähentäen kärsimystä (THL, i.a.-g). Yleisesti hoitomuotoa käytetään mielenterveyden ongelmien sekä psyykkisten kuormitusten hoidossa. Hoitoa voidaan tarjota myös muun muassa läheisille, perheille tai pariskunnille. Psykoterapiaa voi olla lyhytpsykoterapiana, joka on noin kahdenkymmenen tapaamiskerran mittainen. Sitä voi myös olla pidempään jatkuvana, jopa useamman vuoden. Psykoterapiamuoto valitaan yksilöllisesti, riippuen ongelmasta. Jokaisen muodon taustalla on teoria oireiden aiheuttajasta, ylläpitäjästä, toimintakyvyn heikentäjästä sekä toipumisen estäjästä. Yleisimmät hoitomuodot keskittyvät kognitiiviseen terapiaan eli ajatusmalleihin ja käyttäytymiseen, interpersoonalliseen terapiaan eli vuorovaikutukseen, psykodynaamiseen terapiaan eli elämäntilanteeseen liittyviin mielikuviin ja tunteisiin sekä ratkaisukeskeiseen terapiaan eli voimavarojen vahvistamiseen ja ongelmaratkaisuun.

Yleinen hoitomuoto on keskusteluhoito eli psykologinen terapia (Mielenterveystalo, i.a.-o). Keskusteluhoidoissa keskitytään muun muassa mielenterveydenongelmiin, tunne-elämän haasteisiin, käyttäytymisen ongelmiin ja henkilökohtaisiin vaikeuksiin. Keskusteluhoitoa on lyhyt- ja pitkäjaksoisia. Nämä tapahtuvat joko kasvotusten tai videovälitteisesti yhdessä ammattilaisen kanssa. Keskusteluiden aikana ammattilainen tarkastelee asiakkaan käyttäytymistä, ajatuksia ja tunteita. Ammattilainen pyrkii samalla ymmärtämään ja muuttamaan haitallisia tai oireita tuottavia toimintamenetelmiä.

Kun taustalla on neurokognitiivisia häiriöitä, voidaan hoitona käyttää neuropsykologista kuntoutusta, joka kohdistuu muun muassa kielellisiin vaikeuksiin, muistinongelmiin ja sosiaalisten vuorovaikutusten haasteisiin (Mielenterveystalo, i.a.-q). Tätä hoitomuotoa on myös yksilö- pari- tai ryhmähoitona.

Keskusteluhoitojen tapainen hoitomenetelmä on ryhmähoito, jossa sen jäsenet osallistuvat säännöllisesti ryhmän tapaamisiin (Mielenterveystalo, i.a.-u). Ajoittain jäsenet saavat myös kotitehtäviä. Ryhmähoidon periaatteena on jäsenten välinen vuorovaikutus ja vertaistuki, jonka avulla he edistävät toistensa toipumista. Ryhmän jäsenillä voi olla muun muassa samankaltainen sairaus, elämäntilanne tai ohjauksen tarve. Yhteinen kokemusten jakaminen luo syvän ymmärretyksi tulemisen tunteen. Ryhmähoidoissa on jäsenten lisäksi yksi tai useampi ohjaaja.

Psykiatrisia häiriöitä hoidetaan myös muilla hoitomenetelmillä, kuten toimintaterapialla, jolla tuetaan muun muassa arjesta selviytymistä, itsetuntemusta, kykyä ilmaista erilaisia tunteita ja ajatuksia (Mielenterveystalo, i.a.-q). Toimintaterapiassa keskitytään toimintakyvyn vahvistamiseen. Lyhytterapiassa taas toteutuu lyhytkestoinen keskusteluhoito, jossa kuitenkin keskitytään yleisesti vain yhteen ongelmaan. Fysioterapia tukee toimintakykyä, lisää itsetuntemusta, löytää voimavaroja ja lievittää kipua. Puheterapia auttaa muun muassa kielellisiin vaikeuksiin, vuorovaikutuksen haasteisiin sekä lukemis- ja kirjoittamisvaikeuksiin. Tämä hoitomuoto parantaa toimintakykyä ja kommunikaatiota arjessa.

Kuvataideterapiassa toteutetaan vapaasti luovia kädentaitoja esimerkiksi piirtämällä tai muovaamalla (Mielenterveystalo, i.a.-q). Musiikkiterapian menetelmänä on kaikki musiikkiin liittyvä, esimerkiksi laulaminen ja tanssiminen. Musiikkiterapia saa aikaan fysiologisia vaikutuksia. Kuvataide- ja musiikkiterapiaa on yksilö- ja ryhmäterapiana. Kuvataide- ja musiikkiterapian myötä saa yhteyden omiin tunteisiin samalla aktivoiden omaa alitajuntaa.

Kriisi- ja traumapsykoterapiaa käytetään ensihoitona sekä yleisesti hoitomuotona (Terveystalo, i.a.-b). Hoitomuotoa hyödynnetään äkillisten, pitkäkestoisten, järkyttävien tai traumaattisten kokemusten sekä traumaperäisten häiriöiden hoidossa. Kriisi- ja traumapsykoterapiassa opetellaan lievittämään traumasta syntyneitä oireita, lisätään potilaan ymmärrystä trauman ja järkytyksen vaikutuksista, käsitellään traumaattisia tapahtumia potilaalle sopivalla tahdilla sekä jäsennetään tapahtumia osaksi potilasta ja hänen kokemuksiaan. Psykoterapiaa voidaan käyttää yksittäisten tilanteiden tai toistuvien traumojen hoidossa. Hoidossa käytetään hyödyllisiä, todettuja menetelmiä. Hoidon kesto, tiheys ja tavoitteet sovitetaan jokaisen potilaan tilanteen mukaan erikseen.

4.3.3 Vertaistuki apuna

Vertaistuki tarkoittaa omien kokemusten jakamista toisten ihmisten kanssa, joilla on samankaltaisia kokemuksia (Terveyskylä, i.a.). Tämä mahdollistaa sen, että kertoja ja kuulija ymmärtävät toisen tarinan. Tuki on siis kokemustietoon pohjautuvaa. Sen tärkeimmät osatekijät ovat kuunteleminen ja kertominen. Vertaistuki on erillinen oma hoitomenetelmänsä, vaikka sitä esiintyy myös ryhmähoidoissa (Mielenterveystalo, i.a.-v). Vertaistukea on muun muassa kahdenkeskeinen tapaaminen ammattilaisen kanssa, vertaistukiryhmät ja verkko-keskustelut ammattilaisen tai vertaisryhmäläisten kanssa. Vertaistukea on myös läheisille. Suomessa on lisäksi useita vertaistukijärjestöjä.

4.3.4 Neurostimulaatiohoitojen käyttö

Aivojen sähköhoito eli ECT, magneettistimulaatio, tasavirtastimulaatio eli tDCS kuuluvat neuromodulaatiohoitojen piiriin (Heikkinen & Pälvimäki, 2008). Neuromodulaatiohoidon periaate on säätää hermoston toimintaa sähköärsykkeillä. Hoidon tavoitteena on muun muassa lievittää epilepsiaa, vaikeaa masennusta ja pakko-oireita.

Aivojen sähköhoitoa (ECT-hoito) toteutetaan yhä nykyäänkin mielenterveyden häiriöiden hoidossa helpottaen oireita (Mielenterveystalo, i.a.-b). Oireiden helpotus perustuu hoidon myötä lisääntyneeseen aivojen aineenvaihduntaan ja välittäjäaineiden pitoisuuksiin. Hoitoa käytetään pääsääntöisesti vaikean masennuksen, erityisesti psykoottisen masennuksen hoidossa. Psykoottiseen masennukseen sähköhoito on todettu tehokkaimmaksi hoitomuodoksi. Hoitomuotoa käytetään myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja skitsofrenian hoidossa, mutta näissä hoitomuoto ei ole yhtä yleistä. Hoidossa johdatetaan sähkövirtaa muutaman sekunnin ajan potilaan päähän. Sähkövirran seurauksesta aivoissa tapahtuu sähköinen purkautuminen. Hoito tapahtuu keskimäärin 2–3 kertaa viikossa ja kokonaisuudessa 4–16 kertaa. Hoitomuotoa voidaan jatkaa myös ylläpitohoitona. Sähköhoidon aikana potilas on nukutettu, joten hän ei tunne kipua. Hoidossa on mukana anestesiaalääkäri, ECT-hoitaja ja -lääkäri sekä hoitaja, joka vastaa jälkiseurannasta.

Aivojen magneettistimulaation periaate on samankaltainen kuin aivojen sähköhoidonkin (Mielenterveystalo, i.a.-a). Hoitomuotoa kutsutaan myös transkraniaaliseksi magneettistimulaatioksi eli rTMS-hoidoksi. Hoidon aikana annetaan pään alueelle aivosolujen

toimintaan vaikuttavia magneettistimulaatiota, jotka toimivat samalla tavalla kuin sähköhoidon sähkövirta. Hoitomuotoa käytetään yleisimmin masennuksen hoidossa. Toisin kuin sähköhoidossa, magneettistimulaatiota toteutetaan keskimäärin 10–20 kertaa. Hoito toteutetaan potilaan ollessa hereillä ja tuolissa istuessa. Potilas siis tuntee toimenpiteen aikana sysäyksiä päälle, mutta tavoitteena on saada kokemuksesta mahdollisimman kivuton. Tavallisesti klinisen neurofysiologian lääkäri tai psykiatri aloittaa hoidon, mutta hoitoa voi antaa myös siihen perehdytetty sairaanhoitaja tai klinisen neurofysiologian laboratoriohoitaja (Palveluvalikoima, 2024, s. 9).

Aivojen tasavirtastimulaatio eli tDCS on hoitomuoto, jota käytetään depression akuuttihoitossa (Isometsä, 2020a). Se on kajoamaton, kuten on myös transkraniaalinen magneettistimulaatiokin (Palveluvalikoima, 2024, s. 9). Hoidon tarkoitus on stimuloida aivokuoren neuroneja kevyen tasavirtastimulaation avulla, jota annetaan kallon läpi (Isometsä, 2020a). Hoito tapahtuu päähän laitettavan elektrodimyssyn avulla. Yleensä hoitoa annetaan viisi kertaa viikossa, noin 2–3 viikon ajan. Yksi hoitokerta kestää noin 20–30 minuuttia. Tyypillisin mahdollinen haittavaikutus on hoitokohdan paikallinen ihoärsytys. Hoitomuoto on käytännöllinen, sillä potilaat voivat toteuttaa sitä myös itse kotonaan (Palveluvalikoima, 2024, s. 10).

4.3.5 Kirkasvalohoito mielialahäiriöihin

Kaamosmasennus tarkoittaa tilaa, jossa syksyn ja talven tuomassa pimeydessä ihmisessä alkaa ilmetä kaamosoireita eli eräänlaisia masennusoireita, joita ovat muun muassa väsymys, makeannälkä, masentunut mieliala, mielihyvän vähentyminen, fyysisen aktiivisuuden vähentyminen, sosiaalisista tilanteista vetäytyminen, ahdistuneisuus ja toivottomuus (Partonen, 2023). Oireet ilmaantuvat yleisesti samaan aikaan vuodesta, eli tavallisimmin loka-kuusta tammikuuhun. Helmikuusta alkaen oireet alkavat helpottamaan. Väestöstä noin 1–2 % sairastaa kaamosmasennusta, ja 20–30 % kärsii erilaisista kaamosoireista ilman diagnoosia masennustilasta. Ensisijainen kaamosmasennuksen hoitomuoto on kirkasvalohoito.

Kirkasvalohoito on hoitomuoto, jossa henkilölle näytetään silmille näkyvää keinovaloa, joka muistuttaa luonnonvaloa (Partonen, 2023). Hoitomuoto vähentää kaamosoireita. Valo on yleisesti valkoinen, ja sitä tuotetaan loistelampulla tai ledillä. Sen valaistusvoima on silmän

korkeudelta mitattuna 2500–10000 luksia. Hoitoetäisyys riippuu laitteesta. Laitteen mukaan vaihtelee myös potilaan paikka huoneessa. Se ratkaisee, saako potilas kävellä vapaasti hoidon aikana huoneessa, vai täytyykö hänen istua valon lähettyvillä. Kirkasvalohoitoa toteutetaan päivittäin 1–2 viikon jaksoina, ja yksi hoito kestää noin 30–60 minuuttia. Parhain vaikutus saadaan aamusta. Vaikutukset alkavat näkymään noin viikossa. Hoitoa voi toteuttaa itsekseen kotona tai ammattilaisen ohjaamana hoitoyksikön kirkasvalohuoneessa. Kirkasvalohoitoa voidaan käyttää muissakin tapauksissa kuin kaamosmasennuksen hoidossa.

4.3.6 Omahoito-ohjelmien soveltaminen

Omahoito tarkoittaa potilaan itsensä toteuttamaa hoitoa, joka on yhdessä terveydenalan ammattilaisen kanssa suunniteltu niin, että se vastaa parhaiten potilaan tarpeisiin (Meskanen, 2024). Omahoito-ohjelmat ovat kokonaisuuksia, jotka asiantuntijat ovat laatineet. Omahoito-ohjelmia voi olla ammattilaisen ohjaamia tai ei ohjaamia. Ne sisältävät muun muassa asiantuntijavideoita, luotettavaa tekstimateriaalia, harjoituksia sekä kokemusasiantuntijoiden kommentteja ja vertaistukea (Mielenterveystalo, i.a.-r). Ammattilaisten ohjaamien hoitojen aikana seurataan potilaan edistymistä (Meskanen, 2024). Tarvittaessa potilas ja ammattilainen tapaavat kasvokkain säännöllisin väliajoin. Tarjolla on myös monia omahoito-ohjelmia eri tarkoituksiin ja diagnoosista riippumatta, kuten muun muassa syömishäiriöön. Potilas voi käydä hoito-ohjelmia omaan tahtiin ja itsenäisesti läpi. Yleisesti omahoito-ohjelmia hyödynnetään lievien tai keskivaikeiden oireiden hoidossa. Ne ovat myös hyviä ensivaiheen hoidossa. Niihin voi tutustua kuka tahansa iästä riippumatta. (Mielenterveystalo, i.a.-r). Omahoito on myös kustannustehokas ja helppo tapa edistää omaa tai läheisen mielenterveyttä (Meskanen, 2024).

5 HOITAJIEN TYÖNKUVAN MUUTTUMINEN

5.1 Hoitajan työnkuvan lähtökohdat

Sairaanhoitajattaria alettiin kouluttamaan ammattiin Suomessa 1800-luvun loppupuolella (Haho, 2006, s. 54–56). Ensimmäisenä koulutusta tarjosi diakonialaitos vuonna 1867. Reilut kymmenen vuotta myöhemmin, vuonna 1880, Punainen Risti aloitti kouluttamaan sairaanhoitajattaria omiin tarpeisiinsa. Vuonna 1889 käynnistyi ensimmäinen englantilaisen mallin mukainen sairaanhoitajatarkoulutus. Valtion tarjoamat maksuttomat kurssit kestivät aluksi, vuonna 1893, vain kolme kuukautta, mutta koulutuksen kestoa pidennettiin nopeasti. Jo vuonna 1912 sairaanhoitajatarkoulutus oli kolmivuotinen.

Sairaanhoitajattarien työnkuvaan kuului potilaiden valmistelu toimenpiteitä varten, elintointojen ylläpitäminen ja tarkkailu toimenpiteiden aikana ja niiden jälkeen, lääkärin avustaminen ja heidän ohjeidensa noudattaminen kuuliaisesti (Haho, 2006, s. 60–62). Lisäksi sairaanhoitajattarien työhön kuului avustaa potilaita päivittäisissä toimissa, joissa he tarvitsivat apua. Hoitotyötä kuvattiin usein muun muassa itsenäiseksi, naiselliseksi, fyysiseksi, monipuoliseksi sekä vastuullisuutta vaativaksi työksi, jonka katsottiin koostuvan kolmesta osa-alueesta; lievittävä, parantava sekä ehkäisevä hoitotyö. Kiteytettynä hoitajan työ koostui potilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämisestä sekä ympäristön siisteyden ylläpidosta, johon kuului esimerkiksi tavaroiden järjestyksessä pitäminen sekä ilmanlaadusta ja yleisestä puhtaudesta huolehtiminen. Hoitotyöhön liitettiin myös yleinen ”naisiuden olemus”, jolla tarkoitettiin ymmärtäväistä, hellävaraista, hienotunteista, avointa, hellää ja rakastavaa asennetta potilasta kohtaan. Tästä syystä myös ammattinimike oli alun perin sairaanhoitajatar.

