

Veera Laukkanen

HOITOMENETELMIEN MUUTOKSET HARJAVALLAN  
SAIRAALASSA

Hoitotyön koulutusohjelma  
2012

## HOITOMENETELMIEN MUUTOKSET HARJAVALLAN SAIRAALASSA

Laukkanen Veera  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Tammikuu 2012  
Ohjaaja: Tuliniemi Eija, Myllymaa Tapio  
Sivumäärä: 34  
Liitteitä: 1

Avainsanat: Psykiatria, Hoitomenetelmät, Historia, Harjavallan sairaala

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Harjavallan sairaalassa käytettyjä psykiatrisia hoitomenetelmiä. Valmis tutkimus luovutettiin Harjavallan sairaalan perinneyhdistys Josefinalle. Tutkimusta hyödynnettäessä he saavat selkeämmän kuvan käytetyistä hoitomenetelmistä ja niiden muutoksista sairaalan historiassa.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Josefina-yhdistyksen keräämiä haastatteluja Harjavallan sairaalan, jo eläkkeellä olevilta, työntekijöiltä. Tämän tutkimuksen aineiston analyysi on teoriapohjaista ja aineiston analyysissä mallina käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysia.

Tutkimuksen tuloksina löytyi Harjavallan sairaalassa käytettyjä hoitomenetelmiä aineiston analyysin perusteella yhdeksän kappaletta. Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä Harjavallan sairaalan olleen historian aikana hoitomenetelmien kehityksessä hyvin mukana. Sairaala on kulkenut psykiatrian kehityksen mukana, joka ajoittain on ollut varsin epäinhimillistäkin.

# CHANGES IN THE PSYCHIATRIC TREATMENTS USED IN THE HOSPITAL OF HARJAVALTA

Laukkanen Veera  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme in nursing  
January 2012  
Supervisor: Tuliniemi Eija, Myllymaa Tapio  
Number of pages: 34  
Appendices: 1

Keywords: Psychiatry, Cure, History, Hospital of Harjavalta

---

The purpose of this thesis was to study psychiatric treatments used in the Hospital of Harjavalta. The completed thesis was handed over to the hospitals tradition association Josefina. The objective of this thesis was to deepen the personnel's knowledge about the use of different treatments in mental health care and clarify the changes in treatments through the history of Harjavalta Hospital.

The studied data was collected from the interviews conducted by the tradition association Josefina. The association had interviewed former retired employees of Harjavalta Hospital. The study is based partly on theory and the data is based to those interviews. The method of the thesis was systematic literature review. The data were studied through, summarized, reduced and finally analysed with inductive content analysis.

According to the data used in this study one can find nine different psychiatric treatments used in the Hospital of Harjavalta. These findings also show that Harjavalta Hospital's participation in the development of treatments in mental healthcare has been indisputable. However the development of those treatments has sometimes been even inhuman.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	PSYKIATRIAN HISTORIAA.....	6
3	PSYKIATRIASSA KÄYTETYT HOITOMENETELMÄT.....	8
2.1	Kestonarkoosi .....	9
2.2	Malariahoito.....	10
2.3	Insuliinishokkihoito .....	10
2.4	Lobotomia.....	11
2.5	Kylpy- ja kiedehoidot .....	13
2.6	Sähköshokkihoito.....	13
2.7	Eristyshoito .....	15
2.8	Lääkehoito .....	16
2.9	Toiminnalliset terapiat .....	16
4	HARJAVALLAN SAIRAALAN HISTORIA.....	17
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	20
6	TUTKIMUSMETODIIKKA.....	20
6.1	Historiantutkimus.....	20
6.2	Laadullinen tutkimus .....	21
6.3	Aineistoanalyysi.....	23
6.4	Tutkimuksen eettisyys .....	24
6.5	Tutkimuksen luotettavuus.....	25
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	26
7.1	Työterapian ja askartelun merkitys psykiatrisessa hoidossa.....	26
7.2	Kylpy- ja kiedehoidon epäinhimillisyyt .....	27
7.3	Kestonarkoosi rauhoitti potilaan nukuttamalla .....	28
7.4	Peräruiskehoidon käyttäminen levottomien potilaiden hoidossa.....	28
7.5	Insuliinishokin käyttö hoitomenetelmänä.....	29
7.6	Sähköhoito oli yksi suosituimmista hoitomenetelmistä.....	29
7.7	Eristyshoidon tarve oli suuri ennen uusien lääkkeiden tuloa.....	30
7.8	Lääkehoidon kehitys ja vaikutus potilaan kokonaishoitoon .....	30
7.9	Ryhmäterapiat osaksi potilaiden hoitoa.....	31
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	32
	LÄHTEET.....	33
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Psykiatriassa on ollut nykynäkemyksen mukaan verrattain outoja, mutta aikanaan moderneina ja tehokkaina pidettyjä hoitomenetelmiä. Psykiatrian hoitomenetelmät kiihdyttävät sekä kiehtovat yleensä tavallista enemmän mieliä, koska kyseessä on ollut puuttumista ihmisten tahtoon, vapauteen ja myös vaikuttamisesta aivojen fyysiseen toimintaan. Kärjistyneimmillään on ollut kyse ihmisarvosta, olemassaolon oikeutuksesta ja ihmisyydestä. (Elomaa & Taipale 1996, 3.)

Psykiatrian kehityksessä on ajan saatossa ollut monta merkittävää keksintöä sekä Suomessa että maailmalla. Nykyaikainen psykiatria on tieteelliseen tietoon ja parhaisiin kliinisiin käytäntöihin perustuvaa sekä eettisesti asianmukaista toimintaa potilaiden hyväksi. Psykiatria on siirtynyt eristäytyneisyydestä väestön keskuuteen ja samalla osaksi muuta terveydenhuoltoa. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2009, 25.)

Tässä tutkimuksessa tutkittiin psykiatristen hoitomenetelmien muutosta Harjavallan sairaalassa. Tutkimus sai alkunsa Harjavallan sairaalan Josefina-yhdistyksen pyynnöstä tutkia Harjavallan sairaalan historiaa, josta valittiin osuudekseni hoitomenetelmien muutokset.

Tutkimuksessa käytettiin Harjavallan sairaalan Josefina-yhdistyksen keräämää aineistoa, joka sisältää jo eläkkeellä olevien Harjavallan sairaalan työntekijöiden haastatteluja.

Tarkoitukseni on tutkia mitä psykiatrisia hoitomenetelmiä Harjavallan sairaalassa on käytetty ja miten ne ovat mahdollisesti muuttuneet. Käytetty aineisto oli laaja ja rajauksena toimii hyvin pysyminen ainoastaan hoitomenetelmissä.

## 2 PSYKIATRIAN HISTORIAA

Psykiatrian historiassa on aikanaan koettu monta vallankumouksellista vaihetta. Psykkisiä sairauksia on muinaisina aikoina pidetty pahojen henkien aikaansaamina. Psykkisesti sairaat olivat pitkään hoidollisesti täysin heitteillä. Heitä kiusattiin, vainottiin, suljettiin vankiloihin, hirtettiin rikollisina ja poltettiin noitina roviolla. Ainoa mahdollisuus saada jotenkin inhimilliset olosuhteet mielisairaille tarjoutui luostarilaitosten yhteydessä. Vasta noin 200 vuotta sitten on alkanut esiintyä osittain huimaavimpia hoitomenetelmiä ja asennoitumista psykkisesti sairaita kohtaan. (Achte & Tamminen 1998, 10; Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2005, 9.)

Sigmund Freud kehitti noin sata vuotta sitten ajatuksensa psykkisistä häiriöistä ja niin sai alkunsa psykoanalyysi ja psykoanalyttisen psykoterapian vallankumouksellinen aika, joka pitkään oli ollut keskeisin mielenkiinnon lähde psykiatriassa. (Achte & Tamminen 1998, 10.)