Lääkärin astuessa huoneeseen hoitajien tuli nousta seisomaan ja vastata heidän kysymyksiinsä seisten (Haho, 2006, s. 66–68). Puhutellessa lääkäreitä hoitajien tuli esittää asiansa täsmällisesti ilman jaarittelua. Sairaanhoitajatarkoulutuksessa hoitajien korostettiin olevan lääkäreitä alemmassa asemassa, eikä lääkäreiden määräyksiä ollut soveliasta kyseenalaistaa. Koulutuksen asettamasta hierarkiasta huolimatta lääkärinkunnassa hoitajien työtä arvostettiin. Aivan kuten nykyäänkin, taitava ja työnsä osaava hoitaja on arvokas

työpari lääkärille. Lääkärien erityisen arvostuksen katsotaan olleen osa ajan tapoja ja kunnioitusta korkeasti koulutettuja kohtaan (mts. 68).

Vaikka hoitajia arvostettiin lääkärikunnassa, heihin suhtauduttiin erityisesti maaseudulla ennakkoluuloisesti (Haho, 2006, s. 59, 64–66). Hoitajat joutuivat pitkään taistelemaan kansan tietämättömyyttä ja epäluuloja vastaan niin hoitotyössään kuin oman ammattiasemansa vahvistamisessa. Naisten palkattoman työn pitkät perinteen heijastuivat vääjäämättä hoitajien palkkatasoon. Heidän oletettiin hakeutuvan alalle kutsumuksesta, ei elannon hankkimisen vuoksi. Vapaa-aikaa hoitajilla ei käytännössä ollut lainkaan, sillä työviikko kesti seitsemän päivää. Oikeus kuukauden mittaiseen kesälomaan oli harkinnanvarainen. Työtä tehtiin kahdessa vuorossa aina 1900-luvun puoliväliin asti, kunnes vuonna 1947 hoitotyö muutettiin kahdeksantuntiseksi kolmivuorotyöksi.

5.2 Hoitajan työnkuva nykypäivänä

Nykyään hoitajan rooli mielenterveystyössä on monimuotoisempaa. Hoitajat voivat työkennellä julkisen puolen mielenterveyspalveluiden lisäksi yksityisvastaanotoilla (Mieli, i.a.-a). Työtä voidaan tehdä joko tiimi- tai parityöskentelynä mielenterveysyksikön mukaan. Hoitajien työnkuvaan kuuluu pääasiassa keskusteluavun, tiedon ja tuen antaminen. Hoitajat auttavat myös löytämään erilaisia ratkaisuja mielenterveyttä koettelevissa tapahtumissa, kuten kriisitilanteissa. Hoitajien työnkuvaan voi kuulua myös erilaiset haastattelut sekä tutkimukset, joita ovat muun muassa persoonallisuushäiriöiden tai päihdeongelmien seulonnat (Terveystalo, i.a.-c). Yleisesti hoitajat kartoittavat psyykkistä tilaa, samalla arvioiden ja opastaen henkilöä ja hänen läheisiään eteenpäin. Keskustelu- ja hoitotilanteet voivat tapahtua eri ympäristöissä, kuten terveystaloksissa, psykiatrisilla osastoilla, päiväosastoilla tai kriisikeskuksissa (Mieli, i.a.-a). Näin ollen hoitajan tehtävät kietoutuvat tiiviisti potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja hyvinvoinnin tukemiseen. Vuosien varrella lääkärihoitaja-työparityöskentelyn kehittyminen on ollut merkittävää ja laajentanut hoitajien oikeuksia ja työnkuvaa (Syväoja & Äijälä, 2009, s. 49–54). Näistä tehtävänsiirroista yksi merkittävimmistä on ollut hoidon tarpeen arvioimisen siirtyminen lääkäreiltä hoitajille.

Sairaanhoitajan tehtävät lääkehoidossa ovat muun muassa niiden tilaaminen, jakaminen ja antaminen, samalla huomioiden yksikön lääkehoitosuunnitelma (Fimea, 2019, s. 8–11).

Hoitajat seuraavat lääkkeiden vaikutuksia sekä mahdollisia haittavaikutuksia. Lisäksi he ohjaavat ja neuvovat potilaita sekä heidän läheisiään lääkehoidon turvallisessa toteutuksessa, säilyttämisessä ja hävittämisessä. Sairaanhoidajat osallistuvat myös potilaan lääkehoidon suunnitteluun ja varmistavat sen toteutumisen. Yleisesti sairaanhoidajat vastaavat yksikön turvallisesta lääkehoidosta kokonaisuudessaan, muun muassa niiden oikeanlaisesta säilyttämisestä.

Nopeasti muuttuva ja kehittyvä terveydenhuolto vaatii hoitajilta jatkuvaa itsensä kehittämistä (Axelin ym., 2016, s. 25). Teknologian kehittyminen ja terveystalouden digitalisoituminen muuttaa hoitajien työnkuvaa entisestään. Uusien työskentelymallien opettelemisen lisäksi hoitajilta vaaditaan entistä itsenäisempää päätöksentekokykyä. Digitalisaation seurauksena myös potilaiden etä- ja itsehoito lisääntyvät, mikä puolestaan ajaa hoitajien työnkuvaa konsultoivaan suuntaan.

Hoitajilla on mahdollisuus työskennellä hyvin monissa eri paikoissa ja edetä urallaan (Sairaanhoidajat, i.a.). Nykypäivänä hoitajien keskeinen tehtävä on potilaan kokonaisvaltaisen terveyden ja sairauden hoito, ohjaus, ennaltaehkäisy ja läheisten ohjaaminen. Näiden tehtävien lisäksi hoitajia tarvitaan myös muun muassa ensihoidossa, avoterveydenhuollossa, kotisairaanhoidossa, kouluterveydenhuollossa, yksityissektorilla, maanpuolustuksessa, politiikassa, asiantuntijatehtävissä, kehittämistyössä, kouluttajina, vankeinhoidossa sekä esimiestehävissä. Nykyään hoitajat voivat toimia siis myös johtamis-, kouluttamis-, kehittämis-, tutkimus-, hallinto-, valvonta- ja arviointitehtävissä.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykiatrisen hoitotyön kehittymistä Etelä-Pohjanmaalla eläkkeellä olevien hoitajien kokemusten pohjalta, keskittyen erityisesti Törnävän sairaalan menneisiin hoitomuotoihin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä hoitotyöntekijöiden ja kansalaisten ymmärrystä psykiatrisen hoidon historiasta ja sen kehityksestä vuosien varrella.

Tutkimuskysymys opinnäytetyössä:

Millaista psykiatrisen hoitotyö on ollut Etelä-Pohjanmaalla hoitajien kokemusten mukaan?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöprosessi käynnistettiin suunnittelemalla ja ideoimalla tutkimusasetelma. Tutkimusasetelma pitää sisällään tutkimuskysymyksen, empiirisen aineiston keräys- sekä analyysimenetelmän (Ronkainen ym., 2013, s. 63). Tutkimusasetelma sitoo yhteen tutkimuksen osa-alueet ja suuntaa tutkimusta lopulliseen tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Ensimmäisenä pohdittiin ja rajattiin mieluisin tutkimusaihe. Aiheen selkeytyessä yhteistuumin tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Laadullinen tutkimus on yksi yleisimmistä tutkimusmenetelmistä (mts. 79). Laadullisessa tutkimuksessa korostuu haastateltavien yksilölliset kokemukset ja havainnot, jotka ovat sidoksissa aikaan ja paikkaan (mts. 82). Tämä mahdollistaa merkittävien kokemusten yksilöllisen läpikäymisen ja kokemusten ymmärtämisen. Näiden avulla on mahdollista ymmärtää paremmin tutkittavaa ilmiötä (Elo ym., 2022, s. 216).

7.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu

Mieluisan aiheen ympäriltä oli helppo löytää tutkimuskysymyksiä, jotka mietityttivät kumpaakin opinnäytetyön tekijää. Tutkimuskysymyksen on tarkoitus olla muotoilultaan sellainen, että kysymykseen pystytään löytämään ratkaisu tutkimuksen keinoin (Ronkainen ym., 2013, s. 37). Kehkeytynyt tutkimuskysymys ajoi perehtymään aiheen teoriaan. Tätä teoriaosuutta varten rakennettiin vankka tietopohja käyttäen moninaisia ja luotettavia lähteitä.

Teorian ollessa valmis suunniteltiin haastattelurunko ja pohdittiin, ketkä ovat ne henkilöt, jotka halutaan osaksi opinnäytetyötä (liite 1). Haastatteluihin osallistuneet henkilöt valittiin eliittiotantana, jolloin haastateltavien määrä on pienempi, mutta heidän tietotaitonsa aiheesta on laaja (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 99). Opinnäytetyössä toteutui myös lumipallo-otanta, jonka periaatteena on löytää alkuun avainhenkilö, jonka avulla löydetään lisää sopivia haastateltavia (Laalo, 2020). Lumipallo-otannalla on myös mahdollista löytää sellaisia haastateltavia, joita olisi muuten vaikea tavoittaa.

Yhteistyökumppania, Törnävän Sairaalamuseota, lähestyttiin ensimmäiseksi sähköpostitse. Museotoimenjohtaja ilmaisi halukkuutensa toimia yhteistyössä kanssamme sekä toi esiin heidän toiveensa ja tarpeensa opinnäytetyöhön liittyen. Hän ohjasi olemaan yhteyksissä Törnävän Sairaalamuseon amanuenssiin, jonka vastuulla ovat museon aineistot. Amanuenssi ilmoitti myös halukkuutensa auttaa kartoittamaan tutkimusmateriaaleja ja tarjoutui olemaan yhteyksissä Etelä-Pohjanmaan terveydenhuollon perinneyhdistykseen tiedustellakseen mahdollisia haastateltavia. Hän lupautui myös auttamaan havainnollistavien kuvamateriaalien hankinnassa Törnävän sairaalan tiloista, vaatetuksista ja esineistä. Vastaavasti amanuenssi toivoi saavansa arkistoida opinnäytetyön osaksi Sairaalamuseon arkistoja.

Opinnäytetyö toteutettiin kokeneiden psykiatristen sairaanhoitajien sekä mielisairaanhoitajien haastatteluiden ja näkökulmien avulla. Kohderyhmänä toimivat siten sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat, jotka ovat työskennelleet ”vanhan ajan menetelmien” mukaisesti nimenomaan Törnävän sairaalassa. Haastatteluissa keskityttiin hoitomenetelmiin ja hoitajien sen aikaiseen työnkuvaan.

Empiirinen aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina sekä parihaastatteluna. Aineistonkeruun tavoitteena on tuottaa materiaalia, joka vastaa tutkimuskysymykseen ja josta luodaan tutkimuksen analyysi (Elo ym., 2022, s. 216). Haastattelumuodoksi valikoitui puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset laaditaan ennakkoon samoin kuin strukturoidussakin (Hirsjärvi & Hurme, 2022). Erona strukturoituun haastatteluun puolistrukturoidussa kysymyksiä ei tarvitse esittää täysin samassa järjestyksessä tai muodossa, vaan ne muokkaantuvat yksilölliseen muotoonsa haastattelun edetessä. Lisäksi haastateltavat saavat vastata kysymyksiin vapaasti.

Haastateltavia oli yhteensä viisi ja haastattelukertoja neljä. Ensimmäisen haastattelu toteutettiin parihaastatteluna, muut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Ensimmäinen haastattelu kesti kaksi tuntia ja kuusi minuuttia, seuraavat kaksi haastattelua kestivät tunti kaksikymmentä minuuttia, neljäs haastattelu oli kestoaltaan 53 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin puhelimitse, joka helpotti aineiston läpikäymistä huomattavasti myöhemmässä vaiheessa. Haastattelutilanteessa, nauhoittamisen lisäksi, käytettiin tietokoneen Word-sovelluksen sanelua, joka litteroi aineiston välittömästi. Litteroinnilla tarkoitetaan nauhoitettujen

aineistojen auki kirjoittamista tekstimuotoon (Ronkainen ym., 2013, s. 119). Koska tietokone ei pystynyt suorittamaan litterointia täydellisesti, nauhoitukset kuunneltiin myöhemmin uudelleen läpi ja tehtiin tarvittavat muokkaukset. Aineistoa kertyi tuon hieman yli kahden tunnin aikana Wordiin kuusitoista sivua. Jokaisesta muusta kolmesta haastattelusta aineistoa kertyi kaksitoista sivua. Lisäksi opinnäytetyön toteuttajat tekivät paperille yksittäisiä muistiinpanoja haastatteluiden aikana. Haastatteluista kaksi neljästä suoritettiin haastateltavien kotona ja toiset kaksi suoritettiin Sairaalamuseon tiloissa, tarkoituksena virkistää haastateltavien mielikuvia ja muistoja heidän työskentelyajoiltaan. Haastattelut toteutettiin vuoden 2024 marraskuun ja vuoden 2025 tammikuun välisenä aikana.

7.3 Aineiston analyysi opinnäytetyössä

Sisällönanalyysi voidaan suorittaa kahdella eri tavalla, joko aineistolähtöisellä eli induktiivisella ja teorialähtöisellä eli deduktiivisella sisällönanalyysillä (Elo ym., 2022, s. 218). Näiden vaihtoehtojen keskeisenä erona on se, ettei aineistolähtöisessä analyysissä ole valmiasta luokittelurunkoa vaan tutkija tuottaa luokittelut itse. Luokitteluita lähdetään muodostamaan litteroidusta aineistosta edeten yksittäisestä kokemuksesta yleiseen samalla pyrkien luomaan aineistosta teoreettinen, tiivistetty ja yleisessä muodossa esitetty kokonaisuus, joka kuvaa tutkittavaa aihetta (Tuomi & Sarajarvi, 2018, s. 107). Deduktiivisessä analyysissä edetään päinvastaisesti (Elo & Kyngäs, 2008, s. 109). Analyysimenetelmäksi valikoituu usein induktiivinen sisällönanalyysi, kun kyseessä on vähemmän tutkittu aihe tai kun tutkimuksessa halutaan korostaa erityisesti tutkittavien kokemuksia. Opinnäytetyön analyysimenetelmäksi valittiin siis näillä perusteilla induktiivinen sisällönanalyysi.

Induktiivisen sisällönanalyysin suosio perustuu myös sen moni- ja helppokäyttöisyyteen, sillä menetelmällä on mahdollista analysoida lähes kaikki tutkimusmateriaali, joka on kirjallisessa muodossa (Elo ym., 2022, s. 216). Lopputulokseksi saadaan systemaattinen, luotettava, toistettavissa oleva, objektiivinen analyysi.

Elo ym. (2022, s. 218–219) mukaan sisällönanalyysi perustuu kolmeen päävaiheeseen, jotka ovat valmistelu-, analyysi- ja raportointivaihe. Valmisteluvaiheessa kerättyyn aineistoon tutustuttiin lukemalla ja kuuntelemalla haastattelut kertaalleen läpi. Aineiston läpikäyminen on tärkeää kokonaisuuden hahmottamiseksi. Ennen analyysin aloittamista tulee

päittää, analysoidaanko kirjallisen aineiston lisäksi piilossa oleva aineisto (Elo & Kyngäs, 2008, s. 109). Piilossa olevalla aineistolla tarkoitetaan muun muassa ilmeitä, eleitä, naurua, asentoja ja hiljaisuuksien kestoa haastattelutilanteissa. Näitä asioita analysoidaan yleensä videoiduista haastatteluista. Koska opinnäytetyön haastatteluista ei videoitu, myöskään piilossa olevaa aineistoa ei analysoitu.

Kun kokonaiskuva haastattelusta oli kirkkaana mielessä, aineistosta alettiin etsimään alkuperäisilmaisuja. Alkuperäisilmaisuja ovat, litteroidusta aineistosta, kaikki ne ilmaisut, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin (Elo & Kyngäs, 2008, s. 109). Ilmaisut pelkistettiin eli niistä poistettiin kaikki ylimääräiset täytesanat ja muokattiin murre sanat kirjakieleksi, huomioiden ettei haastateltavan kuvaama sisältö muuttunut. Pelkistäessä on tärkeä huomioida myös, ettei yksi pelkistys saa sisältää kuin yhden asiasisällön. Syntyneiden pelkistysten määrä kuvaa hyvin aineiston rikkautta. Opinnäytetyössä pelkistyi yhteensä 278 kappaletta.

Pelkistämisen jälkeen aineistosta aletaan muodostamaan alaluokkia (Elon ym., 2022, s. 220–221). Tämä tapahtuu ryhmittelemällä samankaltaisia pelkistyiksiä samaan ryhmään eli alaluokkaan. Alaluokka nimetään niin, että se kuvaa samankaltaisia pelkistyiksiä mahdollisimman tarkasti ja konkreettisesti. Yhden alaluokan täytyy sisältää vähintään kaksi pelkistystä. Sama käytäntö toistetaan muodostuneille alaluokille, joista syntyy nyt tutkimuksen yläluokkia. Lopuksi analyysin loogisuus tarkistettiin käymällä se ajatuksella läpi. Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 107) ohjeistuksen mukaisesti analyysin teossa huomioitiin myös, ettei aikaisemmin hankitun teorian saanut vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen. Analyysi perustui ainoastaan kerättyyn aineistoon. Analyysin etenemisestä on esitetty esimerkki (liite 2). Esimerkin tarkoituksena on vahvistaa analyysin luotettavuutta osoittamalla, että tulokset on saavutettu analyysin keinoin (Elo & Kyngäs, 2008, s. 112–113).