Psykiatrisen lääkehoidon, psykofarmakologinen vallankumous alkoi 1950-luvulla, jolloin keksittiin varsinaiset ensimmäiset spesifiset psyykenlääkkeet. Ensimmäiset varsinaiset neuroleptit tulivat käyttöön 1950-luvulla ja saman vuosikymmenen lopulla ahdistuslääkkeet, bentsodiatsepiinit ja ensimmäiset masennuslääkkeet. Muutos aikaisempaan oli huomattava, koska aiemmin psyykenlääkkeinä oli voitu käyttää ainoastaan alkoholia, oopiumia, morfiinia tai kloraalihydraattia. Myös barbituraatteja, paraldehydiä ja kloraalia käytettiin. Kokaiinia kokeiltiin psyykelääkkeenä jonkin verran. Insuliini- ja sähköshokkihoitoa käytettiin 1930-luvulta lähtien. (Achte & Tamminen 1998, 10.)

Psykiatrian hoitopaikkojen historiassa tiedetään ainakin Turussa olleen jo vuonna 1355 Pyhän Yrjänän hospitaali ja vuonna 1369 Pyhän Hengen huone. Näillä laitoksilla oli ajoittainen yhteinen hallinto ja ainakin Pyhän Hengen huoneessa on hoidettu mielisairaita. Kustaa II Adolf perusti 1600-luvulla riehuneen lepraepidemian takia Turun saaristossa sijaitsevalle Seilin saarelle leprasairaalan eli hospitaalin, jossa oli

100 sairaansijaa. Pyhän hengen huoneet määrättiin lopetettaviksi ja niistä siirtyi Seilin saarelle myös mielisairaita. Lepraepidemian laantuessa tuli käsky, että Seilin saarella hoidettaisiin enää ainoastaan mielisairaita. Seilin saarella hoitomenetelmät olivat hyvin puutteelliset. Hospitaalissa ei ollut lääkäreitä, vaan toimintaa johti pastori ja esimies. Hoitona olivat rukoukset ja katumushoito. Seilin saari oli tarkoitettu viimeiseksi hoitopaikaksi. (Lepola ym. 2005, 9-10.)

Tieteellinen psykiatria otti ensimmäisiä askeleitaan 1800-luvun alussa. Alettiin ajatella, että myös mielisairaita pystyttäisiin hoidolla parantamaan. Nikolai I antoi mielisairaanhoidon sekä hoitoa varten rakennettavia laitoksia koskevan asetuksen vuonna 1840. Sen mukaisesti henkilö, jossa todettiin mielisairauden oireita, oli toimitettava saamaan ”houruinhoitoa” omalla tai omaisten kustannuksella. Kuitenkin vielä Lapinlahden sairaala vuonna 1837 rakennettiin vanhentuneen vankilamaisen sellijärjestelmän mukaisesti. Lapinlahden sairaalan toiminnan ensimmäisinä vuosikymmeninä hoitomenetelmät olivat vielä hyvin kehittymättömiä. Potilaita yritettiin hoitaa oksennuttavilla aineilla, ulostuslääkkeillä, peräruiskeilla, suonensisäillä, eterisillä öljyillä ja ihoa ärsyttävillä aineilla, kuten elohopeavoiteilla. Potilaita kuitenkin tutkittiin ja havainnot merkittiin papereihin, eli mahdollisuus menetelmien kehittymiseen oli alkanut. (Lepola ym. 2005, 11-12.)

Melko pian Lapinlahden sairaalan perustamisen jälkeen huomattiin, että sillä hetkellä olemassa olevat palvelut eivät riittäneet turvaamaan mielisairaanhoidon. Seuraavaksi perustettiin Niuvanniemen sairaala Kuopion Niuvannimeen ja sitä seurasi Pitkänien sairaala Tampereelle. (Lepola ym. 2005, 12-13.)

Vuonna 1889 keisari Aleksanteri III antoi psykiatrisen hoidon kannalta hyvin merkittävän keisarillisen julistuksen, jossa määriteltiin uudestaan psykiatriset laitokset ja niiden tehtävät. Julistus tarjosi mahdollisuuden rakentaa myös yhteisiä mielisairaaloita, joita kutsuttiin piirimielisairaaloiksi. Niistä ensimmäiset rakennettiin Harjavaltaan 1903, Kellokoskelle 1905 ja Uuteenkaupunkiin 1916. (Judin 1983, 15; Lepola ym. 2005, 14-15.)

Vuonna 1952 säädettiin uusi mielisairaslaki, jossa mielisairaanhoidon vastuu siirtyi ensisijaisesti kunnan vastuulle. Maa jaettiin mielisairaanhoidon piireihin, joissa jokaisessa tuli

olla keskusmielisairaala ja avohoidossa olevia varten huoltotoimisto, myöhemmin mielenterveystoimisto. Psykiatrisia sairaansijoja oli Suomessa 1960-luvun lopulla ennätysellisen paljon, kaikkiaan lähes 20 000. (Lepola ym. 2005, 15-16.)

Runsaassa kymmenessä vuodessa psykiatrinen hoito oli Suomessa kehittynyt yleismaailmallisestikin katsoen korkeatasoiseksi. Keskusmielisairaaloissa alkoi olla tehokkaat diagnostiset välineet. Useat sairaalat kehittivät lisäksi toimintaterapiaa ja kuntouttamista. (Lepola ym. 2005, 16.)

Aktiivisen toiminnan seurauksena psykiatrisen sairaansijan tarve alkoi vähentyä. 1991 vuoden alusta tulivat voimaan mielenterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki, jotka säätävät myös nykyiset psykiatrisen terveydenhuollon organisaatio perusteet maassamme. Mielenterveyslaissa on myös kuvattu ne edellytykset, joiden perusteella voidaan potilas toimittaa omasta tahdosta riippumatta psykiatriseen hoitoon. Vuonna 1993 tullut laki, valtionosuusjärjestelmän uudistuksesta, antaa kunnille melko vapaat kädet hankkia terveydenhuoltopalvelut parhaakseen katsomalla tavalla. (Lepola ym. 2005, 291-292.)

Psykiatristen sairaanhoitosijojen voimakas vähentäminen on johtanut siihen, että kokonaisia sairaaloita on suljettu ja paikkoja vähennetty olemassa olevista sairaaloista. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on vähintään yksi psykiatrinen sairaala, mutta useissa piireissä alue on jaettu osavastuualueisiin. (Lepola ym. 2005, 293.)

### 3 PSYKIATRIASSA KÄYTETYT HOITOMENETELMÄT

Psykiatriset hoitomenetelmät ovat muuttuneet vuosisatojen kuluessa runsaasti. Psykiatriassa on ollut nykytieteeseen verrattuna varsin outoja, mutta kuitenkin hyväksi



havaittuja, aikanaan tehokkaita ja moderneja hoitomuotoja. Psykiatriset hoitomuodot kiinnostavat ja kiihdyttävät enemmän mieliä, koska kyse on ollut ihmisoikeuksiin puuttumisesta, puuttumista tahtoon, vapautteen ja myös vaikuttamista aivojen fyysiseen toimintaan. (Elomaa & Taipale 1996, 3.)

Seuraavaksi kuvailen lyhyesti psykiatriassa käytettyjä hoitomenetelmiä. Psykiatrian historiasta ja hoitomuodoista löytyy varsin hyvin aineistoa. Hoitomenetelminä käytettyjä hoitomuotoja on varsin laaja kirjo ja niistä ei ehkä edes kaikkia löytynytäkään, mutta ainakin osa yleisimmin käytetyistä menetelmistä.

## 2.1 Kestonarkoosi

Kestouniterapiaa käytettiin psykopatologisten oireiden hoitoon. Kestonarkoosi tarkoittaa lääkkeillä aikaansaatua unitilaa, jonka syvyyttä ja pituutta voitiin säädellä. Kestonarkoosissa potilas saatettiin pitempiaikaiseen horrostilaan scopolamin-morfiinin, Luminaalin ja Somniferin vuoroittaisella annostelulla. Lääkäri antoi tarkemmat lääkemäärät ja hoito-ohjeet potilaan saattamisessa pitempiaikaiseen horrostilaan. Kestonarkoosissa olevaa potilasta valvottiin erityisen huolellisesti. Sydämensyke ja lämpö piti mitata määräaikoina koko hoidon ajan. Kestonarkoosin aikana potilaasta tarkasteltiin myös unen syvyyttä, hengitystä, sydämen toimintaa ja koko yleistilaa. Potilaan Piti riittävästä nesteytyksestä ja ravinnon saannista pidettiin huolta. Potilaan pystyessä nielemään annettiin hänelle juoksevaa ruokaa, jota syötettiin varovasti ja pienin annoksin. Jos potilas oli niin syvässä unessa, ettei pystynyt nielemään, annettiin hänelle ravinto ja neste peräsuolen kautta ruiskeina. (Elomaa & Taipale 1996, 50-54; Kinnunen 1964, 152.)

## 2.2 Malariahoito

Psykiatri Julius Wagner- Jauregg löysi parannuskeinon neurosyfilyksen eli aivokuppan aiheuttaman aivo tulehduksen hoitoon vuonna 1917. Hoitomuodon nimi oli malariahoito. Wagner- Jauregg sai idean istuttaa malarian neurosyfilystä sairastaviin potilaisiin ja näin sai alkunsa malariahoidon käyttäminen mielenterveystyössä. (Kinnunen 1964, 151). Ennen malariahoidon kehittämistä ajateltiin mielenterveys sairauksien olevan parantumattomia, kunnes huomattiin malariahoidon parantavan neurosyfilyksestä johtuvan psykoosin, kumosi tämä myytin mielenterveyden parantumattomuudesta (Shorter 2005, 228). Malariahoito tapahtui niin, että malariaa sairastavasta potilaasta otettiin tartunnan saanutta verta ja se istutettiin mielisairaahan kehoon ruiskuttamalla veri lihakseen, jossa itäminen kesti 1-2 viikkoa ja aiheutti taudin. Potilaalle tulee kuumeen nousuja ja nousujen määrän määräsi lääkäri potilaan yleistilan mukaan. Tavallisesti kahdeksannen kuumenousun jälkeen oli aloitettu antamaan potilaalle kiniiniä, joka tuhosi malariaplasmodiumit potilaan elimistöstä. Psykykkisessä voinnissa huomattiin muutoksia usein jo kuumevaiheiden aikana, mutta viimeinen käänne potilaan voinnissa saattoi tapahtua vielä viikkojenkin kuluttua. (Elomaa & Taipale 1996, 76-79.)

## 2.3 Insuliinishokkihoito

“Vaikka insuliinishokkihoito luokitellaan kuuluvaksi psykiatrian mustaan menneisyyteen, sen tehokkuutta joidenkin skitsofrenian muotojen hoidossa on vaikea kieltää” (Elomaa & Taipale 1996, 12). Psykiatriassa raportoitiin insuliinikokeilujen tuoneen myönteisiä tuloksia masennuksen ja vieroitusoireiden hoidossa. Insuliinihoidot aloitettiin jo 1920-luvulla. Annetut yksikkömäärät olivat silloin pieniä ja ne annettiin yhdessä hiilihydraattipitoisen aterian kanssa. Wieniläinen lääkäri Manfred Sakel kuitenkin luopui hiilihydraattisuojausta ja sai luvan aloittaa kliiniset kokeet skitsofreniapotilaille. Menetelmän tarkoituksena oli saattaa potilas syvään hypoglykemiseen

koomatilaan, jonka tunnusmerkkejä oli korneaheijasteen sammuminen ja Babinski-refleksin ilmaantuminen. Insuliinishokki jaettiin neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa pyrittiin löytämään potilaalle koomaan johtava insuliiniannos, joka Sakelin mukaan vaihteli 15:sta 450 kansainväliseen yksikköön. Pienin annoksin saattoi ensimmäinen vaihe kestää viikkoja. Kooma-annoksen löytymisen jälkeen alkoi toinen vaihe, jolloin potilas saatettiin syvään koomatilaan 4-6 päivänä viikossa. Insuliinit annettiin yöllisen paaston jälkeen. Toinen vaihe päättyi psykoottisten oireiden hävityä. Mikäli vastetta ei saavutettu 50 koomatilalla, hoito keskeytettiin. Kolmannen vaiheen kestoa ei Sakel tarkemmin määritellyt, mutta sen tarkoituksena oli koomati-  
lojen jatkamista tulosten stabilisoimiseksi. Neljäs vaihe kesti noin viikon ja sinä aikana insuliinien anto lopetettiin vaiheittain. Sakel muistutti, että potilaan saattaminen hypoglykemiseen koomatilaan oli hengenvaarallista. Insuliinishokkihoidosta luopuminen tapahtui neuroleptien tullessa markkinoille 1950-luvun puolessa välissä ilman suurempaa dramatiikkaa. (Elomaa & Taipale 1996, 12-15.)

## 2.4 Lobotomia

”Lobotomia oli 1940- ja 1950- luvun lupaavin psykiatrinen hoitomuoto, joka myös Suomessa otettiin innostuneesti vastaan” (Elomaa & Taipale 1996, 5). Aikojen kuluessa oli kokeiltu ja kehitetty erilaisia aivoleikkausmenetelmiä, joilla oli pyritty poistamaan tai ainakin lieventämään mielisairausoireita. Kokemuksen karttuessa oli opittu tietämään, että jos otsalohkojen ja syvemmillä aivoissa sijaitsevan tunnekeskuk-  
sen eli thalamuksen väliset hermoradat katkaistaan niin häviävät tai ainakin alentuvat ne tunnepitoiset tekijät, jotka johtavat ihmisen ajatus- ja älyperäistä toimintaa ja täten vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen. Tähän perustuen kehitettiin leikkausmenetelmä lobotomia. (Elomaa & Taipale 1996, 5-6.)

Potilaasta otettiin etukäteen kallon ja aivojen röntgenkuva. Leikkausta edeltävänä päivänä annettiin potilaalle ulostuslääkettä aamulla ja peräruiske illalla. Leikkaustekniikoita kehitettiin aikojen kuluessa useita. Suurten potilasmäärien nopeaa hoitoa ta-

voiteltiin ns. transorbitaalisella tekniikalla, jossa jääpiikkimäinen instrumentti napautettiin pienellä vasaralla kyynelpussin ja silmäkuopan sisäreunan kautta etukuoppaan, jossa naskalin vartta kääntelemällä tehtiin viuhkamainen valkean aineen halkaisu molemmin puolin. Aluksi anestesiaksi riitti muutama perättäinen sähköshokki, myöhemmin käytettiin paikallispuudutusta. Leikkauksen jälkeen potilaat olivat yleensä heti tajuissaan. Puhe ei ollut spontaania, mutta he vastailivat lyhytsanaisesti. Potilaat noudattivat käskyjä, mutta olivat täysin desorientoituneita, eivätkä uskoneet, että heille oli tehtykään mitään leikkausta. Potilaat makasivat paikoillaan ja söivät vain, jos heitä syötettiin. Lehden yleensä potilaat ottivat käteen annettaessa, mutta jäivät tuijottamaan sitä tyhjän katseen kanssa. Patistelu tai kovaäänien puhe laukaisivat yleensä potilaiden suoliston ja rakon tyhjenemisen vuoteeseen. Syvimmillään postoperatiivinen inertia oli muutama päivä leikkauksen jälkeen, jolloin turvotuskin oli vielä suurimmillaan. Tämän jälkeen useimpien potilaiden aktiivisuus alkoi parantua. (Elomaa & Taipale 1996, 6-8.)