Tulososiossa esitetään aiemmin tehdyn analyysin tulokset (Kylmä & Juvakka, 2007, s. 167). Tulosten raportointi aloitettiin esittämällä ensin syntyneet yläluokat, jonka jälkeen siirryttiin esittämään alaluokat. Näin edettiin aina alkuperäisilmaisiin asti. Tulososio etenee siis analyysin tekoon verrattuna vastakkaiseen suuntaan, isosta kokonaisuudesta kohti

yksittäisiä kokemuksia (Elon ym., 2022, s. 223). Tämä helpottaa tulosten ymmärrettävyyttä huomattavasti.

Alkuperäisilmaisuiden käytössä huomioitiin, ettei niitä irrotettu kontekstistaan. Ilmaisuiden käytön tarkoituksena on välittää lukijalle mahdollisimman elävä kuva haastateltavien näkökulmista tutkimuksen aiheesta (Hirsjärvi & Hurme, 2022). Ilmauksista on kuitenkin poistettu täytesanoja lukemisen helpottamiseksi sekä lisätty yksittäisiä sanoja selkeyttämään lukijaa. Poistetut kohdat on merkitty kolmella pisteellä (...) ja lisätyt sanat on laitettu sulkuihin. Tulososiossa tuodaan myös rehellisesti esille aineiston vaihtelu ja poikkeamat suurista linjoista. Tulokset raportoitiin niin, että ne vastasivat tutkimuskysymykseen.

Elon ym. (2022, s. 223) mukaisesti pohdinta osiossa verrattiin saatuja tuloksia aikaisemmin hankittuun teoriaan. Vertailun ja havainnoinnin avulla luotiin johtopäätöksiä opinnäytetyön tuloksista ja esitettiin mahdollisia jatkotutkimusaiheita koskien nykyistä psykiatrista hoitotyötä.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Hoitajien kokemukset siitä, millaista psykiatrinen hoitotyö on ollut Etelä-Pohjanmaalla, koostui neljästä suuremmasta kokonaisuudesta; kohtaamisesta, eettisyydestä, käytössä olleista hoitomuodoista sekä hoitotyön laaja-alaisesta työnkuvasta. Kokemukseen vaikutti niin ikään ajalle ominainen kohtaamisen kulttuuri, joka oli sekä positiivista että negatiivista.

8.1 Haastateltavien taustatiedot

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui yhteensä viisi vapaaehtoista hoitajaa, jotka ovat työskennelleet Törnävän sairaalassa. Heidän työuransa sairaalan eri osastoilla ajoittuvat 1940-luvulta 2000-luvun alkuun. Haastateltavat ovat koulutustaustaltaan psykiatrisia sairaanhoitajia ja mielisairaanhoitajia.

8.2 Kohtaamisen kulttuuri ollut ristiriitaista psykiatrisessa hoitotyössä

Ensimmäinen yläluokka, Kohtaamisen kulttuuri ollut ristiriitaista psykiatrisessa hoitotyössä, koostui neljästä alaluokasta. Alaluokat olivat: yhteisössä vallitsevat ennakkoluulot hoitotyötä kohtaan, vaihteleva vuorovaikutus potilaiden ja henkilökunnan välillä, ohjauksen merkityksen korostuminen potilaskeskeisessä kohtaamisessa sekä hoitoyhteisön merkityksen korostuminen potilaan arjessa.

Yhteisössä vallinneet ennakkoluulot hoitotyötä kohtaan olivat hoitajien kokemusten mukaan sekä positiivisia että negatiivisia. Ennakkoluulot kohdistuivat sekä potilaisiin että henkilökuntaan, ja niitä ilmeni sekä henkilökunnan taholta että työyhteisön ulkopuolelta. Törnävää kuvattiin hyväksi työpaikaksi, työtä kohtaan oltiin uteliaita, eikä Törnävän alueella asuvilla ollut juurikaan ennakkoluuloja potilaita kohtaan, sillä he olivat oppineet näkemään sairauden osana ihmisyyttä. Negatiivisia ennakkoluuloja nousi esille kuitenkin huomattavasti enemmän. Useampi haastateltavasta mainitsee, että lähipiiri on kyseenalaistanut ja ihmetellyt heidän työpaikkansa valintaa.

Hän katsoi minua jäätävästi ja sanoi, että ... (nimi), teidän kykynne menevät täysin hukkaan mielisairaalassa ... (H2)

Työtä pidettiin myös pelottavana ja alempiarvoisena. Eräs haastateltavista mainitsee Törnävä-leimasta, joka oli niin vahva, että pelkkä Seinäjoen mainitseminen viittasi ulkopaikkakuntalaisille automaattisesti mielisairaalaan. Saatettiin jopa olettaa, että töissä on ase mukana. Törnävällä asuvien perheiden luona ei haluttu vierailia ja erilaiset huhut kääntyivät herkästi Törnävälle.

Myös potilaita kohtaan oli paljon ennakkoluuloja. Esimerkiksi mielisairauksien, kuten epilepsian, uskottiin olevan tarttuvaa ja homous oli pitkään vaiettu asia. Siinä missä hoitotyötä kuvattiin "hullujen hoitona" saattoivat myös monet hoitajat nähdä potilaat pelkästään sairauden kautta. Ennakkoluuloja psykiatrasta hoitotyötä kohtaan viljellään myös edelleen nykyajan elokuvissa. Haastateltavat olivat kuitenkin sitä mieltä, ettei normaali arki vastannut elokuvien antamaa kuvaa. Haastateltavat kertoivat esimerkiksi Prinsessa-elokuvan tapahtumien olleen totta, mutta ne eivät kuitenkaan olleet arkipäivää. Haastateltavat kuvasivat elokuvien kärjistävän ja uskoivat niihin otetun vain dramaattisimmat kohokohdat.

Haastateltavat kuvasivat potilaiden ja henkilökunnan välisten vuorovaikutussuhteiden niinkään olevan riippuvaisia hoitajista. Haastateltavien mukaan osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että potilaiden oikeudet loppuivat Törnävälle tultaessa, ja tämän takia osa henkilökunnasta kohteli potilaita mielivaltaisesti. Kaikki haastateltavista eivät kuitenkaan kokeneet hoitosuhteita negatiivisesti. Eräs haastateltava koki, että potilaiden kohtaaminen on ollut samankaltaista kuin nykyäänkin ja tiimityöskentelyn lisääntyessä potilaan oma ääni alkoi kuulua entistä enemmän. Haastatteluissa nousi myös esille lääkäreiden ja osastonhoitajien välinen vuorovaikutussuhde, joka koettiin tasa-arvoisena, eivätkä lääkärit pitäneet potilaita alempiarvoisina ihmisinä. Haastateltavien mukaan kuitenkin osa lääkäreistä ei suostunut hoitamaan potilaita kahden kesken vaan halusivat hoitajan olevan mukana hoitotilanteissa.

Suurin osa haastateltavista muisteli hoitotyön ohjauksen merkityksen korostuneen potilaiden kohtaamisessa, kun potilaiden kanssa keskusteltiin tulevista hoitotoimista. Haastateltavien mukaan potilasohjaukset saattoivat kuitenkin olla lyhyitä tai ne saattoivat tapahtua vasta jälkikäteen. Toisinaan potilas saattoi olla täysin epätietoinen tulevasta hoitotoimenpiteestä. Eräs haastateltava mainitsi potilaiden ohjaamisen olleen riippuvainen potilaan sen

hetkisestä psyykkisestä tilasta. Hän kuitenkin uskoi, että lääkäri kertoi aina potilaalle tarkasti hoidoista ennen niiden aloittamista.

Hoitoyhteisön merkitys korostui potilaan arjessa. Haastateltavat kertoivat potilaiden pääsivän vain harvoin kotiin lomille, koska osa heistä tuli kaukaa. Pitkien välimatkojen takia omaiset vierailivat vain harvakseltaan. Haastateltavat kuvasivat Törnävän sairaalasta muodostuneen potilaille koti. Osastoa luonnehdittiin myös yhteisöksi, ja potilaat pitivät Törnävän yhteisöä perheenään. Haastateltavien mukaan yhteisöllisyys loi potilaille turvaa. Erään haastateltavan käsityksen mukaan Törnävää pidettiin potilaiden kotina myös yksinkertaisesti siitä syystä, ettei heillä ollut muutenkaan asumisvaihtoehtoa. Haastateltavien mukaan hoitoyhteisön merkitys potilaan arjessa korostui myös mahdollisuutena harrastaa. Potilailla oli käytössä erilaisia pelejä, pururata, jumppasali sekä mahdollisuus liikunnanohjaajan. Haastateltavat kertoivat ulkoiluttaneensa potilaita ja tehneensä erilaisia retkiä heidän kanssaan. Arkeen kuului lisäksi potilaiden kanssa yhdessäoloa. Eräs haastateltava kertoikin monien potilaiden viihtyneen päiväsalissa yhdessä muiden hoitajien ja potilaiden kanssa.

8.3 Psykiatrisessa hoitotyössä eettisyyteen pyrittiin

Toinen yläluokka, Psykiatrisessa hoitotyössä eettisyyteen pyrittiin, koostui negatiivis- ja positiivissävytteisistä alaluokista. Negatiivissävytteisiä alaluokkia nousi esiin huomattavasti enemmän; hoitotyön inhimillisyys ei ollut itsestäänselvyys, hoitohenkilökunnan mitoitus ei vastannut potilasmäärää, hoitokäytänteet eivät mahdollistaneet yksityisyyttä potilaille, hoitotahto toteutunut vaihtelevasti psykiatrisessa hoitotyössä, eikä turvallisuuden toteutuminen ollut yhtenäistä. Positiivissävytteiset alaluokat olivat; hoitoa ihmisarvoa kunnioittaen sekä potilaan kipu huomioitiin osana hoitotyötä.

Hoitotyön inhimillisyys ei ollut aina itsestäänselvyys. Haastateltavat kertoivat, ettei potilailta aina kysytty suostumusta hoitoon, insuliinishokkihoitoa saatettiin antaa ilman tarkempia diagnooseja, sähköshokkihoitoa annettiin lähinnä enemmänkin pakosta, kaikille aloitettiin jokin lääkitys, ja potilaat saattoivat olla eristyksissä monta päivää. Erään haastateltavan mukaan potilaat saattoivat maata sairaalan latioilla vahvasti lääkittyinä, ja osa pitkään lääkitystä niin sanotusti tylsistyi. Haastatteluissa myös ilmeni, ettei kodittomilla ollut mahdollisuutta päästä pois sairaalasta, koska lääkäri ei suostunut uloskirjaukseen, mikäli

asuinpaikkaa ei ollut. Potilaita saattoi jäädä loppuelämäksi asumaan Törnävälle myös pitkien välimatkojen, kotiuttamisongelmien sekä omaisten pelkojen vuoksi. Hoitotyön inhimillisyydessä oli aukkoja myös potilaiden kohtelussa. Useampi haastateltavista oli sitä mieltä, että potilaan kohtelu riippui hoitajasta. Erään haastateltavan mukaan eettinen hoito-ote toteutui paremmin Etelä-Suomessa. Toinen haastateltava puolestaan korosti, että eri osastoilla oli erilaisia käytänteitä.

Silloin, kun ... tulin sinne ysille (osastolle) sairaanhoitajana niin ... yhtäkkiä kuului kauhea touhu käytävältä ja eristyksen ovi avattiin ja heitettiin potilas sinne ... Menin kysymään mieshoitajilta, että mitä täällä tapahtuu. Sanoivat, että: "Se meinasi käydä kimppuun". Minä sanoin, että: "Mitäs sitä ennen tapahtui?" Toinen hoitaja sanoi, että: "Laitettiin jalka sen eteen ja se kompastui ja kävi kimppuun" ... Minä sanoin, että: "Ovi auki", ja soitin sitten (lääkärille). (Lääkäri) tuli osastolle ja avattiin ovi ja päästettiin potilas. (Lääkäri) puhutteli kyllä nämä kaksi herraa. Toinen sitten sanoi, että ei hän ole siihen syyllinen, että toinen sen jalan työnsi. Tämmöistä siis ihan tahallista ärsytystä. (H1)

Haastateltavat kertoivat hoitohenkilökunnan mitoituksesta, joka oli epäsuhdassa potilasmäärään nähden. Eräs haastateltava muisteli osastoja olleen 24 ja lääkäreitä vähän. Yli 40 potilaasta saattoi vastata kaksi tai kolme hoitajaa ja myös sosiaalityöntekijöitä oli erittäin vähän. Haastateltava kertoi 70-luvulla potilaita olleen lähes tuhat. Suuren potilasmäärän ja liian pienen hoitajamitoituksen vuoksi hoidon laadun ja yksilöllisyyden kerrottiin kärsineen. Potilaaseen ei pystytty tästä syystä keskittymään samalla tavalla kuin nykyään.

Suuren potilasmäärän vuoksi hoitokäytänteet eivät mahdollistaneet potilaiden yksityisyyden toteutumista. Haastateltavat muistelivat potilashuoneiden olleen isoja, neljänkymmenkahden hengen potilashuoneita, joissa sängyt olivat vieretysten. Osa haastateltavista muisteli taas potilashuoneiden olleen yleensä kahdeksan, paikkaisia ja jokaisella potilaalla olleen oma pieni kaappi. Eräs haastateltava kertoi joillakin osastoilla olleen myös 2–3 hengen huoneita. Nämä yksityishuoneet eivät kuitenkaan olleet haluttuja, sillä yksinolo vastasi potilaille eristämistä. Muiden seurassa oleminen koettiin turvallisemmaksi. Osa haastateltavista totesi ytimekkäästi, ettei potilailla ollut yksityisyyttä. Eräs haastateltavista kuitenkin huomautti, että vaikka potilaat olivat tottuneet siihen, ettei omaa rauhaa ollut, osa olisi sitä kuitenkin kaivannut. Toinen haastateltavista muisteli yksityisyyden puuteen näkyneen esimerkiksi hygieniasta huolehdittaessa, kun jopa neljäkymmentä naista saatettiin laittaa alasti jonoon odottamaan omaa suihkuvuoroaan.

Haastateltavien kokemusten mukaan potilaan hoitotahdon toteutuminen oli vaihtelevaa. Toisistaan eriäviä mielipiteitä tuli myös ilmi. Erään haastateltavan mukaan potilailta kysyttiin aina lupa hoitotoimenpiteisiin. Toinen puolestaan kertoi, ettei hoitotoimenpiteisiin kysytyä aina potilaan suostumusta, mutta toimenpiteistä pyrittiin keskustelemaan potilaan kanssa vähintään jälkikäteen. Kolmannen mielestä potilaiden hoitotahto ei oikein toteutunut. Neljäs kuvasi 60-luvun hoitotyötä pakkohoitona. Erään haastateltavan kokemusten mukaan etenkin sähköhoitoa annettiin enemmänkin pakosta. Kuitenkin suurin osa haastateltavista kertoi, että hoitotoimiin, kuten erilaiset pakkotoimiin vaadittiin aina lääkärin lupa, ja hoitoon määrääminen tapahtui aina M-lähetteidensä mukaisesti.

... niin pidettiinkö sitä (potilasta) vuosikausia tuolla eristyksessä, kun ei sitä voinut päästää tuonne, niin oliko parempi tehdä sille lobotomia, jolloin se rauhoittuu, mutta eihän se harhoja mihinkään (poista). Se oli ... sen ajan ... Olen nähnyt muutama pari potilasta sellaistaikin joista ... ajattelin, että voin luoja, kun heille ... pystyttäisiin tekemään lobotomia. ... Sen ajan lääkettä annettiin niin paljon kuin pystyttiin, mutta mikään ei niin kuin (auttanut) ... (H3)

Kyllä ... lääkärin kanssa ... eristämisestä keskusteltiin. Se eristämistilannehan tuli monesti nopeasti ... niin potilas eristettiin ja sitten se keskusteltiin lääkärin kanssa ja saatiin siihen lupa. (H4)

Turvallisuudentunteen toteutuminen ei ole ollut täysin yhtenäistä. Eräs haastateltava kuvaili hoitotyön olleen ajoittain kauhun tasapainoa, sillä joitakin potilaita täytyi seurata taukoamatta. Vaikeimmissa tilanteissa pyydettiin mieshoitajia apuun toisilta osastoilta. Sääntönä oli myös, ettei naishoitajan saanut jäädä yksin osastolle. Turvallisuuden kuvattiin olleen myös osasto kohtaista, sillä esimerkiksi avo-osastoilla oli leppoosaa. Tämä johtunee siitä, että haastateltavat kertoivat joihinkin sairauksiin, kuten epilepsiaan, liittyneen aggressiivisuutta.