Lobotomian ajateltiin helpottavan ahdistuneisuutta, pelkoja ja syyllisyyttä, joiden katsottiin muodostavan psykoosin emotionaalisen ytimen. Haitallisen tunnetilan kadotessa oli ajateltu myös psykoosin muiden oireiden, kuten harhaisuuden ja pakko-oireiden häviän. Potilaiden aggressiivisuus ja ahdistuneisuus väheni ja he muuttuivat rauhallisemmiksi, harhat pysyivät tavallisimmin ennallaan. Tunne-elämä laimeni.

Lobotomia kulki lääketieteen historiassa tutun tien. Perustutkimuksien avulla syntyi kliininen sovellus, joka otettiin liiankin innolla käyttöön ennen kriittisen tutkimisen ja parempien hoitomuotojen siirtäessä sen historiaan. Alkeelliset leikkausmenetelmät ja leikkaaminen ilman potilaan suostumusta tarkoituksenaan mielisairaaloiden rauhoittaminen on antanut lobotomialle synkän maineen. Lobotomia mainitaan usein vieläkin psykiatria tai lääketiedettä kriittisesti arvioitaessa. (Elomaa & Taipale 1996, 8-10.)

## 2.5 Kylpy- ja kiedehoidot

Kylpy- ja kiedehoitoja on käytetty monissa mielisairaaloissa lähinnä potilaiden rauhoittamiseen. Lämmön nousua ja kuumetta pidettiin hyvänä merkinä ja siksi potilasta yritettiin saada hikoilemaan peitteisiin kietomalla. Ensimmäisenä vesihoitolääkärinä pidettiin itävaltalaisista Vinzenz Priessniziä (1799–1851), vaikka hänellä ei ollut minkäänlaista lääketieteellistä koulutusta. Vinzenz oli huomannut sairaiden elämien hakeutuvan veteen ja paranevan ja siksi ajatteli tämän tehoavan ihmisiinkin. Suomen tunnetuin lähde oli aikoinaan Turussa Kupittaalla. Lähdettä käytettiin leprapotilaiden hoitoon. Lähdettä pidettiin pyhänä ja siksi mielisairaiden potilaiden piti kylpeä lähteessä ennen kuin heidät lähetettiin Seilin saarelle maamme ainoaan mielisairaalaan. 1800-luvulla alettiin kiinnittää huomiota pitkällisten lämpimien kylpyjen rauhoittavasta vaikutuksesta psykiatrisessa hoidossa. (Elomaa & Taipale 1996, 41–42.)

Kylpyhoito olikin sen jälkeen alan tärkein hoitomuoto aina 1930-luvulle asti. Pidentettyjen kylpyjen aikana hoitaja ei saanut koskaan poistua kylpyhuoneesta, jossa oli myös yöhoitaja. Kylpyveden lämpö mitattiin usein ja vedenlaskun jälkeen hanat olivat suljettava huolellisesti. Vesihanojen avaimet säilytettiin potilaiden ulottumattomissa. Kylpyhoidossa oleville levottomille potilaille asennettiin ammeen päälle verkko, jotta saatiin heidät pysymään aloilla. Kiedehoitoa käytettiin lähinnä rauhoittavana ja unta antavana hoitona. Kerrotaan kiedehoidon auttaneen niin, että jotkut potilaat saattoivat tulla sitä itse pyytämään tuntiessaan levottomuutta tai kiihtymystä. (Elomaa & Taipale 1996, 41–43.)

## 2.6 Sähkösokkihoito

Kouristushoitosten historia alkoi kliinisistä havainnoista. Arveltiin grand mal -tyyppisten epileptisten kohtausten vaikuttavan suotuisasti joissakin mielisairauksiksi luokitelluissa tiloissa. Alkuaikojen sähkösokkilaitteet olivat hyvin alkeellisia, niissä

oli ajastin, jolla sähköiskun antoaikaa voitiin säätää. Iskujen antamiseen käytettiin tavallista vaihtovirtaa ja ne olivat kestoaltaan yleensä 0,1–0,5 sekuntia. Jännite oli yleensä 70–130 voltia. Kuminauhapantaan kiinnitetyt elektrodit kiinnitettiin molemmin puolin ohimolle ja kolmesta neljään kiinnipitäjää tuki potilaan lantiota, hartioita ja alaleukaa murtumien ja luksaatioiden estämiseksi. (Elomaa & Taipale 1996, 28.)

Jos säädöt oli asetettu oikein ja sähköisku riitti kouristuskyynnyksen ylitykseen, seurasi normaali grand mal-kohtausta muistuttava, mutta selvästi voimakkaampi toonisklooninen kouristus. Heikompi impulssi taas aiheutti lyhytkestoisen tajunnanmenetyksen ilman kouristeluja. Liian lyhyt impulssi tai volttimäärä taas ei riittänyt potilaan tajunnan menetykseen vaan aiheutti kovan sähköiskun päässä. Tunne oli kamottava. Tajunnan säilyessä säilyi myös muisti, joten epäonnistuneet hoidot lienevät syynä sähkösokkihoitoon liittyviin pelkoihin ja kritiikkiin. (Elomaa & Taipale 1996, 28–30.)

Hoitomuoto kehittyi jatkuvasti turvallisemmaksi ja paremmin siedetyksi. Tärkein keksintö oli lihasrelaksantin käyttöönotto vuonna 1949 luunmurtumien ehkäisyksi. Kurarerelaksaatioon liittyi kuitenkin kuolleisuuden lisääntyminen, ennen kuin turvallisempi Sukkinylkoliini otettiin käyttöön. Toimenpiteestä mukavamman potilaille teki pentotaalinukutus ja elektrodien asettaminen vain ei-dominantille puolen päätä vähensi hoidon jälkeen kokemia muistihäiriöitä. Aluksi hoitomuotoa käytettiin vain skitsofreenikoille, joita suurin osa mielisairaalan asukeista olikin. Myöhemmin huomattiin hoidon olevan vain harvoin avuksi skitsofreenikoille. Vaikean masennustilan ja manian hoidossa siitä se sijaan kehittyi nykyisessä muodossaan hyvin dokumentoitu ja hyväksytty hoito. Se annetaan anestesia- ja sydän- ja aivofilmiä tarkkaillaan. Vaikean masennuksen hoidossa ei sähkösokkihoitoa kiistattomasti tehokkaampaa, nopeampaa ja turvallisempaa hoitomuotoa ole vielä keksitty. (Elomaa & Taipale 1996, 28–31.)