Yks oli sellainen mies, joka ... uhkaili, mutta ei hän tehnyt koskaan mitään ... Hän uhkaili siis nyrkeillä ... ja sitten, kun osaston päiväsalissa ... istuskeltiin ... niin hän kulki ... viistoon siinä pitkin ja näytti nyrkkejä, mutta ei hän koskaan mitään ... tehnyt. Hänelle oli lobotomia tehty, että kyllähän se lähinnä rauhoitti ja sitten sanotaan, että tylsistytti, että se psyykinen ... puoli meni niin kuin siinä. Mutta muistan erityisesti (nimi), kun hän oli ... hirveän kiltti iso ... pitkä mies ... Hänelle oli jäänyt epilepsia ... sen (lobotomia) leikkauksen jälkeen. Hän sai niitä ... kohtauksia sitten, mutta ... ei mitään aggressiota eikä sellaisia ... enää ollut. Mutta se on ihan jännä ..., että en muista naisia, että ... oisin tavannut ... kenelle olisi tehty lobotomia. (H4)

Hoitotyötä tehtiin kuitenkin ihmisarvoa kunnioittaen. Haastateltavat kertoivat, että potilaita kohdeltiin ihmisinä ja diagnoosista huolimatta kaikille annettiin samanlaista inhimillistä hoitoa. Hoitojen aikana potilaasta huolehdittiin yksilöllisesti ja potilaat tapasivat lääkärin kerran päivässä. Eräs haastateltavista muistutti, että hoitajat pyrkivät toteuttamaan inhimillistä hoitoa parhaansa mukaan. Inhimillisen hoitotyön puolesta puhuvat muun muassa muistelut kivun huomioimisesta hoitotyössä, hoitotoimenpiteiden toteuttaminen lääkäreiden ja potilaiden luvalla sekä potilasohjauksen toteutuminen. Potilaiden tasa-arvoinen kohtelu sekä harrastemahdollisuuksien luominen olivat myös osa hoitotyötä. Vaikkakaan nämä eivät aina haastateltavien mukaan toteutuneet, niihin kuitenkin pyrittiin.

Insuliinishokkihoidossa oli huolellinen valvonta ... Siinä hoitaja oli potilaan vierellä ihan kaiken aikaa, että ... siinä oli ainakin kaksi hoitajaa. Oli sairaanhoitajia ja mielisairaanhoitaja ja sitten lääkäri kävi myös siinä ... seuraamassa, että se seuranta ja valvonta ja läsnäolo niin se oli siis ihan parasta mahdollista. (H4)

Useampi haastateltavista kertoi, että potilaiden kipua huomioitiin ehdottomasti hoitotyössä. Sähköshokkihoidoissa leuat menivät helposti pois sijoiltaan ja hoidon jälkeen potilaat saattoivat kokea pääkipua. Samoin lobotomia leikkauksien jälkeinen pääkipu oli yleistä. Tällöin kipua otettiin aina huomioon, ja potilaat saivat tarvitsemaansa kipulääkettä. Osa haastateltavista muisteli, etteivät potilaat yleensä kokeneet kipua Törnävällä.

8.4 Psykiatrisen hoitotyön hoitomuodot ovat vaihdelleet aikakausittain

Kolmas yläluokka, Psykiatrisen hoitotyön hoitomuodot ovat vaihdelleet aikakausittain, koostu alaluokista; pakkokeinoja sovellettiin psykiatrisessa hoitotyössä, fyysiset hoitomenetelmät olivat osa aikakauden psykiatrista hoitoa, lääkehoidon kehittyminen muutti psykiatrisen hoitotyön lääkepainotteiseksi sekä hoitotyö kehittyi kohti psykososiaalista hoitoa.

Pakkokeinoja sovellettiin psykiatrisessa hoitotyössä. Yksi haastateltavista painotti, että pakkokeinoja käytettiin vain pakon edessä. Näissä ääritapauksissa potilasta voitiin pitää kiinni tai sitoa esimerkiksi vöiden tai liivien avulla.

Silloin oli ... sellaisia vöitä, mutta niitä tarvitsi harvoin. Niitä ei tarvinnut käyttää ... muuta kuin ihan ääritapauksissa sidottiin ... Se oli harvinaista ja ... siihen aikaan ... siellä (eristyshuoneessa) oli patja lattialla, että siellä ei ollut sänkyä.

Etteihän sitä potilasta voitu sitoa eikä haluttu ... sitoa ... Sitten oli ... semmoinen liivi, joka ... laitettiin, jos ... vahingoitti itseään tai toisia ... Silloin laitettiin ... vyö tai semmoinen liivi, että hihat ja kädet laitettiin näin (vartalon ympäri) ... Onhan sekin ollut kamalaa. Kyllä minä olen ihan sitä mieltä, että se oli turvaa. (H4)

... Siinä oli ihan ... sitten rajoilla se, että ... hän menehtyy. Että, jos ... ei ala syömään ja ... aina vaan oksentaa, niin hän ... menehtyy. Siinä oli semmoinen tietty kilogrammaraja, jonka alle ei ... saanut mennä ... Hänen kohdallaan, kun hän oli syönyt ... hänen kanssaan keskusteltiin, että jos ei tämä onnistu, niin sitten joudutaan antamaan sinulle ravintoa ... tiputuksen kautta ... Hän ... sanoi, että hän edelleen jatkaa tätä, niin silloin minä olen istunut hänen vieressään ... ja pitänyt häntä kiinni, mutta se oli sylissä pitämistä. Minä olen pitänyt häntä kiinni ..., ettei hän päässyt tekemään sitä liikettä ja se oli hänen omaksi turvaseen, että sitä me ... todella jouduttiin toteuttamaan ihan ... hänen elämänsä säilyttämiseksi. (H4)

Potilaiden muina rajoittamistoimina käytettiin myös isoja kintaita, jotka teipattiin potilaiden käsiin. Eräs haastateltava muisteli, kuinka jotkut potilaista saattoivat jopa pyytää pakkopaitaa itselleen.

Mutta sitten oli yksi semmoinen, ei se nyt niin kauhea ollut, mutta sillä oli vain joku tällainen pakkomielle, että se kävi kaikkien kimppuun ja raapi ja se sitten kärsi siitä ..., sitten hän itse pyysi sitä pakkopaitaa. Ja, se oli kauhean tyytyväinen, kun se oli siinä ... No sitten tietysti eristyksessä, kun on, niin sitten on ... lepositeissä joskus, mutta siihenkin piti olla lupa. Ja sitten myöhemminhän siinä oli sitten niin, että hoitajan piti olla koko ajan vieressä, ettei sitä saanut yksin jättää niihin lepositeisiin. (H2)

Toisen haastateltavan mukaan potilaiden eristämistä oli ollut aina, mutta eristämisten määrä oli kuitenkin vähentynyt huomattavasti. Hän kertoi, kuinka eristämisten määrä tippui kolmestasadasta 26:een vuotta kohden hänen tullessaan töihin kyseiselle osastolle. Eräs haastateltavista oli puolestaan kokenut eristystoimia olleen vain harvakseltaan. Haastateltavat muistelivat, kuinka potilaita saatettiin myös eristää puisella häkillä, jos hän ei pystynyt olemaan muiden seurassa ja kuinka sekavien potilaiden ovet pidettiin öisin kiinni. Käytössä olivat myös eristyshuoneet, joissa potilaat olivat yksin. Eristyshuoneet olivat karuja, sillä niissä oli pelkkä patja lattialla. Toisinaan ei sitäkään, muisteli yksi haastateltavista. Huoneessa oli viemäriaukko, pieni lavuaari, viisto ikkunalauta, sumennettu ikkuna, pieni eteinen ja luukkuikkuna. Haastateltavat kertoivat, että eristämistilanteissa saattoi tapahtua kiinnipitoa monen hoitajan suorittamana.

Fyysiset hoitomenetelmät olivat osa aikakauden psykiatrista hoitoa. Haastateltavat nostivat pakkotoimien lisäksi esiin lämpökaapin, kylpyhoidon, lakanahoidon, lobotomian, sähköshokkihoidot, insuliinishokkihoidot sekä eheytyshoidot. Lämpökaappihoidoissa potilaan lämpötilaa nostettiin keinotekoisesti neljäänkymmeneen asteeseen. Kylpyhoidossa potilaat kylpivät ammeissa jopa kokonaisia päiviä. Eräs haastateltava kuvaili kylpyhoitojen olevan verrattavissa nykyajan kylpylöihin. Lakanahoitoa puolestaan pidettiin inhimillisenä hyvänä, kun potilas oli ikään kuin kapalossa. Lakanahoidossa potilaan ympärille kiedottiin ensin märkä lakana, sitten vielä huopa.

Aivan ensimmäisiähän on ollut tämä ... kylpyhoito ... se on ollut rauhoittamiseksi ... Silloin oli useampia ammeita osastolla ja potilas saattoi olla siellä ihan ... sen päivän, että jos ... sinne sitten laskee pissaa tai ulostetta niin se vesi ... vaihdettiin ja puhdistettiin ... ja sitten he saivat jatkaa siellä ... Sitten oli kieteet, ... siinä laitettiin ... lämmin lakana ensin potilaan ympärille ja sitten ... huopa ja uskokaa tai älkää niin sitä annetaan edelleenkin kylpylöissä ... Se rentouttaa ja se on ollut ihan semmoinen inhimillinen ... hyvä, se on ... kuin kapalo ... Kun lakana tietysti jäähtyy ..., niin se on sitten vaihdettu (H4)

Haastateltavista vain yksi oli ollut mukana lobotomialeikkauksissa. Toinen haastateltava kertoi, että viimeinen Törnävän lobotomiapotilas on leikattu vuonna 1962 Helsingissä.

... kerran lääkäri sanoi, kun se teki sen reiän tänne kalloon ... niin siinähan luun sirut lentelivät lattialla ... sanoi vaan, että (nimi) koiralle luita. (H1)

Haastateltavien mukaan sähköshokkihoitoa pidettiin todella tehokkaana hoitona, ja sitä annettiin melkeinpä kaikille potilaille. Kuitenkin katatoninen skitsofrenia oli oikeastaan ainut potilasryhmä, johon sähköshokkihoito todella tehoi. Sähköpotilaita oli jopa 20 yhdessä salissa. Joillekin potilaille kerta sähköä riitti, toiset tarvitsivat useamman hoitokerran. Haastateltavat kertoivat, että sähköä annettiin ilman narkoosia. Ilman narkoosia annettavaa sähköshokkihoitoa kutsuttiin kuivaksi sähköksi. Sähköä annettaessa potilaista pidettiin kiinni, etteivät he vahingoittaisi itseään. Leuat menivät usein sijoiltaan kiinnipidosta huolimatta. Hoitajat itsekin usein säikähtivät sähköä annettaessa.

No niitä oli toistakymmentä potilasta ympäri ison salin ja nukkuivat niin, että pää oli jalkopäähän päin ja lääkäri meni koneen kanssa sängystä toiseen ... Sitten siellä välillä hoitajat ajoivat, sängystä toiseen, juoksevia potilaita kiinni. Kun ne näkivät, että mitä toiselle tapahtui, niin lähtivät karkuun. Sitten jonkun piti aina

auttaa ..., kun ensin annettiin se sähkö, niin ... jonkun piti ottaa ... kouristusaika, ja se oli tommoinen ... kaksikymmentä sekuntia. Kaksikymmentäkaksi ehkä kaksikymmentäkolme sekuntia joillakin. (H1)

... Yksi lääkäri antoi ... sen varsinaisen iskun, niin sitten tarvittiin monta hoitajaa, kun ... jalkoja ... ja käsiä piti niin kuin joustaa. Ja sitten siinä piti olla tarkkana, ettei väkisin paina, ettei tule muita murtumia. Ja yksi piti tuttia suussa, ettei kieli mene. (H2)

Leuat ei saanut aueta, kun ne menivät helposti sijoiltaan. Piti työntää täältä (leukaluusta, korvan vierestä) ja sitten etusormella ja peukalolla pitää sitä tuttia suussa. (H1)

Erään haastateltavan mukaan insuliinishokkihoitoa pidettiin sähköshokkihoitoa miellyttävämpänä vaihtoehtona potilaiden keskuudessa. Insuliinishokkihoitoa annettiin niin ikään ilman sen tarkempia diagnooseja. Toisen haastateltavan kokemuksen mukaan insuliinishokkia annettiin kuitenkin pääasiassa masentuneille. Hoitomuoto joka tapauksessa rauhoitti potilasta. Insuliinishokkia pidettiin myös ainoana hoitomuotona. Samoin kuin sähköshokki- myös insuliinisalit olivat isoja, jopa kaksikymmentä potilasta saattoi maata salissa yhtä aikaa. Insuliinisaleissa potilaat hikoilivat ja saivat kramppeja. Potilaita alettiin virvoittelemaan tavallisesti puolen päivän aikaan viemällä mahalaukuun sokeriliuosta letkun kautta. Pahimmillaan letku oli väärässä paikassa ja sokeriliuos meni suoraan keuhkoihin.

Sitten kun se (nenämahaletku) oli mahassa, ... oletettiin olevan, sitten sellaisella ilmapumpulla pumpattiin ilmaa ja kuunneltiin stetoskoopilla, että onko se oikeassa paikassa. Ettei se mennyt henkitorveen niin kuin eräässä tapauksessa oli mennyt ja sen tietää, mitä potilaalle tapahtuu, kun keuhkot täyteen sokeriliuosta. (H1)

Törnävällä homoseksuaaleja hoidettiin eheytyshoidoin. Eräs haastateltava kuvaili homoseksuaalien hoidon olleen lähinnä säilyntää. Osa homoseksuaaleista saatettiin kuitenkin steriloida. Toisen haastateltavan mukaan homoseksuaaleja hoidettiin Törnävällä samoin kuin muitakin potilaita.

No sinnehän tuotiin sitten myös homoja parannettavaksi ja jokainen tietää, mitenkä ne siellä paranevat ... Eihän siinä, kun ei siellä hoidettu mitään, säilytettiin kuukausi tolkulla ... ja oletettiin, että se paranee. (H1)

Mutta esimerkiksi mulla on ollut sellainen, joka takkusi ... siellä asuntolassa sellainen homomies ... Hän kulki punaisessa niin lyhkäisessä hameessa, että hyvä ettei vilkkunut tavarat alta ja stretch kengät ynnä muut. Mutta, kun minä menin sen kanssa, kuulkaa kauppaan, niin myöskin minä sain niin järkyttäviä katseita ... Sitten ... sen hoitona oli myöskin se, että sen piti tehdä ... joka toinen lenkki ... tuulipuku päällä ja joka toinen päivä oli tämä vilkkuva hame päällä ... Hänen piti kertoa aina, että miltä tuntuu ... ja kyllä hän oli vähän ristiriitainen kun ... tuulipuvussa sai aivan rauhassa kävellä, mutta oikein karsealla hamehella mennessä niin töötötettiin ja vilkutettiin ... Sano että se tuntuu kivalta, mutta pelottavaltakin. (H3)

Lääkehoidon kehittyminen muutti psykiatrisen hoitotyön lääkepainotteiseksi. Haastateltavat kuvailivatkin lääkehoidon kehittymisen olleen käänteentekevä tekijä psykiatrisessa hoitotyössä. He muistelivat ensimmäisten psykiatrisien lääkkeiden tulleen 1950-luvulla. Pian lääkkeiden kehittymisen seurauksena kaikille potilaille aloitettiin jokin lääkitys, sillä ne rauhoittivat potilaita. Eräs haastateltava kuvaili, että osa potilaista lääkittiin jopa niin voimakkaasti, että he makasivat käytävillä hirveissä lääkkeissä. Useampi haastateltavista muisteli aspiriinin olleen yleisin lääke ennen psykiatrisia lääkkeitä.

Hoitotyö kehittyi kohti psykososiaalista hoitoa. Eräs haastateltava kertoi omahoitajasuhteesta, joka tuli 1960-luvulla. 1970-luvulla alkoi työnohjaus ja kehitettiin perhehoito. Omahoitajakutsussa potilaan perhe kutsuttiin paikalle keskustelemaan hoidosta. Psykososiaalisen hoitotyön kehittyessä eristyksessä olevan potilaan kanssa käytiin keskustelemassa. Potilaiden kanssa opeteltiin normaalia arkea, istuttiin salissa jutellen sekä avustettiin kodin siivoamisessa. Potilailla oli mahdollisuus psykologin käynteihin ja sosiaalityöntekijään. Potilaille pidettiin myös ryhmä- ja toimintaterapiaa sekä liikunta- ja kuvataideterapiaa. Lisäksi ääniharhaisille järjestettiin ääniryhmiä. Haastateltavien mukaan työterapia oli yksi aikakauden merkittävimmistä hoitomuodoista. Työterapiassa potilaat saivat työskennellä osastolla erilaisissa tehtävissä. Osastolla oli puutyöväkistö, jossa miehet työskentelivät. Naiset puolestaan työskentelivät käsityösaleissa. Työterapiaa toteutettiin myös Kurjenevalla, jossa yleensä miespotilaat tekivät maatalan töitä. Toisinaan potilaille annettiin pullopojanhommia tai töitä päiväkodista. Hyväkuntoisimmat potilaat hoitivat myös hoitajien lapsia. Vaikka potilaat tekivät paljon töitä, työntekoa ei koettu hyväksikäytöksi. Haastateltavat kuvailivat työterapiaa hyväksi hoitomuodoksi, sillä se oli monille potilaille mielekästä tekemistä. Erään haastateltavan mukaan keskusteluhoito oli hoitomuodoista ehdottomasti tärkein.