## 2.7 Eristyshoito

Potilaan siirtäminen eristyshuoneeseen tai erilaisten siteiden käyttö potilaan hoidossa ovat vanhoja hoitomuotoja, jotka yhä edelleen ovat kuitenkin käytössä. Suomessa psykiatrisia potilaita on eristetty yhtä pitkään kuin heitä on hoidettukin. Eristämisellä tarkoitetaan potilaan siirtymistä eristyshuoneeseen, mahdollisesti hätätilaa aiheuttavien kliinisten tilojen hoitamiseksi, rauhoittamiseksi ja kontrolloimiseksi. Potilaan sitomista taas käytetään siihen liittyvin apuvälinein rajatakseen potilaan liikkumista. Eristyksellä on maineikas ja pitkä, muttei kovin kunnioitettava historia psykiatrisena hoitomuotona. 1700-luvulla uskottiin laajalti, että pelko parantaa hulluutta, jolloin potilaissa pyrittiin herättämään suoranaista kauhua. 1800-luvulla kohtelua alkoi muuttua humanimmaksi. Pahamaineisessa Seilin hospitaalissa käytettiin eristämistä runsaasti ja potilaat olivatkin epäinhimillisissä oloissa ahtaissa kopeissa. Tosin myöhemmin perustetut sairaalat sekä vielä myöhemmin tulleet piirimielisairaalat käyttivät nekin runsaasti eristämistä, sitomista ja fyysistä rajoittamista. Mielisairaaloihin rakennettiin jo valmiiksi eristyshuoneita, mutta mahdollisimman niukalti. Sitomisessa sairaalat käyttivät omia viritelmiään, vasta noin 30 vuoden ajan lepositeitä on voitu ostaa. Nykyään potilaan eristämisen tai leposidehoidon päättää ainoastaan lääkäri. Edellä mainituissa hoitotilanteissa pitää olla aina riittävä määrä henkilökuntaa potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Potilaalla pitää olla eristys- ja leposidehoidossa turvallinen olo ja riittävä vaatetus. On varmistauduttava siitä, ettei hänellä ole mukanaan mitään sellaista varustetta, jolla hän itseään voisi vahingoittaa. Potilaan hoitoa tarkkaillaan ja seurataan kokoajan. Potilaan sairaskertomuksessa tulee käydä ilmi tarkkaan eristämisen syyt, seuranta ja kesto sekä potilaan voinnin oleellinen muutos. (Elomaa & Taipale 1996, 81-85.)

## 2.8 Lääkehoito

Unilääkkeet olivat keskeisin lääkeryhmä ennen neuroleptien, antidepressiivien ja bentsodiatsepiinien aikaa. Vuonna 1869 tuli käyttöön klooraalihydraatti joka oli 1-2 gramman annoksina hyvin suosittu. Toinen vanha unilääke on paraldehydi, joka tuli käyttöön vuonna 1882. Tavallisesti hoitoannokset olivat 3-5 grammaa ja lääkettä suositeltiin erityisesti alkoholistien hoidossa. Paraldehydi oli pahanhajuinen lääke, joka koettiin melkoisena ympäristöhaittana osastoilla. 1800-luvulla olivat varsin pitkään suosittuja myös sulfonaali ja trionaali, jotka katosivat käytöstä jo ennen 1950-lukua pahojen sivuvaikutuksien vuoksi. Vuonna 1903 alkoi barbituraattien aika, jota kesti aina 1960-luvulle asti. Antihistamiineja kuten prometatsiinia ja difenhydramiinia oli jo saatavilla 1940-luvun loppupuolella. Näillä lääkkeillä oli ainakin joihinkin yksilöihin hyvin hypnoottinen vaikutus. (Elomaa & Taipale 1996, 23-24.)

Tilapäisten levottomuustilojen rauhoittamisena käytettiin paljon skopolamiini-injektioita tai skopolamiinin ja morfiinin yhdistelmää Scopo-Morphinia. Nämä yhdistelmiä jätettiin pois vasta klooripromatsiinin tultua markkinoille. (Elomaa & Taipale 1996, 24.) 1950-luvulla keksityt psyykenlääkkeet kuten klorpromatsiini, reserpiini ja imiprapiini otettiin nopeasti käyttöön mielisairaaloissa ja avohoidossa (Lepola ym. 2005, 16). Trisykliset masennuslääkkeet tulivat 1960-luvulla, atyyppinen neurolepti klotsapiini 1980-luvulla sekä SSRI-masennuslääkkeet, uudet masennuslääkeriikot ja lisää atyyppisiä neurolepteja 1990- ja 2000-luvulla. Useimmat tällä hetkellä käytössä olevat psyykenlääkkeet ovat tulleet markkinoille vuoden 1990 jälkeen. (Wikipedian www-sivut 2011.)

## 2.9 Toiminnalliset terapiat

On jo kauan tiedetty, että työ ja askartelu ovat hyväksi useimmille mielisairaille ja sitä yritettiin kehittää hoitometodiksi. Esteenä olivat kuitenkin monenlaiset seikat,



kuten käsitykset, ettei mielisairausilmiöihin voida mitenkään vaikuttaa. Muutos tapahtui kuitenkin 1924, kun tuli näyttöä menestyksellistä tuloksista potilaiden työhoitossa. Tämän jälkeen työtä hoitona ruvettiin soveltamaan useimmissa mielisairaaloissa ympäri maailmaa. Työskentelyhoidolla pyrittiin saattamaan potilas jälleen kosketukseen todellisuuden kanssa ja aikaisemman ympäristön yhteyteen, jotta hänestä, mikäli mahdollista, voisi tulla hyödyllinen jäsen yhteiskuntaan. Potilaille järjestettiin osastoilla askartelua ja käsitöitä. Myös osaston siivoustöihin osallistui potilaita. Potilaiden luotettavuuden ja työtehon mukaan heitä läjiteltiin myös erilaisiin ulkotöihin. (Kinnunen 1964, 113–118.) Työterapiat ovat mielisairaaloiden terapia-muodoista vanhimmat. Psykoterapiat alkoivat 1960-luvulla syrjäyttää aikaisempia shokkihoitoja. Potilaille aloitettiin osastoilla ryhmäterapioina keskusteluryhmiä. Potilaille aloitettiin myös ohjattua liikuntaa sekä retkeilyä ja juhlatoimintaa. Fysioterapiakin aloitettiin useimmissa mielisairaaloissa. Myöhemmin vielä 1970-luvun paikkeilla aloitettiin taide- ja musiikkiterapiat. (Judin 1983, 87-98.)

#### 4 HARJAVALLAN SAIRAALAN HISTORIA

Harjavallan piiri-mielisairaala aloitti ensimmäisenä kuntayhtymän mielisairaalan toimintansa vuonna 1903. Ensimmäisinä vuosikymmeninään Harjavallan sairaala toimi asyyllilaitoksena eli turvapaikkana. Vaikeahoitoiset ja häiriötä aiheuttavat potilaat otettiin sairaalaan pysyvästi hoidettaviksi ja tuohon aikaan tavallisimpia sairauksia olivat dementia (eli vanhuuteen tylsistyminen) ja vajaamielisyys. (Judin 1983, 84.)

Potilasmäärät sairaalassa kohosivat runsaasti sairaalan alkutaipaleiden aikana ja lisärakennuksien valmistuttua. Sairaalan 50-vuotisjuhlavuotena oli kirjoilla 363 potilasta. (Judin 1983, 76.) Sittemmin avohoidon yleistyttyä on saatu potilassijoja vähennet-

tyä ja vuonna 2011 Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueella on 160 potilassijaa, joista Harjavallan sairaalassa on 115 potilassijaa. (Puolakka henkilökohtainen tiedonanto 12.12.2011.)

1900-luvun alku oli edelleen mielisairaanhoidossa neuvottomuuden aikaa. Harjavallan sairaalalla ei vielä alkutaipaleellaan ollut omaa lääkäriä, vaan sairaalan lääkärin tehtävät hoidettiin sivuviran luonteisina. Lääkärin oli määrä käydä sairaalassa kaksi kertaa kuukaudessa ja ylimääräisiä käyntejä lääkärille oli kirjattu vain 21 kpl kymmenen vuoden aikana. Sairaala sai ensimmäisen päätoimisen lääkärinsä vuonna 1931. (Judin 1983, 84) Tänä päivänä sairaalassa toimii erikoisalojen lääkäreitä riittävästi kokopäivätyössä ja lääkäri on saatavilla vuorokauden ympäri.

Sairaalan hoitomenetelmistä vanhimpana voidaan todeta työterapia, jota oli käytetty sairaalassa alusta alkaen. Sairaala osti vuonna 1930 Uotilan maatilan joka sijaitsee vain kahden kilometrin päässä sairaalasta. Uotila perustettiin ns. siirtolaisosastoksi ennen kaikkea työterapiaa ajatellen. Uotilaan siirrettiin kroonisia potilaita, jotka hyväksyivät siirtolaisosaston yleensä kodikseen ja työskentelivät mielellään siellä totutuissa askareissa. (Judin 1983, 77-78.)

Vuonna 1933 sairaalan ensimmäinen lääkäri Lauri Saarnio alkoi kehittää hoitotoimia ja näin ollen sairaala alkoi nopeasti hänen ansiostaan muuttua asyylilaitoksesta hoitolaitokseksi. Työterapiaa tehostettiin edelleen niin, että se edisti potilaiden paranemista. Sairaalassa hoidettiin potilaita kaikilla siihen aikaan käytössä olleilla hoitomenetelmillä. Eräs hoitomenetelmä ennen lääkehoitoa oli kylpy- ja käärehoidot, jotka eivät kuitenkaan olleet erityisessä suosiossa ja niitä käytettiinkin vain vähän aikaa. Vuonna 1943 kestokylpyhuoneet muutettiin potilashuoneiksi. (Judin 1983, 77, 79, 80.)

Insuliinisokkihoito aloitettiin sairaalassa vuonna 1938. Tällä hoidolla pyrittiin ensisijaisesti parantamaan skitsofreniaa ja masennusta sairastavat. Hoitoa pidettiin todellisenä edistysaskeleena, koska skitsofrenian hoitokeinoja oli perin vähän. Harjavallan sairaalaan hankittiin vuonna 1944 Konvulsator -sähkösoikkikoje. (Judin 1983, 81.) Kyseinen sähkökoje on tällä hetkellä sairaalan museossa. Sähköhoidot aiheuttivat rajuja kouristuksia ja hoidon jälkeen päänsärkyä. Sähkösoikkikojeen virta ei ollut aina

tasainen, silti aivojen läpi kulkeva 70-130 voltin isku tepsii usein nopeasti. (Sähköshokeista aivokirurgiaan, 6.)

Vuonna 1937 aloitettiin yhteistyö Porin kaupungin kanssa ja perustettiin psykiatrinen huoltotoimisto Poriin. Toimistossa oli vastaanotto kerran viikossa ja vastaanottotoiminnasta huolehtivat Harjavallan sairaalan lääkärit. Kokeiluvaiheen jälkeen huomattiin, että vastaanottotoiminnan ansiosta saatiin hoitoa tarvitsevat nopeammin sairaalahoitoon ja näin käynnistyi mielisairaanhoidon kannalta merkittävä avohoito. (Judin 1983, 83.)

Insuliini- ja sähköhoito olivat 1940- ja 1950-luvulla keskeisiä hoitomuotoja sairaalassa. Lääkehoidon voimakas kehitys alkoi 1950-luvulla ja tehostettu lääkehoito muutti sairaalan ilmapiirin ratkaisevasti 1950-luvun lopulla. Potilaiden vaikeat levottomuustilat pystyttiin hallitsemaan aikaisempaa paremmin lääkehoidolla. Avoimuus ja hoidollisuus alkoivat lisääntyä. Kehityksen ansiosta yksi sairaalan kuudesta osastosta pystyttiin muuttamaan avo-osastoksi. 1960-luvulla aloitettiin psykoterapeuttiset hoitomuodot, ennen kaikkea ryhmäterapia alkoi syrjäyttää aikaisempia shokkihoitoja. Potilaille pidettiin keskusteluryhmiä ja sairaalaan saatiin psykologi, joka sai myöhemmin tehtäväkseen kehittää ryhmäterapeuttisia hoitomuotoja. (Judin 1983, 84–89.)

Lakisääteinen avohoitotoiminta aloitettiin Länsi-Satakunnan mielisairaanhuoltopiirissä vuonna 1957 ja tuolloin myös lopetettiin edellä mainittu Poriin perustettu huoltotoimisto. 1960-luvun tavoitteina oli mahdollisimman monen potilaan hoitaminen kotiloissa ja sairaalassa olleiden jälkihoidon varmistus. Potilasvastaanotot lisääntyivät ja levisivät muuallekin Satakuntaan. Potilasvastaanottojen lisäksi terveydenhuollon ja sosiaalialan konsultaatiot ja työnohjaukset sekä koulutukset alkoivat kuulua toimintaan. Avohoidon jatkuvaa kehittymistä edellyttävät muun muassa sairaalasisijojen määrän väheneminen ja hoitoaikojen lyhentäminen. . (Judin 1983, 107–109.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää psykiatristen hoitomenetelmien muutoksia Harjavallan sairaalassa. Harjavallan sairaalan Josefina yhdistys voi hyödyntää opinnäytetyötäni historian tutkimuksessaan.

1. Mitä psykiatrisia hoitomenetelmiä on käytetty?
2. Miten psykiatriset hoitomenetelmät ovat muuttuneet?

## 6 TUTKIMUSMETODIIKKA

### 6.1 Historiantutkimus

Historiantutkimus on menneisyyden tutkimista. Tutkimusta voidaan tehdä käyttäen kirjoitettua ja painettua tekstiä. Siinä voi käyttää myös apuna haastatteluja, arkeologisia löytöjä, valokuvia, muita erilaisia taideteoksia sekä myös kansanperinteitä. (Wikipedian www-sivut 2011.)

Lähes kaikki ihmisen tuottama materiaali voi olla historiantutkimuksen aineistoa. Historiantutkimusta on moitittu liiankin lähderiippuvaiseksi tieteenalaksi, mutta lähteistä historiantutkimus ei voi koskaan luopua, koska tutkijan aineisto määräytyy ennestään tutkituista analyyseistä. Historiantutkimus ei ole tarinoita menneestä, vaan se on menneisyyden analyyttistä ja kriittistä arvioimista niillä tiedoin, joita tutkijalla on. Tutkimalla menneisyyttä pystymme luomaan laajan analyysin historiallisesti mennei-

syydestä ja erottamaan ne tekijät, jotka ovat historiaan vaikuttaneet. Historiantutkimus auttaa menneisyyden avulla ymmärtämään nykyisyyttä ja arvioimaan tulevaisuutta. Historiantutkimus on paitsi tieteellinen tutkimus niin myös parhaimmillaan kiehtova tarina. Tutkimuksen alussa on syytä pohtia kenelle tutkimus kirjoitetaan. Historiantutkimuksia tehdään nykyisin paljon muillekin, kuin historian asiantuntijoille. Erilaiset tilaustutkimukset ja historiikit ovat suunnattu tavallisille lukijoille, joiden mielenkiinto tutkimusta kohtaa perustuu erilaisiin syihin. (Autio-Sarasmo 2008, 1.)

Tutkimuksen teko aloitetaan yleensä laatimalla tutkimussuunnitelma. On erittäin todennäköistä, että tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelmassa esitetyt tavoitteet muuttuvat. Muutokset ovat parhaimmillaan kehitystä ja viittaavat lisääntyneeseen tietoon. (Autio-Sarasmo 2008,1.) ”Parasta historiantutkimuksen tekemisessä on oivallisuuden tuoma ilo. Loppusuoralla asioiden linkittyminen yhteen ja kokonaisuuden syntyminen tuottaa tekijässä vilpittömää riemua.” (Autio-Sarasmo 2008,1.)