8.5 Toimintaympäristön ominaispiirteet vaikuttaneet hoitotyössä

Neljäs yläluokka, Toimintaympäristön ominaispiirteet vaikuttaneet hoitotyössä, koostui alaluokista; psykiatrista hoitotyötä määrittivät aikakauden mukaiset käytännöt, psykiatrisessa hoitotyössä ollut monipuolinen potilaskirjo sekä hoitajien tehtäväkentän laajuus.

Psykiatrista hoitotyötä määrittivät aikakauden mukaiset käytännöt. Haastateltavien mielipiteissä näkyi huomattavia eroavaisuuksia. Näiden eroavaisuuksien uskotaan johtuneen siitä, että osa haastateltavista on aloittanut työuransa Törnävällä aikaisemmin kuin toiset. Eräs haastateltava kuvaili psykiatrista hoitoa säilyntäterapiana, eikä hoitamisesta voitu puhua mitään. Toinen haastateltava puolestaan totesi, että hoito poikkesi paljon nykyisestä. Haastateltavat muistelivat, että aikakaudelle oli tyypillistä käyttää niin sanottua mustaa kirjaa apuna raportoinnissa. Sanktiot kirjattiin seinälle ja eristyksistä pidettiin kirjaa. Yksi haastateltava kertoi tiivistäen, että kaikki kirjattiin. Aikakauden hoitotoimenpiteissä, kuten lobotomiassa oli omat välineistönsä. Sähköshokkihoidossa oli puolestaan itse sähkölaite sekä tutti tai kapula, joka laitettiin potilaan suuhun ennen sähköntamamista. Insuliinishokkihoidoissa tarvittiin muun muassa insuliiniruiskuja, stetoskooppeja sekä letkustoa sokerialiuoksen antamista varten. Yksi haastateltavista puolestaan koki, ettei psykiatriassa ollut käytössä hirveästi erilaista välineistöä.

Törnävällä on hoidettu monia erilaisia potilasryhmiä, ja potilaskirjo onkin ollut hyvin moninainen. Haastateltavien mukaan Törnävällä on hoidettu maanisdepressiivisyyttä, syömishäiriöstä kärsiviä, homoutta, Alzheimer- ja dementiapotilaita, kehitysvammaisia, masennuksesta kärsiviä ja itsemurhavaarassa olevia potilaita, epileptikkoja, sukupuolitautisia sekä skitsofreniapotilaita, jotka olivat yleisin potilasryhmä. Haastateltavien mukaan Törnävällä oli myös useita potilaita, jotka eivät sinne kuuluneet. Esimerkiksi irtolaiset laitettiin mielisairaalaan. Oli myös potilaita, jotka eivät enää olisi olleet hoidon tarpeessa, mutta kotiuttaminen ei syystä tai toisesta onnistunut.

Laajan potilaskirjon lisäksi myös hoitajien työnkuva oli laaja. Haastateltavien mukaan hoitajan tehtävänä oli muun muassa avustaa lääkäriä tarvittaessa ja olla potilaiden rinnalla hoitotoimenpiteiden aikana. Pakkokeinoja, kuten lepositeitä, käytettäessä hoitajan tuli olla koko ajan potilaan vierellä. Eristyksissä hoitaja kävi tarkistamassa potilaan vointia säännöllisesti sekä keskustelemassa hänen kanssaan. Lobotomia leikkauksien jälkeen hoitajien

tehtävänä oli seurata potilaan vointia, mitata verenpainetta sekä lämpöä. Sähköshokkihoitossa hoitajan tuli pitää potilaasta kiinni niin, ettei hän kolhi itseään. Joskus toimenpiteissä tarvittiin useampi hoitaja pitämään potilaasta kiinni.

Sähköshokissa, jos ne liian nopeaa nousi ylös ... kävelemään sen shokin jälkeen, niin pää tuli kipeäksi ... Silloin, kun täällä annettiin vielä (sähköshokkeja), niin hoitaja istui (potilaan) vieressä kaksi tuntia ja sanoi, että pää tyynyyn, pidä nyt se pää tyynyssä, että sinun pääsi tulee kipeäksi. (H3)

Insuliinishokkihoitojen jälkeen hoitajan tuli niin ikään seurata tiiviisti potilaan vointia. Haastateltavat luonnehtivat työnkuvaa yleiseksi huolenpidoksi. Hoitajien tehtäviin kuului myös opetella potilaiden kanssa normaalia arkea. Hoitajat juttelivat potilaiden kanssa päiväsalissa ja seurasivat, että syöminen ja peseytyminen sujuvat. Hoitajat saattoivat myös käydä avustamassa potilaita kodin siivoamisessa. Eräs haastateltavista nosti kuitenkin esille, että hoitajille saatettiin määrätä myös turhanpäiväisiä töitä, kuten seinien pesua.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

9.1.1 Tahdosta riippumattoman hoidon kehittyminen

Nykyinen ja aikaisempi tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisprotokollat ovat pääpiirteittäin samankaltaisia. Eroavaisuuksista merkittävin on varmasti alkuvaiheen hoitoon määräämiskriteerien täyttyminen. 1900-luvulla mielisairauden lisäksi riitti, kun yksi kolmesta kriteereistä täyttyi, kun taas nykyään vaaditaan kaikkien kolmen kriteerin täyttyminen ennen hoitoon määräämistä (Isohanni ym., 1992; Hämäläinen ym., 2017, s. 73–76). Kriteerit eivät toki ole yhtenäiset, mutta aikaisempi laki mahdollisti hoitoon määräämisen ilman sen välitöntä tarvetta. Myöskään muita mielenterveyspalveluita tai hoitomuotoja ei ollut käytössä, jolloin psykiatriset sairaalat olivat ainoa mahdollinen hoitokeino.

Tuloksissa tuli esille Törnävällä olleen käytössä M-lähetteet, joiden kautta Törnävälle saavuttiin. Niin kuin teoriankin mukaan, tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiseksi vaadittiin M3-lausunto. Tuloksissa selvisi tämän toteutuneen, sillä tarpeettomasti M1-lähetteellä Törnävälle lähetetyt henkilöt, lähetettiin takaisin kotiin. Tahdosta riippumattoman hoidon kriteereistä huolimatta, tulosten perusteella, Törnävällä oli useita potilaita, jotka eivät olisi sinne kuuluneet. Tuloksista nousi esiin esimerkiksi irtolaiset, jotka laitettiin mielisairaalaan, eikä heillä ollut kodittomuuden vuoksi mahdollisuutta päästä pois sairaalasta. Tulosten mukaan Törnävällä oli myös potilaita, jotka eivät olisi enää olleet hoidon tarpeessa, mutta kotiuttaminen ei syystä tai toisesta onnistunut. Tällaisia syitä olivat esimerkiksi potilaiden omaisten pelko. Tällöin potilaat saattoivat jäädä Törnävälle loppuelämäkseen. Hoitojakson maksimipituutta ei ollut aikaisemmin määritelty (Isohanni ym., 1992). 1960-luvun hoitoa kuvattiinkin tuloksissa pakkohoidoksi. Nykyinen tahdosta riippumatonta hoitoa määrittelevä laki suojaa potilaita tämän kaltaisilta tilanteilta, kun tahdosta riippumattoman hoidon maksimaaliseksi yhtenäiseksi hoitojakson pituudeksi on määritelty yhdeksän kuukautta (Hämäläinen ym., 2017, s. 73–76).

9.1.2 Hoitomenetelmien kehittyminen

Psykiatrisessa hoitotyössä on tapahtunut merkittävä kehityskaari aina somaattispainotteisista hoidoista kohti nykypäivän kokonaisvaltaista ja psykososiaalista hoitoa. Aikaisemmin mielenterveyshäiriöitä pidettiin ruumiillisina vikoina, ja hoito pohjautui pitkälti passiivisiin ja jopa alistaviin hoitomenetelmiin, kuten makuuhoitoon, kiedehoitoihin sekä pakkokeinoihin (Hirvonen, 2014, s. 222–225). Potilaiden fyysinen rajoittaminen ja rauhoittaminen olivat keskiössä, jolloin psykososiaalinen hyvinvointi jäi vähälle huomiolle.

Työterapiaa hyödynnettiin jo 1800-luvulla ja perhehoitoa 1900-luvulla, jolloin potilaan osallisuutta ja aktiivisuutta alettiin tukea (Pietikäinen, 2013a, s. 280; Pietikäinen, 2013b, s. 284–286). Perhehoidossa potilaat osallistuivat arjen askareisiin, mikä vahvisti heidän toimintakykyään ja yhteisöllisyyttään, jotka ovat keskeisiä elementtejä myös nykyisessä psykososiaalisessa hoidossa.

Suurin muutos tapahtui 1950–1960-luvuilla, kun psyykelääkkeet, kuten klooripromatsiini ja imipramiini, muuttivat hoitokäytäntöjä (Salokangas, 2008). Lääkehoito helpotti monien potilaiden oireita ja vähensi pakkokeinojen tarvetta, mutta psykososiaaliset tekijät jäivät edelleen taka-alalle.

Tuloksissa nousi esiin, että psykiatrinen hoitotyö Etelä-Pohjanmaalla on muuttunut erityisesti hoitomenetelmien kehityksen myötä. Aiemmin hoitoa leimasivat fyysiset rajoitteet ja pakkokeinot, kuten eristäminen, sitominen, kintaat, pakkopaidat sekä erilaiset fyysiset hoidot, kuten lämpökaapit, kylvyt, insuliini- ja sähköshokkihoidot ja lobotomiat. Näitä käytettiin usein ilman nukutusta ja diagnooseja, ja hoitokeinoja sovellettiin laajasti eri potilaisiin. Näkökulmasta katsottuna menetelmät vaikuttavat rankoilta ja vaarallisilta.

Nykyään psykiatriset hoitomenetelmät yhdistävät lääkehoidon ja psykososiaaliset interventiot (Mielenterveystalo, i.a.-d; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, i.a.-g). Psykoedukaation, vertaistuen, keskusteluhoitojen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla vahvistetaan potilaan ymmärrystä sairaudestaan, toimintakykyä ja emotionaalista hyvinvointia, joita aiemmissa hoitomuodoissa ei juurikaan huomioitu. Lisäksi teknologiapohjaiset omahoito-ohjelmat ja etävastaanotot ovat parantaneet hoidon saavutettavuutta ja yksilöllisyyttä (Mielenterveystalo, i.a.-v).

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että psykiatrinen hoitotyö on siirtynyt passiivisista ja rajoittavista menetelmistä kohti aktiivista, osallistavaa ja kuntouttavaa hoitoa. Psykososiaalisten menetelmien asema on vahvistunut erityisesti viime vuosikymmeninä, kun mielenterveyshäiriöiden hoitoa on alettu tarkastella ihmislähtöisesti ja arjen suoriutumista tukevasta näkökulmasta. Etelä-Pohjanmaalla toteutetussa hoitotyössä kehitys on näkynyt muun muassa perhehoidon kokeilulla, työterapian monipuolisella hyödyntämisellä sekä nykyisin digitaalisuuden ja ryhmämuotoisten tukipalvelujen yleistymisenä. Psykiatrinen hoito painottaa nykyään yksilön vahvuuksia ja osallisuutta, tukien toipumiskeskeistä ajattelua ja mielenterveystyön inhimillisyyttä. Kehityskaari on ollut pitkä, mutta se on parantanut hoidon laatua ja potilaiden hyvinvointia.

9.1.3 Potilasryhmien muuttuminen

Psykiatrisen hoitotyön potilasryhmät ovat muuttuneet merkittävästi vuosikymmenten saatossa. Törnävän sairaalan historiasta käy ilmi, että 1970-luvun alussa psykiatriseen sairaalahoitoon ohjautui erityisesti skitsofreniaa, alkoholismia ja erilaisia neurooseja sairastavia potilaita, mutta myös epileptikkoja, kehitysvammaisia sekä masennuksesta, ahdistuksesta ja levottomuudesta kärsiviä henkilöitä (Rapila, 1973, s. 239–240). Tällöin sairaalahoidon kuormitus oli suurta ja potilasvaihtuvuus huipussaan, mikä viittaa siihen, että psykiatrista hoitoa haettiin ja tarvittiin laajasti erityyppisiin ongelmiin, myös sellaisiin, joita nykyään hoidettaisiin avohoidossa tai erikoissairaanhoidon ulkopuolella.

Tuloksissa tuli ilmi, että Törnävän sairaalassa hoidettiin hyvin monenlaisia potilasryhmiä, jotka ulottuivat laajalle sekä lääketieteellisessä että yhteiskunnallisessa mielessä. Tulosten mukaan sairaalaan tuotiin edellä mainittujen lisäksi myös homoseksuaaleja, syömishäiriöistä kärsiviä sekä potilaita, joilla oli itsetuhoista käyttäytymistä tai maanisdepressiivisyyttä. Lisäksi sairaalassa oli myös potilaita, jotka eivät kuuluneet sinne erinäisistä syistä, esimerkiksi irtolaiset tai sukupuolitautipotilaat. Erityisesti skitsofrenia oli yleisin ja ensimmäisen sairaus, jota sairaalassa hoidettiin.

Törnävän sairaalassa hoidettujen potilasryhmien kirjo kuvastaa aikansa yhteiskunnan arvoja ja normeja. Esimerkiksi homoseksuaalisuus ja kehitysvammaisuus nähtiin tuolloin poikkeavuuksina, jotka saatettiin mieltää hoitoa vaativiksi. Tämä laaja-alainen potilaskirjo

avaa kuitenkin tärkeän näkökulman psykiatrisen hoidon historiaan, miten mielenterveyden rajat ovat vaihdelleet ajassa, ja miten psykiatriset laitokset ovat monin paikoin toimineet yhteiskunnan kontrollin välineinä, ottaen vastaan paitsi sairaita myös haavoittuvassa asemassa olevia tai yksinkertaisesti ei-toivottuja ihmisiä.

Nykytilanteessa potilasryhmät ovat yhä monimuotoisia, mutta diagnoosikirjo on laajentunut ja tarkentunut merkittävästi. Esimerkiksi masennus, joka jo aiemmin oli yksi hoidetuista häiriöistä, on nykyään jaettu lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen muotoon (Mielenterveystalo, i.a.-k). Lisäksi kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, kuten paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja pakko-oireinen häiriö ovat entistä selkeämmin tunnistettuja ja erotettavissa.

Psykoottiset häiriöt kuten skitsofrenia ovat edelleen keskeisiä psykiatrisen hoidon kohteita, mutta niiden ymmärrys ja luokittelu ovat kehittyneet. Nykyään tunnetaan useita psykoosin alatyyppejä, kuten ei-elimellinen psykoottinen häiriö, akuutti psykoosi ja skitsoaffektiivinen häiriö (Rovasalo, 2023b). Tämä tarkempi luokittelu mahdollistaa yksilöllisemmän hoidon ja oireiden paremman ymmärtämisen.

Uutena ilmiönä potilasryhmissä korostuvat nykyään erilaiset persoonallisuushäiriöt sekä käyttäytymisen säätelyn häiriöt, joita ei menneinä vuosikymmeninä samalla tavalla tunnistettu tai diagnosoitu. Persoonallisuushäiriöt, kuten epävakaa, estynyt tai epäsosiaalinen persoonallisuus, vaikuttavat merkittävästi toimintakykyyn ja ihmissuhteisiin (Rovasalo, 2023a). Lisäksi päihderiippuvuudet ovat edelleen keskeisiä hoitoon hakeutumisen syitä, mutta niiden rinnalle on noussut toiminnallisia riippuvuuksia, kuten peliriippuvuus ja netti-riippuvuus (Alavi ym., 2012).

Myös syömishäiriöt, kuten anoreksia, bulimia ja ahmintahäiriö, ovat nykyisin omia, tarkasti määriteltyjä diagnoosiryhmiään (Silén, 2022). Nykypäivänä niiden ymmärrys on syventynyt ja hoito kehittynyt eriytyneemmäksi.