Tutkimuksessa aloitettiin tutkimussuunnitelman luomisella ja teoriaosuuden kirjoittamisella. Tutkimuksen teoriaosuutta kirjoittaessa piti miettiä, mikä teoria olisi hyödyllistä tutkimuksen lukijalle. Teoriaosuutta kirjoitettiin tutkimuksen alkutaipaleella oletuksen mukaan ja aineiston analyysin valmistuttua lisättiin puuttuvat teoriaosuudet. Aineistolähtöistä sisällön analyysia käyttäen pystyttiin aineistosta erottamaan ne tekijät, jotka ovat historiaan vaikuttaneet.

## 6.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen teoriaosuuden tärkeydestä ollaan montaa mieltä. Yleisellä tasolla kuitenkin kaiken tutkimuksen pitäisi sisältää ihmisjärjen suorittamaa henkistä tarkastelua, siis olla luonteeltaan teoreettista. Laadullinen tutkimus sisältää teoriaosuuden, jonka muodostaa se mitä tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetään, sekä tutkimusta ohjaava metodologia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 18-19.)

Laadullisen tutkimuksen metodikirjallisuudessa on esitetty havainto, jonka mukaan laadullisessa tutkimuksessa on siirrytty aineiston keruun pohdinnoista aineiston analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 70.) Ongelmana tämän tutkimuksen sisällön analyysissä saattaa olla se, miten tutkija ymmärtää toisen ihmisen haastatteluista kokonaisia vastauksia tai miten toisen ihmisen keräämää aineistoa tulkitaan oikein?

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto, kysely ja havainnointi. Mitä vapaampi tutkimusasetelma on, sitä luontevampaa on käyttää keskustelua, havainnointia ja omaelämäkertoja menetelminä aineistonhankinnalle. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73.)

Tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali voidaan jakaa kahteen eri luokkaan, yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin (Eskola, 1975, 14). Yksityisillä dokumenteilla tarkoitetaan esimerkiksi puheita, päiväkirjoja, kirjeitä, sopimuksia ja muistelmia, joita tutkimuksessa käytän. Tutkimuksen aineistonkeruun yhteydessä mietityttää, kuinka paljon aineistoa pitää kerätä, jotta tutkimus olisi tieteellinen, edustava ja yleistettävissä. Opinnäytetyö on tekijänsä harjoitustyö, jonka tarkoituksena on osoittaa oppineisuutta omalla alalla. Opinnäytteiden aineiston koot voidaan asettaa omaan arvoonsa, eikä aineiston kokoa tule pitää opinnäytteen merkittävämpänä kriteerinä. Ratkaisevaa ei siis ole aineiston koko, vaan tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 86-87.)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää se, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 88). Tämän tutkimuksen tutkittava materiaali on valmiiksi kerätty aineisto, joten tutkimuksen laadullisuus on paljolti siitä kiinni minkä tasoisia aineiston haastattelut ovat.

Laadullisissa tutkimuksissa otetaan myös huomioon tutkijan etiikka ja moraalit. Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen valinta. Tutkija on myös vastuussa tietelle, kansalaisille ja tutkimuskohteille tutkimuksestaan. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 127.)

### 6.3 Aineistoanalyysi

Perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä, on sisällön analyysi. Tekijän pitää miettiä mikä aineistossa kiinnostaa ja mitä hän sieltä hakee. Aineisto käydään läpi merkiten kaikki mikä kiinnostaa tai liittyy aiheeseen, joten kaikki muu jää pois tutkimuksesta. Käytettävä aineisto luokitellaan tai kerätään teemoittain. Lopuksi aineistosta kirjoitetaan yhteenveto. On myös huomioitava, että laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyy useita kiinnostavia asioita, joita ei etukäteen osannut edes ajatella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93-94.)

Laadullisessa analyysissä puhutaan usein induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysistä. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tutkimuksen tulokseksi on tarkoitus saada teoreettinen ymmärrys Harjavallan sairaalassa käytetyistä hoitomenetelmistä. Kaikki mitä asiasta aikaisemmin tiedetään, pyritään pitämään aineiston analyysivaiheessa ulkopuolella, niin ettei se vaikuttaisi analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95-97.)

Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Melkein mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu aineisto voi olla dokumentti, esimerkiksi kirjat, artikkelit, päiväkirjat, kirjeet, haastattelu, puhe, keskustelu, dialogi ja raportit. Sisällön analyysi sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin ja tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällön analyysi on tekstianalyysi, kuten myös esimerkiksi historiallinen analyysi ja diskurssi analyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin teoriapohjaan perustuvaa aineistolähtöistä sisällön analyysiä, joka karkeasti sanottuna on kolmevaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ensin etsittiin aineistosta tiettyyn kategoriaan kuuluvat pelkistetyt ilmaukset ja listattiin ne. Sen jälkeen etsittiin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Pelkistetyt ilmaukset yhdisteltiin ja muodostettiin alaluokkia. Alaluokat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläluokat. Yläluo-

kat yhdistettiin ja niistä muodostettiin kokoavat käsitteet. Yhdistelemällä käsitteitä saatiin vastaus tutkimustehtävään. Sisällön analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. LIITE 1

#### 6.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen ja etiikan yhteys voidaan ajatella kahtalaiseksi. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin ja toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Vaikka laadullisen tutkimuksen kaikissa perinteissä ei vaaditakaan ontologisen erittelyn tekemistä, on tutkijan silti tiedettävä mitä hän tekee. Toinen lisävaatimus hyvälle tutkimukselle on eettinen kestävyys. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 123-124.)

Laadullisen tutkimuksen erilaisia perinteitä tarkasteltaessa voi huomata, että niissä suhtaudutaan hyvinkin erin tavoin tutkimuksen etiikkaan. Toisessa päässä tutkimusetiikkaan suhtaudutaan ikään kuin teknisluontoisena normina ja toisessa ääripäässä tutkimusetiikka on metodologinen seikka. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä. Tutkijan noudattaessa hyvää tieteellistä käytäntöä on uskottavuutta. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta sekä tutkimuksen vilpittömyydestä ja rehellisyydestä on tutkijalla itsellään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125-130.)

Tutkimuksessa eettisyys on vahvasti esillä. Aineistoni on salassa pidettäviä haastatteluja, jotka sisältävät haastateltujen ihmisten nimiä ym. On huolehdittava siitä, että haastatellut jäävät nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. Tutkimuksessani noudatan hyvää tieteellistä käytäntöä.



## 6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä ja arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa nousevat nopeasti esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisesta tiedosta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131.)

Laadullisen tutkimuksen kirjallisuudessa on viime vuosikymmenen aikana kiinnitetty erityisesti huomiota tutkimuksen luotettavuuden parantamiseen erilaisin tekniikoin. Tämän seurauksena niin analyysimenetelmät kuin laadullisen aineiston keruutekniikatkin ovat kehittyneet moneen suuntaan. Perusvaatimuksena laadulliselle tutkimukselle kehittyneitä menetelmistä huolimatta on yhä se, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa. Luotettavuuden parantamiskeskusteluissa on puhuttu myös tutkimusprosessin julkisuudesta. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkija raportoi tekeminsä yksityiskohtaisesti ja myös sitä, että esimerkiksi tutkijakollegat arvioivat prosessia. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 139.)

Tässä tutkimuksessa tutkittiin Harjavallan sairaalassa tapahtuneiden hoitomenetelmien muutoksia. Tutkimus on tutkijalle tärkeä, koska työskentelen Harjavallan sairaalassa ja psykiatria historioineen kiinnostaa tutkijaa. Aineisto on jo eläkkeellä olevien työntekijöiden haastatteluja, jotka tutkittiin läpi aineistolähtöistä sisällön analyysia käyttäen. Tutkimuksen tekeminen on kestänyt noin kaksi vuotta.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksessa käytettiin teoriapohjaista ja aineistolähtöistä sisällön analyysia. Analyysin perusteella yhdistäviä luokkia löytyi 9 kappaletta ja seuraavaksi erittelen ne alla oleviin otsikoihin.