Psykiatrisen hoitotyön näkökulmasta tämä kehitys tarkoittaa, että nykyään potilasryhmät ovat usein monidiagnoosillisia, ja hoitajilta vaaditaan syvällistä ymmärrystä eri häiriöiden taustatekijöistä sekä kykyä soveltaa eri lähestymistapoja. Muun muassa nykyisin epileptikot ja kehitysvammaiset kuuluvat pääsääntöisesti neurologisen tai

kehitysvammapsykiatrian piiriin. Tämä kertoo terveydenhuollon rakenteiden kehittymisestä ja eri osa-alueiden eriytymisestä.

Ennen hoito painottui enemmän suljettuun laitoshoitoon, kun taas nykyään painopiste on avohoidossa ja yhteisöllisessä tuessa. Hoitotyön sisältö on muuttunut, ja potilaan kohtaaminen edellyttää yhä enemmän yksilöllistä lähestymistapaa, vuorovaikutusta ja moniammatillista yhteistyötä. Aikaisemmin hoitajat joutuivat työskentelemään paitsi vakavasti psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa, myös hyvin erilaisten elämäntilanteiden ja sosiaalisten ongelmien keskellä. Tämä vaati psykiatriselta hoitotyöltä sopeutumiskykyä, laaja-alaisuutta sekä usein käytännönläheistä selviytymistä arjen tilanteista.

9.1.4 Hoitajien työnkuvan kehittyminen

Sairaanhoitajien koulutus alkoi Suomessa 1800-luvun loppupuolella, ja alkuvaiheessa hoitotyö oli vahvasti sidoksissa lääkärijohtoisuuteen ja vahvaan ammatilliseen hierarkiaan (Haho, 2006, s. 54–56, 66–68). Sairaanhoitajattaria koulutettiin avustamaan lääkäreitä ja huolehtimaan potilaiden päivittäisistä tarpeista, ja työssä korostuivat kuuliaisuus, naisellisuus sekä fyysinen ja emotionaalinen huolenpito (Haho, 2006, s. 60–62). Hoitotyö sisälsi kokonaisvaltaista huolenpitoa, mutta se tapahtui hyvin alisteisessa asemassa lääkärinkuntaan nähden. Hoitotyön sosiaalinen arvostus oli matalaa, ja alalle hakeutumista ohjasi ajatus kutsumuksesta, ei ammatillisesta kehittymisestä tai urasta (Haho, 2006, s. 59, 64–66).

Tulosten mukaan psykiatrinen hoitotyö oli aiemmin hyvin käytännönläheistä ja potilaan rinnalla olemista korostavaa. Hoitajat osallistuivat aktiivisesti erilaisiin hoitotoimenpiteisiin, kuten sähkö- ja insuliinishokkeihin, joissa heidän tehtävänä oli usein pitää potilaasta kiinni ja seurata tämän vointia tarkasti. Pakkokeinojen, kuten lepositeiden ja eristyksen, aikana hoitajan läsnäolo ja potilaan tilan tarkkailu olivat keskeisiä tehtäviä, mikä kertoo hoitotyön tiiviistä valvontaroolista.

Arjen tasolla hoitajat tukivat potilaita päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä, ruokailussa ja kodin siistimisessä, mikä kuvastaa myös työn kokonaisvaltaisuutta. Hoitajan työ sisälsi lisäksi keskustelua ja emotionaalista tukea, vaikka työnkuva oli vielä pitkälti lääkärin ohjeistuksen mukaista ja vähemmän itsenäistä.

Nykyään psykiatrinen hoitotyö on kehittynyt vahvasti moniammatilliseksi ja asiantuntijapainotteiseksi toiminnaksi, jossa hoitajat työskentelevät laajassa tehtäväkentässä erilaisissa rooleissa ja ympäristöissä (Mieli, i.a.-c). Psykiatrisilla sairaanhoitajilla on oma itsenäinen roolinsa, ja he osallistuvat aktiivisesti hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitajien työ ei perustu pelkästään fyysisen hoivan antamiseen, vaan siihen sisältyy psyykkisen tuen tarjoamista, kriisiavun antamista, potilaiden ja heidän läheistensä ohjaamista sekä lääkehoidon kokonaisvastuuta (Fimea, 2019, s. 8–11).

Toisin kuin aiemmin, hoitajat toimivat nykyisin hyvin itsenäisesti ja heidän työnsä vaatii jatkuvaa ammatillista kehitystä, esimerkiksi teknologian ja digitaalisten palvelujen käyttöönoton myötä (Axelin ym., 2016, s. 25). Psykiatrinen hoitotyö ei rajoitu enää vain sairaalaolosuhteisiin, vaan hoitajia toimii myös avohoidossa, kriisikeskuksissa ja etävastaanotoilla, mikä edellyttää laaja-alaista osaamista ja kykyä kohdata potilaita monenlaisissa elämäntilanteissa.

Psykiatrisen hoitotyön kehitys Etelä-Pohjanmaalla kuvastaa laajempaa muutosta koko terveydenhuollon kentällä. Aikaisemmin hoitajien työ oli hierarkkista, sukupuolittunutta ja alisteista lääkärivallalle. Hoitajien asema terveydenhuollon kentällä on vahvistunut ja monipuolistunut uramahdollisuuksien lisääntyessä. Hoitajien työnkuva on laajentunut myös asiantuntija- ja johtotehtäviin, mikä kertoo ammatin kasvaneesta arvostuksesta ja kehittymisestä. Psykiatrisen hoitotyön voidaan sanoa siirtyneen kohti aktiivista toimijuutta ja vaikuttamista potilaiden toipumiseen ja hyvinvointiin.

9.1.5 Hoitoympäristön kehittyminen

Törnävän sairaala yhdistettiin osaksi Seinäjoen keskussairaalaan vuonna 1990, jonka myötä sairaalan toimintaa supistettiin (Nyrhinen, 2022). Myöskään 1900-luvun tapaiset, maakuntien yli ulottuvat, hoitosuhteet eivät olleet enää automaattisesti mahdollisia (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, i.a.). Nykyisin potilaat ohjataan ensisijaisesti oman asuinpaikkakuntansa hyvinvointialueen hoidonpiiriin. 1900-luvulla potilaita tuli Törnävälle laajalti ympäri Suomen, kuten Pohjanmaalta, Etelä-Pohjanmaalta, Keski-Pohjanmaalta, Pohjois-Pohjanmaalta, Pirkanmaalta sekä Keski-Suomesta (Rapila, 1973, s. 135, 152). Muutosten

myötä 1970-luvulla saavutetusta lähes kolmen tuhannen potilaan vaihtuvuushuipusta oli jäljellä enää murto-osa (Rapila, 1973, s. 202–239).

1900-luvun puolivälissä rakennetut B-mielisairaalatkin ovat nykyään jälkeen jäänyttä aikaa (Rapila, 1973, s. 135, 198). Tänä päivänä kunnissa on nähtävissä erilaisia psykiatrisia poliklinikoita (M-talo, i.a.). B-mielisairaaloiden ja poliklinikkojen välillä on kuitenkin nähtävissä selkeä yhteys, sillä rakentamisen tarkoitusperät ovat olleet samat. Tarkoitus on ollut mahdollistaa mielenterveyspalveluiden tarjoaminen potilaille lähempää heidän asuinalueitaan ja purkaa Seinäjoen alueen potilaskuormitusta (Rapila, 1973, s. 135, 198; M-talo, i.a.).

Törnävän sairaala-alue ehti toimia mielenterveyspalveluiden keskuksena lähes sata vuotta, kunnes vuonna 2021 sairaalan toiminta lakkautettiin lopullisesti ja viimeisetkin mielenterveyspalvelut siirtyivät Seinäjoen keskussairaalan viereen valmistuneeseen M-taloon (Piiri, i.a.). Hoitoympäristön muuttuessa maantieteellisesti tapahtui myös merkittäviä arkkitehtuurillisia parannuksia. Tuloksissa esille nousseet isot, monikymmenpaikkaiset, potilas-huoneet ovat muuttuneet yksityishuoneiksi eikä karuista eristyshuoneista ei ole enää tietoaakaan. M-talon kehittämisessä on korostettu luonnon, taiteen sekä valon merkitystä kuntoutumisprosessissa (M-talo, i.a.). Digitalisaation tuomat uudet mahdollisuudet ovat myös jotain, mitä aikaisemmin mielenterveyspotilaille ei pystytty tarjoamaan. Kuitenkin opinnäytetyön tulosten mukaan mielenterveyspotilaiden psyykkistä terveyttä on pyritty kohentamaan hoitoympäristöä hyödyntäen. Tuloksissa nousi esille Törnävän erilaiset urheilumahdollisuudet sekä käsillä työskentelyn mahdollisuus. Samaa kaavaa noudattaen M-talon hoitoympäristö tarjoaa mahdollisuuden urheiluun sekä muihin toiminnallisiin kuntoutusmuotoihin.

Opinnäytetyön tuloksissa, yksi merkittävimmistä, esille nousseista aiheista on Törnävä-leima, joka tuntuu edelleen olevan vahvasti 1900-luvulla syntyneiden mielissä. Vaikka hoitotyö on kehittynyt valtavasti viimeisen sadan vuoden aikana, se ei ole riittänyt poistamaan tätä leimaa. Leima elää edelleen vahvasti ja on sidoksissa aikaan ja paikkaan. Tämän vuoksi ainoa mahdollisuus, mielenterveystyötä kohtaan ennakkoluuloja lisäävästä leimasta irrottautumiseen, on ollut uuden M-talon rakentaminen täysin uudelle alueelle. Opinnäytetyön tulosten tarkastelun valossa hoitoympäristön totaalinen muuttuminen on mahdollistanut Etelä-Pohjanmaan mielenterveystyölle uuden, vähemmän ennakkoluuloisen, alun.

9.2 Eettisyys opinnäytetyössä

Opinnäytetyö on toteutettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan, TENKin, tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan tutkimuksessa käytettävää hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym., 2007, s. 23). Hyvä tieteellinen käytäntö pohjautuu etiikkaan eli käsityksestä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Eettisyyden toteutumisesta on tärkeä arvioida tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Vastuu tutkimuksen periaatteiden ja eettisyyden tuntemisesta ja niiden mukaan toteutumisesta on aina tutkijalla.

TENK on, yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa, laatinut tutkimuseettiset ohjeet tutkimusten hyvistä tieteellisistä käytännöistä, joiden peruseriaatteena ovat luotettavuus, rehellisyys, avoimuus ja vastuunkanto (TENK, i.a.-b). Tutkimuksen ei voida katsoa olevan eettisesti hyväksyttävä, luotettava tai tulokset uskottavia, mikäli tutkimus ei noudata TENKin ohjeistuksia hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Nämä hyvät käytännöt voidaan jakaa kahdeksaan osa-alueeseen, jotka koskevat toimintaympäristöä, koulutusta, ohjausta ja mentorointia, tieteellisen työn tekemistä, eettisyyttä ja ennakkointia, tutkimusaineistojen käsittelyä ja hallintaa, yhteistyötä, tekijyyttä, julkaisemista ja viestintää sekä asiantuntija- ja arviointitehtäviä.

Tutkimusaihetta valitessa täytyy huomioida aiheen sensitiivisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 218). Vaikka aihe olisi äärimmäisen mielenkiintoinen, sen sensitiivisyytensä vuoksi, menee tutkittavien hyvinvointi kuitenkin aina tieteen ja yhteiskunnan edelle. Mikäli tutkimusasetelman takia tutkittavalle on mahdollista koitua haittaa, tulee tutkimukseen pyytää ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta eettinen ennakoarviointilausunto (TENK, i.a.-a). Opinnäytetyön aiheen on arvioitu olevan tarpeeksi epäsensitiivinen perustuen siihen, että aiemmin käytössä olleiden hoitomuotojen lopettaminen tai kehittyminen nykyiseen muotoonsa puhuvat molemmat positiivisen kehityksen puolesta. Myöskään aiheen ei uskottu olevan erityisen sensitiivinen tai aiheuttavan haittaa haastateltaville, koska hoitotyö oli haastateltaville arkipäivää ja heidän toimintansa perustui sen hetkiseen parhaaseen tietotaitoon.

Ennen tutkimuksen aloittamista on tehtävä yhteistyösopimus, jossa sovitaan yhteistyökumppaneiden kanssa tavoitteista, oikeuksista ja velvollisuuksista, jotka sisältävät muun muassa tiedon tutkimuksen aiheesta, aikatauluista, tutkimusaineiston ja -tulosten omistus-

ja käyttöoikeuksista, työn julkisuudesta, aineistojen salassa pidettävyydestä ja luottamuksellisuudesta (TENK, 2023, s. 14). Yhteistyökumppanuuden selkiytyessä ja aihesuunnitelman ollessa valmis yhteistyösopimus solmittiin epävirallisesti sähköpostitse, molempien osapuolten ollessa tyytyväisiä.

Hirsjärven ym. (2007, s. 24–25) mukaan tutkimukseen ei tarvitse erillistä tutkimuslupaa, mikäli haastateltavat ovat tutkijoiden itse hankkimia, haluavat vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseen ja ovat lisäksi täysi-ikäisiä. Koska haastateltavat täyttivät kaikki yllä mainitut kriteerit, opinnäytetyön toteuttamista varten ei tarvinnut hankkia erillistä tutkimuslupaa. Vapaaehtoisen osallistumisen lisäksi haastateltavilla oli oikeus keskeyttää oma osallistumisensa haastatteluihin, missä haastattelun vaiheessa tahansa. Tietoisuus keskeyttämismahdollisuudesta kuuluu tutkimuksen eettisiin periaatteisiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 219).

Ennen haastatteluiden aloittamista haastateltavilta varmistettiin kirjallisella sekä suullisella suostumuksella, että he tiedostavat ja hyväksyvät tietojen keräämisen, keräämiseen käytettävät aineistonkeruumenetelmät sekä aineiston käytön opinnäytetyössä (liite 3). Kirjallisessa suostumuksessa kerrotaan tutkittavalle muun muassa tutkimuksen tavoitteista ja tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetin säilymisestä sekä käytettävistä tutkimusmenetelmistä (Hirsjärvi ym., 2007, s. 24–25). Kirjallisen suostumuksen lisäksi haastateltavat saivat tiedotelomakkeen, joka sisälsi edellä mainittujen tietojen lisäksi pyynnön opinnäytetyöhön osallistumisesta, opinnäytetyön tulosten julkaisuajankohdan sekä opinnäytetyöntekijöiden yhteystiedot (liite 4). Haastateltavat saivat itselleen kopiot molemmista tiedote- sekä suostumuslomakkeista. Suullinen suostumus tallentui nauhoituksiin. Opinnäytetyöprosessin aikana kaikkia haastateltavia huomioitiin yhtäläisesti, ja jokaisella heistä oli yhtä suuri mahdollisuus päästä kertomaan omista kokemuksistaan.

Tutkimukseen osallistujien ihmisoikeuksien kunnioittaminen ja anonymiteetin säilyttäminen läpi tutkimuksen on merkittävä tekijä tutkimuksen eettisyyden kannalta (Hirsjärvi ym., 2007, s. 24–25). Anonymiteetin säilyttämiseksi opinnäytetyössä haastateltavat nimitettiin numeroin ja alkuperäisilmaisujen käytössä huolehdittiin, ettei haastateltavia ole mahdollista tunnistaa niistä. Näiden lisäksi tutkimusmateriaalia hyödynsivät ainoastaan

opinnäytetyöntekijät ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin oikeaoppisesti noudattaen TENKin hyvän tieteellisen käytännön ohjeistusta.

Vilppi vääristää tutkittua tietoa ja harhauttaa tiede- ja tutkimusyhteisöä sekä lukijoita (TENK, 2023, s. 16–17). Tutkimuksessa esiintyvä vilppi voidaan jakaa kolmeen luokkaan; sepittäminen, vääristely ja plagiointi. Sepittäminen tarkoittaa keksittyjen havaintojen, aineistojen tai tulosten esittämistä. Vääristely on havaintojen muuntelua tai esittämistä niin, että tulos vääristyy. Plagioinnilla puolestaan tarkoitetaan toisen tekemän työn kopioimista ja käyttämistä omanaan ilman lupaa tai viittauksia. Opinnäytetyön tulosten raportoinnissa pyrittiin rehellisyyteen, avoimuuteen ja puolueettomuuteen. Lisäksi kaikki työn sisältämä tieto pohjautui lähdeviitteisiin ilman plagiointia. Opinnäytetyö julkaistiin Theseukseen kaikkien halukkaiden saataville eettisyyden ja oikeudenmukaisuuden lisäämiseksi.

9.3 Luotettavuus opinnäytetyössä

Tutkimuksissa käytetään eri luotettavuuden arvioinnin kriteerejä riippuen siitä, onko tutkimus kvantitatiivinen vai kvalitatiivinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 189, 202–204). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioitaessa huomio kiinnittyy muun muassa tutkimuskysymysten, -asetelman ja -metodin selkeyteen sekä näiden perusteluun ja loogisuuteen tutkimuksen tarkoituksen valossa, sopivan otoksen valintaan, asianmukaiseen analyysiin, kontekstin ja tutkimusprosessin kuvaamiseen sekä tutkimuksen rajoitusten selkeään esittämiseen. Näiden lisäksi luotettavuudessa arvioidaan aineiston käyttöä tutkimuksen tukena, eettisiä näkökulmia, uuden tiedon tuottamisen onnistuneisuutta ja tulosten ymmärrettävyyttä sekä tutkimuksen tavoitteiden saavuttamista.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tärkeimpiä kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, vahvistettavuus ja reflektiivisyys (Kylmä & Juvakka, 2007, s. 127–129). Tutkimuksen uskottavuuteen vaikuttaa, kuinka analyysi on toteutettu, ovatko tulokset kuvattu niin selkeästi, että lukija pystyy ymmärtämään ne oikein sekä mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuus vahvistuu, kun tutkimuksesta on nähtävissä tutkijan syvälinen paneutuminen aiheeseen sekä haastateltavien näkökulmiin niiden ymmärtämiseksi. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, missä määrin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin vastaavanlaisiin tutkimusympäristöihin. Tämä vaatii tarkkaa ja seikkaperäistä tietoa ja kuvailua

tutkimusympäristöstä, osallistujista ja niiden valinnasta, aineiston keruusta sekä analyysin toteutuksesta. Onnistuneen vahvistettavuuden ansiosta toisen tutkijan on mahdollista seurata prosessia pääpiirteittäin. Täsmällinen tutkimuksen toistaminen on kuitenkin lähes mahdotonta, koska laadullisessa tutkimuksessa näkyy aina tutkijan oma kädenjälki. Tämän vuoksi vahvistettavuutta pidetäänkin osittain ongelmallisena kriteerinä luotettavuuden arvioinnissa. Reflektiivisyys puolestaan edellyttää tutkijan huolellista itsearviointia omasta toiminnastaan ja ajatuksistaan, kuinka ne ovat saattaneet muokata tai vaikuttaa aineistoon sekä tutkimusprosessiin. Tutkimukseen on tärkeä kuvata nämä tekijät.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan myös usein kuvauksen elävyyden, metodologisen sopivuuden, analyttisen täsmällisyyden sekä teoreettisen loogisuuden kannalta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 199–201). Jotta opinnäytetyön kuvaus saadaan mahdollisimman eläväksi, opinnäytetyöhön tulee kuvata mahdollisimman tarkasti työn vaiheet, haastattelut, haastateltavat sekä tutkimusympäristö. Raportissa esitettävät suorat lainaukset tarjoavat lukijalle mahdollisuuden seurata analyysiä ja arvioida, mihin se on perustunut. Ongelmaksi voi ilmetä käytetyn aineiston yksipuolisuus, epäselvyys sekä heikot havainnointikyvyt. Jotta kuvaus saadaan mahdollisimman eläväksi, tulee raportista saada mahdollisimman luova, rohkea ja rikasteinen. Metodologisessa sopivuudessa arvioidaan, kuinka hyvin tutkija ymmärtää tutkimuksen teoreettiset perusteet ja kuinka asianmukaisesti hän valitsee tutkimusmenetelmänsä. Tämä vaatii tutkijalta syvälistä perehtymistä valitsemiinsa menetelmiin sekä alkuperäislähteiden käyttöä. Tutkijan on myös tärkeä laatia täsmällinen kuvaus valitsemistaan menettelytavoista, analyysin eri vaiheista sekä eettisten kysymysten pohdinnasta. Analyttinen täsmällisyys tarkoittaa analyysiprosessin selkeyttä ja luokitteluiden loogisuutta. Lukijan tulee pystyä seuraamaan luokitteluiden logiikkaa aina loppupäätelmiin asti. Teoreettisen loogisuuden arvioinnissa arvioidaan, onko teoreettinen kokonaisuus perusteltu ja looginen. Tutkimuksessa tulisi saavuttaa tuloksia myös teoreettisella tasolla tutkimusaineistosta saatujen tulosten lisäksi.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin pohtimalla, mitkä asiat ovat lisänneet ja mitkä puolestaan heikentäneet sitä. Opinnäytetyön tekijät ovat ensikertalaisia, jolloin heidän kokemattomuutensa on mahdollista havaita työssä. Erityisesti järjestelmällisyys, luotettavien ja monipuolisten lähteiden käyttö sekä aineiston keruu ovat osa-alueita, joissa kokemattomuus saattaa näkyä. Kokenut tutkija on tietoinen omista ennako-oletuksistaan tutkittavaa

ilmiötä kohtaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 202). Itsetietoisuuden lisäksi hän pyrkii toteuttamaan tutkimuksen niin, etteivät nämä ennakko-oletukset vaikuttaisi tai ohjaisi tutkimusta. Esimerkiksi tutkijan omat ennakko-oletukset saattavat ohjata haastattelutilannetta, jolloin aineisto vääristyy. Tämä vaikuttaa tutkimustuloksiin väärentävästi ja on täten tutkimuseettisesti väärin.

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan heikentäneen myös resurssien puutteellisuus. Koska opinnäytetyö on suhteellisen kapea tutkimus, on tutkimusaluetta rajattava runsaasti. Myös henkilökohtaiset resurssit sekä aikarajoitteet vaikuttivat opinnäytetyön toteutukseen. Aihe itsessään olisi huomattavasti laajempi ja monialaisempi kokonaisuus, kuin mitä opinnäytetyönä on mahdollista toteuttaa. Aikarajoitteiden vuoksi haastatteluiden kysymysten esitestaamista ei ollut mahdollista toteuttaa. Esitestaamista pidetään kuitenkin yleisesti merkittävänä tutkimuksen luotettavuutta lisäävänä tekijänä (Hirsijärvi & Hurme, 2022). Esitestauksessa tutkija voi esimerkiksi harjoitella kysymysten kysymistä etukäteen ja samalla tarkistaa teknisen välineistön toimivuuden.

Kylmän ja Juvakan (2007, s. 128) mukaan tutkijan tulee varmistaa tutkimukseen osallistujilta, että tutkimustulokset vastaavat heidän käsityksiään tutkimuskohteesta. Tällöin heitä yleensä pyydetään arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, s. 201) kuitenkin painottavat, että tulee muistaa haastateltavien ja tutkijoiden olevan eri roolissa tutkimuksen suhteen. Haastateltavat kertovat omista kokemuksistaan, kun taas tutkija tarkastelee tutkimusta teoreettisten käsitteiden kautta tavoitteena luoda teoreettinen kokonaisuus. Tästä syystä sekä resurssien vähäisyyden vuoksi haastateltavat eivät siten ole nähneet tutkimustuloksia ennakkoon. Tämä tulee ottaa huomioon arvioitaessa opinnäytetyön luotettavuutta. Lisäksi tulee arvioida, ovatko opinnäytetyön toteuttaneiden omat tulkinnat, tahattomat ennakko-oletukset tai kokemattomuus voineet vaikuttaneet tuloksiin.

Opinnäytetyön aiheen sensitiivisyyttä on hyvä ajatella, kun pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa haastattelevilta on saatu. Vaikka opinnäytetyö oli täysin vapaaehtoinen sekä anonymi, voi olla, etteivät kaikki haastateltavat ole halunneet avata asioita yhtä avoimesti kuin toiset. Tämä tulkinta jää ainoastaan haastattelutilanteessa ilmenneen elekielen ja haastattelijoiden intuition varaan.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää opinnäytetyön toteutus -kappaleessa tarkoin ja yksityiskohtaisesti kuvattu tutkimusprosessi, jolla pyrittiin saamaan työhön lisää läpinäkyvyyttä. Läpinäkyvyyden lisäksi tärkeässä roolissa on haastateltavien määrä eli otos ja laatu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 110). Otoksen on oltava tarpeeksi suuri, jotta tutkimuksesta saadaan laadukas, edustava ja yleistettävä. Opinnäytetyön laajuuteen nähden otos oli riittävän suuri, sillä haastatteluissa oli havaittavissa saturaatiota. Saturoitumisella tarkoitetaan aineiston kylläntymistä (mts. 110). Tässä vaiheessa uudet osallistujat eivät enää tuota uusia näkökulmia aineistoon. Opinnäytetyön aineiston nopean saturoitumisen arvioitiin johtuvan haastattelukysymysten luonteesta ja tutkimusaiheen rajauksesta maantieteellisesti pienelle alueelle.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta saadaan lisäämällä haastateltavien suoria lainauksia litteroiduista haastatteluteksteistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 198). Suorien lainauksien lisääminen antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida, kuinka lopulliseen tutkimustulokseen on päädytty. On kuitenkin muistettava, että liiallinen suorien lainauksien käyttö saattaa kertoa tutkimuksen jäsentymättömästä analyysistä. Lisäksi on huomioitava anonymiteetin säilyminen suorien lainauksien käytössä.

Useimmiten kvalitatiivista tutkimusta toteuttaa vain yksi tutkija, jolloin hän saattaa tulla herkästi sokeaksi omalle tutkimukselleen ja täten päätyä virhepäätelmään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 197). Virhepäätelmään päädytään usein tutkimuksen aineiston analysointivaiheessa, koska analyysimenetelmät vaativat tutkijan omaa tulkintaa. Opinnäytetyössä virhepäätelmän mahdollisuutta pystyttiin vähentämään tutkijatriangulaatiolla. Tutkijatriangulaatiossa yhdistetään kahden tai useamman tutkijan eri näkökulmia, asiantuntemusta sekä tulkintaa (mts. 76). Koska koko opinnäytetyö toteutettiin yhdessä, eikä siitä ole jaettu tiettyjä osa-alueita vain toiselle tekijälle, vaikuttaa tutkijatriangulaatio koko työn ajan. Tutkijatriangulaation avulla opinnäytetyön luotettavuus lisääntyy (mts. 76).

9.4 Jatkotutkimusehdotuksia hoitotyön kehittämisen näkökulmasta

Tämän opinnäytetyön tulokset tarjoavat arvokasta tietoa psykiatrisen hoitotyön historiasta Etelä-Pohjanmaalla hoitajien kokemusten kautta. Samalla ne herättävät ajatuksia siitä,

mihin suuntaan mielenterveystyötä voitaisiin jatkossa kehittää, jotta hoito olisi entistä parempaa. Opinnäytetyön myötä mieleen heräsi erilaisia mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia.

Ensimmäinen jatkotutkimusaihe voisi keskittyä työhyvinvointiin psykiatrisessa hoitotyössä ennen ja nyt. Tämä näkökulma nousi epäsuorasti esiin myös tässä opinnäytetyössä, kun haastateltavat kuvasivat työtään kuormittavissa oloissa ja vaihtelevin resurssein. Vertailututkimus menneisyyden ja nykyhetken välillä voisi tarjota arvokasta ymmärrystä siitä, millä tavoin työn vaativuus, hoitajien jaksaminen ja saatavilla oleva tuki ovat kehittyneet vuosien varrella.

Toinen tärkeä jatkotutkimusaihe voisi olla täydennyskoulutuksen merkitys psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrinen hoitotyö edellyttää jatkuvaa osaamisen päivittämistä esimerkiksi traumatietoisuuden työtteen, neuropsykiatristen häiriöiden tai itsetuhoisuuden kohtaamisen suhteen. Lisäksi aihe on tärkeä, sillä kuten historiasta nähdään, hoitomuodot ovat kehittyneet jatkuvasti, mikä edellyttää myös hoitajilta jatkuvaa ammatillista kehittymistä ja koulutusta. Jatkotutkimus voisi kartoittaa, millaisia koulutustarpeita hoitajilla on ja miten täydennyskoulutus voitaisiin toteuttaa käytännönläheisesti ja vaikuttavasti.

Kolmas aihe liittyy hoidon kirjaamiseen. Psykiatrisen hoitotyön kirjaamisen kehitys ja sen vaikutus hoidon laatuun on aihe, joka korostuu entisestään sähköisten järjestelmien ja potilasturvallisuuden aikakaudella. Jatkotutkimuksessa voisi tarkastella, miten kirjaamiskäytännöt ovat muuttuneet ajan saatossa ja millaisia vaikutuksia niillä on ollut esimerkiksi hoidon suunnitteluun ja jatkuvuuteen sekä potilaan kohtaamiseen arjessa.

Yhteistä näille jatkotutkimusaiheille on se, että ne kytkeytyvät tiiviisti psykiatrisen hoitotyön arkeen ja laatuun. Ne voisivat tarjota konkreettista tietoa siitä, miten psykiatrista hoitotyötä voitaisiin kehittää entistä inhimillisemmäksi, turvallisemmaksi ja ammattilaisten näkökulmasta kestävämmän toteutettavaksi.

LÄHTEET

- Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290–294. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3354400/>
- Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Kotila, J., Korhonen, A., Meretoja, R., & Suutarla, A. (2016). *Sairaanhoitajien uudet työnkuvat: Laatusuorituksen toteutuminen sote-palveluissa*. Suomen Sairaanhoitajaliitto. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), 215–225. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (i.a.). *Sosiaali- ja terveyskeskuksen/terveysaseman vaihtaminen*. <https://www.hyvaep.fi/tietoa-ja-ohjeita/sote-keskuksen-terveysaseman-vaihtaminen/>
- Fimea. (3.4.2019). *Kuvaus terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja pitkäaikaissairaanhoidon roolista lääkehoitoprosessissa*. <https://fimea.fi/documents/147152901/159465581/Kuvaus%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6iden%20ja%20pitk%C3%A4aikaissairaanhoidon%20roolista%20l%C3%A4kehoitoprosessissa.pdf>
- Haho, A. (2006). *Hoitamisen olemus* [väitöskirja, Oulun yliopisto]. OuluRepo. <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/35488/isbn951-42-8259-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Heikkinen, E., & Pälvimäki, E.-P. (2008). Neuromodulaatio. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 124(20), 2392–2398. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97585>
- Herva, R. (2013). Lobotomia oli oman aikansa tuote. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 129(14), 1499–1501. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11117>
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2022). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö* (2. p.). Gaudeamus.

- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita* (13. osin uudistettu painos; E. Sinivuori, kuvit.). Tammi.
- Hirvonen, H. (2014). *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä* [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepo. <https://erepo.uef.fi/server/api/core/bitstreams/4d377400-3b44-4461-a775-e2c0b0b00867/content>
- Hyvönen, J. (2003). Kulttuurin ja vallan aallokossa. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 119(23), 2369–2371. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93940>
- Hyvönen, J. (2008). Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta [väitöskirja, Kuopion yliopisto]. UEF eRepo. <https://erepo.uef.fi/server/api/core/bitstreams/ad1a5d2e-d735-46ef-9fdf-7eb90bc61b75/content>
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Shubert, C., & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö* (5. uud.p.). Sanoma Pro.
- Isohanni, M., Nieminen, P., Moring, J., Pyllkkänen, K., Winblad, I., & Spalding, M. (1992). Tahdosta riippumaton hoito: Vapaudenriistoa vai välttämätöntä hoitoa? *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 108(2), 148-. <https://www.duodecimlehti.fi/duo20032>
- Isometsä, E. (8.1.2020a). *Aivojen tasavirtastimulaatio (tDCS) depression akuuttihoidossa* (Käypä hoito -suositus). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09363>
- Isometsä, E. (8.1.2020b). *Ketamiini-infuusio lääkeresistentin depression hoidossa* (Käypä hoito -suositus). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak08360>
- Jüriloo, A. (14.3.2024). Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). *Tutkimus hoitotieteessä* (3. uud. p.). Sanoma Pro.
- Kinnunen, L. (1964). *Mielisairaanhoido*. WSOY.
- Komulainen, J., Lehtonen, J., & Mäkelä, M. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja: Suomalainen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät koodit*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-549-9>
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Edita.

- Laalo, M. (2020). *Vastauskadon korjausmenetelmien tarkastelu lumipallo-otanta-aineistossa*. Helsingin yliopisto. <http://hdl.handle.net/10138/323796>
- Lehtonen, J., & Lönnqvist, J. (i.a.). *Psykiatria ja mielenterveys*. Duodecim. https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf
- Lindström, U. Å. (1988). *Psykiatrisen hoito-opin perusteet*. Karisto.
- Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue. (i.a.). *Perustason osastohoito*. <https://www.luvn.fi/fi/palvelut/perustason-osastohoito>
- Lyon, S. (5.3.2024). What to expect from a mental health occupational therapist. *Verywell mind*. <https://www.verywellmind.com/what-to-expect-from-a-mental-health-ot-2509980>
- Meskanen, K. (7.9.2022). Ahmintahäiriö (BED). *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00819>
- Meskanen, K. (18.9.2024). *Termit itsehoito ja omahoito* (Käypä hoito -suositus). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix03443>
- Mielenterveyslaki 1116/1990a. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901116#Lidm46263582968432>
- Mielenterveyslaki 1116/1990b. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1990/1116>
- Mielenterveystalo. (i.a.-a). *Aivojen magneettistimulaatio*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/aivojen-magneettistimulaatio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-b). *Aivojen sähköhoito*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/masennus/aivojen-sahkohoito>
- Mielenterveystalo. (i.a.-c). *Avohoito mielenterveyshäiriössä*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/avohoito-mielenterveyshairioissa>
- Mielenterveystalo. (i.a.-d). *F25 Skitsoaffektiivinen häiriö*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f25-skitsoaffektiivinen-hairio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-e). *F29 Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f29-maarittamaton-ei-elimellinen-psykoottinen-hairio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-f). *F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f31-kaksisuuntainen-mielialahairio>

- Mielenterveystalo. (i.a.-g). *F32-33 Masennustila*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f32-33-masennustila>
- Mielenterveystalo. (i.a.-h). *F40.1 Sosiaalisten tilanteiden pelko*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f401-sosiaalisten-tilanteiden-pelko>
- Mielenterveystalo. (i.a.-i). *F41 Paniikkihäiriö*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f41-paniikkihairio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-j). *F41.1 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f411-yleistynyt-ahdistuneisuushairio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-k). *F42 Pakko-oireinen häiriö*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f42-pakko-oireinen-hairio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-l). *F50.2 Ahmimishäiriö (Bulimia nervosa)*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f502-ahmimishairio-bulimia-nervosa>
- Mielenterveystalo. (i.a.-m). *F60.3 Tunne-elämältään epävakaata persoonallisuus*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f603-tunne-elamaltaan-epavakaa-persoonallisuus>
- Mielenterveystalo. (i.a.-n). *F60.8 Muu persoonallisuushäiriö*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/f608-muu-persoonallisuushairio>
- Mielenterveystalo. (i.a.-o). *Keskusteluhoidot mielenterveyshäiriöissä*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/keskusteluhoidot-mielenterveyshairioissa>
- Mielenterveystalo. (i.a.-p). *Lääkehoito mielenterveyshäiriöissä*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/laakehoito-mielenterveyshairioissa>
- Mielenterveystalo. (i.a.-q). *Muut terapiamuodot*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/terapia/muut-terapiamuodot>
- Mielenterveystalo. (i.a.-r). *Omahoito-ohjelmat*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveyspalvelut/omahoito-ohjelmat>
- Mielenterveystalo. (i.a.-s). *Osastohoito mielenterveyshäiriössä*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/osastohoito-mielenterveyshairioissa>
- Mielenterveystalo. (i.a.-t). *Psykiatrinen hoito*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/psykiatrinen-hoito>
- Mielenterveystalo. (i.a.-u). *Ryhmähoito mielenterveyshäiriöissä*.
<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/ryhmahoito-mielenterveyshairioissa>

- Mielenterveystalo. (i.a.-v). *Vertaistuki ja järjestöt mielenterveyden tukena*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/vertaistuki-ja-jarjestot-mielenterveyden-tukena>
- Mieli. (i.a.-a). *Ketkä tekevät mielenterveystyötä?* <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/ketka-tekevat-mielenterveystyota/>
- Mieli. (i.a.-b). *Mielenterveyspalvelut*. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>
- Mieli. (i.a.-c). *Päihderiippuvuus vaikuttaa koko elämään*. <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/paihderiippuvuus-vaikuttaa-koko-elamaan/>
- Mieli. (i.a.-d). *Tilastotietoa mielenterveydestä*. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveyden-tukena/>
- Mielisairaslaki 187/1952. <https://www.eduskunta.fi/pdf/saadokset/187-1952.pdf>
- M-talo. (i.a.). <https://www.mtalo.fi/>
- Nyrhinen, M. (29.7.2022) Seinäjoen Sairaalamuseossa paljastuu mielenterveyden hoitohistoria. *Kulttuuritoimitus*. <https://kulttuuritoimitus.fi/artikkelit/artikkelit-museot/seinajoen-sairaalamuseossa-paljastuu-mielenterveyden-hoitohistoria/>
- Palveluvalikoima. (2024). Palveluvalikoima, kokous 12.6.2024, *Valmistelumuistio palveluvalikoimaneuvoston suositukseen: Transkraniaalinen sarjamagneettistimulaatio (rTMS) ja aivojen tasavirtastimulaatio (tDCS) lääkeresistentin masennuksen hoidossa*. https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/214702673/Valmistelumuistio_TMS_tDCS_laakeresistentti_masennus..pdf/f2399981-bd86-5b6d-159c-0fc91c84e1e1/Valmistelumuistio_TMS_tDCS_laakeresistentti_masennus..pdf?t=1718878390186&utm_source
- Partonen, T. (2.5.2023). *Kaamosmasennus. Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00377#s2>
- Pelkonen, I., & Linnaranta, O. (2023). *Mielenterveyspalveluiden täydentäminen teknologian avulla*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ohjaus 18/2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147957/URN_ISBN_978-952-408-233-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pietikäinen, P. (2013a). *Hulluuden historia*. Gaudeamus.
- Pietikäinen, P. (2013b). *Kipeät sielut - hulluuden historia Suomessa*. Gaudeamus.
- Piiri. (i.a.). *Paikka Seinäjoen historiassa*. <https://piirille.fi/>

- Pirkola, S. (2020). *Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 135(16), 1763–1764 <https://www.duodecimlehti.fi/duo15737>
- Rapila, A. (1973). *Törnävän sairaala 1923–1973*. Gummerus.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S., & Paavilainen, E. (2013). *Tutkimuksen voimasanat*. Sanoma Pro.
- Rovasalo, A. (18.4.2023b). Psykoosi. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411>
- Rovasalo, A. (12.12.2023a). Persoonallisuushäiriöt. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>
- Rovasalo, A. (24.8.2024). Harhaluuloisuushäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00373>
- Rovasalo, A. (5.2.2025). Skitsofrenia. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>
- Silén, Y. (1.4.2021). Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111>
- Silén, Y. (1.4.2022). Syömishäiriöt. *Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01320>
- Suomen Sairaanhoidajat. (i.a.). *Sairaanhoidajan monet eri urapolut*. <https://sairaanhoidajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/sairaanhoidajan-monet-eri-urapolut/>
- Salminen, V. (2011). Lobotomia psykiatrisena hoitomuotona Suomessa. *Historiallinen Aikakauskirja*, 109(1), 48–59. <https://doi.org/10.54331/haik.139759>
- Salokangas, R. (2008). Älä unohda vanhoja psyykenlääkkeitä. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 124(3), 212–214. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97020>
- Schwartz, M., & Shockley, E. (1976). *Sairaanhoidaja ja psykiatrinen potilas*. WSOY.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.-a). *Mielenterveyden hoito*. <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.-b). *Sairaalat ja erikoissairaanhoido*.
<https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (i.a.-c). *Terveydenpalvelut*. <https://stm.fi/terveydenpalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (28.3.2024). *Digitaalisten terveydenpalvelujen käytöstä ja vaikuttavuudesta uusi tutkimushanke*. <https://stm.fi/-/digitaalisten-terveydenpalvelujen-kaytosta-ja-vaikuttavuudesta-uusi-tutkimushanke>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n, & Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. (25.9.2024). *Ahdistuneisuushäiriöt* (Käypä hoito -suositus). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119?tab=suositus>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrisen jaoksen asettama työryhmä (12.12.2018). *Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret)* (Käypä hoito -suositus). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/kht00135>

Syvöja, P., & Äijälä O. (2009). *Hoidon tarpeen arviointi*. Tammi.

Taiminen, T. (2017). *Ketamiini masennuksen hoitona*. *Duodecim: Lääketieteellinen aikakauskirja*, 133(1), 52–60. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13478>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-a). *Hoidon porrastus aikuispsykiatriassa*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/hoidon-porrastus-aikuispsykiatriassa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-b). *Kansallinen mielenterveysstrategia*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-c). *Mielenterveyspalvelut*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-d). *Mielenterveys- tutkimukset ja hankkeet*. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/tutkimukset-ja-hankkeet-aiheittain/mielenterveys-tutkimukset-ja-hankkeet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-e). *Nuorten mielenterveyshäiriöt*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-f). *Psykoedukaatio*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja-hyvinvointi/maahanmuuttaneiden-mielenterveys/maahanmuuttaneiden-mielenterveyden-edistaminen/psykoedukaatio>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-g). *Terapeuttiset menetelmät ja terapiapalvelut*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/terapeuttiset-menetelmat-ja-terapiapalvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (i.a.-h). *Työikäisten mielen hyvinvointi*. Haettu 7.4.2025. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/tyoikaisten-mielen-hyvinvointi>
- Terveyskirjasto. (12.5.2022). *Mielenterveyden häiriöitä. Lääkärikirja Duodecim*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>
- Terveyskylä. (i.a.). *Mitä on vertaistuki?* Haettu 7.4.2025. <https://www.terveyskyla.fi/vertaistalo/tietoa-vertaistuesta/mita-on-vertaistuki>
- Terveystalo. (i.a.-a). *Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT, CBT)*. <https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/kognitiivinen-kayttaytymisterapia-kkt-cbt>
- Terveystalo. (i.a.-b). *Kriisi- ja traumapsykoterapia*. <https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/kriisi-ja-traumapsykoterapia>
- Terveystalo. (i.a.-c). *Psykiatrinen sairaanhoitaja*. <https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/psykiatrinen-sairaanhoitaja>
- Tuomi, J., & Sarajarvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Tuominen, H. (5.7.2024). *Sairaalamuseolla on karmaiseva historia*. Jälkipeli.net. <https://www.jalkipeli.net/sairaalamuseolla-on-karmaiseva-historia/>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (i.a.-a). *Eettinen ennakoarviointi*. Haettu 17.4.2025. <https://tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (i.a.-b). *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. Haettu 17.4.2025. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Väliaho, H. (2018). *Törnävän piirimielisairaala-alueen matka elinvoimaiseksi kulttuuriympäristöksi Seinäjoella* [opinnäytetyö, Seinäjoen ammattikorkeakoulu].
Theseus <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018121221099>

World Health Organization (WHO). (i.a.). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD)*.
<https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

LIITTEET

Liite 1. Puolistrukturoidun haastattelun runko

Liite 2. Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 4. Tiedote tutkimuksesta

Liite 1. Puolistrukturoidun haastattelun runko

Haastattelun teemat:

1. Millaista psykiatrinen hoitotyö on ollut sinun urasi alkuaikoina?

- Millaisissa tiloissa hoitoja toteutettiin? Huomioitiinko potilaiden yksityisyys?
- Liittyikö toimenpiteisiin paljon erilaisia välineistöä?
- Oliko työskentelyssä huomioitu eettisyys?

2. Millaista potilaan kohtaaminen on ollut aiemmin?

- Kohdattiinko potilaat tasa-arvoisina yksilöinä vai sairauden kautta?
- Ohjattiinko potilasta tulevasta hoidosta tai hoidon aikana?
- Huomioitiinko potilaan kipu toimenpiteiden aikana?

3. Millaisia hoitokeinoja on käytetty?

- Toteutuiko hoitokeinoissa potilaan hoitotahto?
- Kuinka fyysisiä hoitokeinot olivat?

4. Kertoisitko yleisesti työkokemuksistasi mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden kanssa?

- Kohtasiko mielisairaanhoitaja ennakkoluuloja muilta ihmisiltä työnkuvaan liittyen?
- Oliko työnkuva samantyylistä, mitä elokuvat, pelit ja vastaavat antavat olettaa?

Liite 2. Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistys | Alaluokka | Yläluokka |
|--|--|---|--|
| Kyllä niissä kärjistetään niin ettei se ... anna siis ihan selaista oikeaa ... kuvaa. (H4) | Elokuvilla kärjitetään (H4) | Yhteisössä vallitsi ennakkoluuloja hoitotyötä kohtaan | Kohtaamisen kulttuuri ollut ristiriitaista psykiatriassa hoitotyössä |
| Hän luuli, että minulla on ase töissä. (H1) | Oletettiin, että töissä on ase mukana (H1) | | |
| Retkiä tehtiin, lähinnä opistolla käytiin pelaamassa lentopalloa. Kuusikymmentäluvulla varmaan Lapissa käytiin. (H1) | Potilaiden kanssa tehty retkiä (H1) | Hoitoyhteisön merkitys korostui potilaan arjessa | |
| Piti meitä yhtenä perheenä. (H3) | Potilaat pitivät yhteisöä perheenä (H3) | | |

Liite 3. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: Psykiatrisen hoidon kehittyminen Etelä-Pohjanmaalla

Tutkimuksen toteuttaja: Seinäjoen ammattikorkeakoulu (SEAMK)

Jenna Luoma: 040 4120301, jenna.luoma@seamk.fi

Veera Toppinen: 040 7186445, veera.toppinen@seamk.fi

Opinnäytetyön ohjaaja: Minna Laitila, 040 8300383, minna.laitila@seamk.fi

Minä "tutkittavan nimi" ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Minua ei ole painostettu tai houkuteltu osallistumaan tutkimukseen. Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauksista ei muodostu henkilörekisteriä. Olen tietoinen tutkimuksen tarkoituksista ja mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen tutkimukseen milloin tahansa. Mikäli päätän keskeyttää tutkimuksen, ymmärrän, että siihen asti kerättyjä tietoja voidaan käyttää yhä tutkimuksessa. Annan luvan käyttää vastauksia tutkimustarkoituksiin.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja hyväksyn edellä mainitut ehdot.

Allekirjoitus:

Nimenselvennys:

Liite 4. Tiedote tutkimuksesta

1. Pyyntö osallistua tutkimukseen

Oheisessa tiedotteessa pyydämme teitä ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyömme haastattelututkimukseen, jossa tutkimme psykiatrisen hoidon kehitystä Etelä-Pohjanmaalla, Törnävän sairaalan sairaanhoitajien kokemana. Täten pyydämme teitä lukemaan tiedotteen ajatuksella, sillä se avaa opinnäytetyötä ja teidän osuuttanne siinä.

2. Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauksista ei muodostu henkilörekisteriä. Haastateltava saa tutkimustiedotteen, jossa kerrotaan muun muassa tutkimuksen tarkoitus sekä tavoite. Tutkimukseen osallistuminen on mahdollista keskeyttää milloin tahansa. Mikäli haastateltava päättää keskeyttää osallistumisensa, siihen asti kerättyjä tietoja voidaan käyttää tutkimuksessa.

3. Saatekirje

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda hoitajien tietoisuuteen psykiatrisen hoidon historia ja sen kehittyminen vuosien varrella. Opinnäytetyö lisää käsitystä aikaisemmista hoitomuodoista ja niiden epäeettisyydestä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on syventää käsitystä psykiatrisen hoidon historiasta ja laajentaa hoitajien eettistä näkökulmaa psykiatrista hoitoa ja sitä saaneita potilaita kohtaan.

Tutkimus etsii vastausta kysymykseen, kuinka psykiatrinen hoitotyö on kehittynyt mielisairaanhoitajien näkökulmasta. Haastattelussa käsittelemme alla olevia aiheita.

4. Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimuksen toteuttajina toimivat Jenna Luoma ja Veera Toppinen, jotka opiskelevat Seinäjoen ammattikorkeakoulussa. Tutkintonimikkeenä toimii sairaanhoitaja. Tutkimus toteutetaan osana sairaanhoitajaopintoja sekä SEAMK:n kirjallisten ohjeiden mukaisesti.

5. Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmänä käytetään puolistrukturoitua yksilöhaastattelua ja parihaastattelua. Haastateltavat valikoituvat eliittiotantana. Tutkimuksessa haastatellaan kuutta Törnävän sairaalassa työskennellyttä sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutetaan Törnävän Sairaalamuseon tiloissa samalla hyödyntäen visuaalista välineistöä; mm. vaatteita ja instrumentteja. Haastatteluiden on arvioitu kestävän noin 1–1,5 h per haastateltava. Päivässä haastatellaan 2–3 osallistujaa. Haastattelut äänitetään ja litteroidaan auki, jonka jälkeen aineistosta muodostetaan analyysi.

6. Tutkimustuloksista tiedottaminen

Opinnäytetyö ja haastatteluiden tulokset ja analyysit tulevat julkiseksi Theseus -tietokantaan keväällä 2025, josta tutkimuksen voi käydä lukemassa.

7. Lisätiedot

Jos teille herää kysymyksiä tutkimukseen liittyen, olettehan yhteyksissä meihin sähköpostitse tai puhelimitse.

8. Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija/opinnäytetyötekijä

Nimi: Jenna Luoma

Puh: 040 4120301

Sähköposti: jenna.luoma@seamk.fi

Tutkija/opinnäytetyötekijä

Nimi: Veera Toppinen

Puh: 040 7186445

Sähköposti: veera.toppinen@seamk.fi

Tutkimuksesta vastaa/opinnäytetyön ohjaaja

Titteli: Lehtori

Nimi: Minna Laitila

Seinäjoen ammattikorkeakoulu (SEAMK)

Puh: 040 8300383

Sähköposti: minna.laitila@seamk.fi