### 7.1 Työterapian ja askartelun merkitys psykiatrisessa hoidossa

Työnteko ja myöhemmin yleistynyt työterapia sekä askartelu ovat olleet keskeinen asia potilaiden hoidossa sairaalan alkuhistoriasta asti. Varsinkin potilaiden työnteke on ollut esillä jo varhaisessa vaiheessa sairaalan historiaa. Työterapian alkutaivalta selvästi haittasi huonot työvälineet eikä uusien hankintaan ollut varoja. Vähäisempään työhön kykenevien potilaiden työ olikin lähinnä tilkkujen nyppimistä, joista tehtiin tynnyntäytteitä. Työterapian tilat olivat pienet, joka sekin osin haittasi mahdollisia uudistuksia. Työterapian alkutaipaleella ei myöskään oikein tiedetty mitä tai minkälaista työtä potilaiden kanssa voitaisiin tehdä.

Silloisissa pienissä työterapian tiloissa potilaat tekivät kauniita käsitöitä, kutoivat sukkaa ja pientä huonekaluaskarteluakin pystyi suorittamaan. Potilaista osa oli matonkudeleikkaajia ja he valmistivat kuteet maton kutojille. Työterapian tarkoitus oli valmistaa lähinnä hyötytavaraa sairaalan käyttöön tiukan talouden vuoksi. Työterapiassa oli mahdollista kuitenkin tehdä suhteellisen monipuolisesti töitä ja erityisesti sairaala hyöty potilaiden tekemistä hyötytarvikkeista.

Ratkaiseva muutos työterapiassa ja askartelussa on ollut työterapian tilojen remonti ja uusien työvälineiden hankinta. Uusien ja parempien materiaalien hankintaan annettiin lupa talouden parannuttua ja näin saatiin mahdollisuus tehdä laadukkaampaa ja vielä monipuolisempaa työtä. Muutoksien myötä työterapiassa aloitettiin uusia

työtapoja. Myyjäistoiminnasta tuli osa työterapiaa ja näin saatiin tieto laadukkaista tarvikkeista sairaalan ulkopuolellekin.

Alkoi myös työterapian ja osastojen yhteistyö, jolloin työterapiakin alkoi enemmän vaikuttaa potilaan hoitoon. Yhteistyö tarkoitti sitä, että osastot alkoivat kertoamaan työterapiaan tuomistaan potilaista työterapian henkilökunnalle ja taas työterapiasta viestitettiin osastolle potilaan pärjäämisestä työssä ja sen tuomissa sosiaalisissa tilanteissa. Työterapian parannusten myötä myös potilaiden innostus työn tekemiseen kasvoi. Potilaat tekivät työterapian töitä mielellään ja auttelivat toisiaan tarpeen vaatiessa. Työn laatu oli hyvää ja arvostus potilaiden tekemiin töihin kasvoi entisestään. Henkilökunta on ostanut potilaiden tekemiä töitä jo työterapian alkutaipaleella ja potilaiden tekemiä huonekalua on keuhuttu yhdeksi laadukkaimmista huonekaluista.

## 7.2 Kylpy- ja kiedehoidon epäinhimillisyys

Aineistossa kerrotaan kylpy- ja kiedehoidoista niukalti, vaikka kyseessä olevia hoitomenetelmiä on käytetty Harjavallan sairaalassa. Kylpy- ja kiedehoidot ovat yksi vanhimmista hoitomenetelmistä ja niitä käytettiinkin aivan sairaalan historian alkutaipaleella.

Kylpyhoitoa käytettiin lähinnä levottomille potilaille. Potilaille annettiin erilaisia kylpyjä, sekä kuumia että kylmiä kylpyjä. Kiedehoitojakin käytettiin levottomille potilaille ja kiedehoidon aloittaminen jouduttiin usein tekemään potilaalle vasten tahtoa, koska hoitomenetelmänä käärehoito ei ollut kovinkaan miellyttävä. Kiedehoidon antaminen vaatikin runsaammin henkilökuntaa onnistuakseen. Useampi hoitaja piti kiinni potilaasta kun tätä käärrittiin kieteisiin.

Harjavallan sairaalassa oli kylpyhoitoa varten viisi ammetta. Ammeet olivat vanhoja, joissa vesi laskettiin ammeen pohjalta. Hoidon haittana oli selvästi huono potilasturvallisuus. Eräänkin kerran kylpyhoitoa annettaessa oli jäänyt ammeen kylmävesihana

kiinni ja näin ammeeseen laskettiin vain kuumaa vettä. Tuloksena tästä oli potilaan ihon palaminen.

Kiedehoidossa kieteet kasteltiin kylmään veteen ja kylmät kieteet kiedottiin potilaan ihoa vasten. Kuivat viltit kiedottiin päällimmäisiksi. Kieteet suljettiin suurilla lukkoneuloilla. Potilasta pidettiin kieteissä noin kahden tunnin ajan tai kunnes potilas rauhoittui. Kiedehoidolla koettiin olevan kuitenkin rauhoittava vaikutus potilaisiin.

### 7.3 Kestonarkoosi rauhoitti potilaan nukuttamalla

Kestonarkoosia on Harjavallan sairaalassa käytetty ajanmukaisena hoitona. Kestonarkoosia käytettiin levottomien potilaiden rauhoittamiseen nukuttamalla potilas. Kestonarkoosi hoidossa potilaalle annettiin Somnifer-ruiske lihakseen. Ruiskeella saatiin potilas jatkuvaan uneen ja potilasta pidettiin yhteensä noin 10 päivää narcoosissa.

Kestonarkoosia käytettiin levottomille potilaiden hoitoon. Yhdellä Somnifer-ruiskeella ei ollut kovinkaan pitkäaikaista vaikutusta ja aina, kun potilas alkoi heräillä narcoosista, annettiin hänelle uusi ruiske. Tarkoituksena oli narcoosin ylläpitäminen koko hoidon ajan. Potilaat jotka saivat kestonarkoosihoitoa, eivät kyenneet itse huolehtimaan perusasioista kuten syömisestä ja juomisesta. He olivat täysin avustettavia eli heidät syötettiin ja käytettiin vessassa. Potilaat olivat jatkuvassa tokkurassa ja vaikka heidät heräteltiin esimerkiksi syömään ynnä muuta, niin herääminen ei koskaan ollut täydellistä.

### 7.4 Peräruiskehoidon käyttäminen levottomien potilaiden hoidossa

Peräruiskehoito oli aikanaan hyvinkin suosittu hoitomenetelmä. Peräruiskehoito annettiin levottomille potilaille ja siitä koettiin olevan apua. Peräruiskehoito annettiin kaksi kertaa viikossa, jolloin hoitaja antoi peräruiskeen vessassa ja toinen hoitaja piti kirjaa tuloksista.

### 7.5 Insuliinishokin käyttö hoitomenetelmänä

Harjavallan sairaalassa insuliinishokkia on käytetty hoitomenetelmänä. Siitä kuinka hoitomenetelmä auttoi tai auttoiko se yleensäkin ei ole varmuutta. Insuliinishokin tuloksia pidettiin pitempiaikaisena kuin muiden käytössä olevien hoitomenetelmien, mutta ei kuitenkaan lopullisena. Hoidon antaminen oli potilaalle usein raskasta ja hoito yhteensä kesti noin 2-3 viikkoa. Potilasta sai tarkkaan seurata, koska shokkiin mentäessä oli aina vaara tukehtumisesta.

### 7.6 Sähköhoito oli yksi suosituimmista hoitomenetelmistä

Sähköhoidon antaminen tulee esiin suhteellisen monessa aineiston haastattelussa. Se oli selvästi yksi suosituimmista hoitomenetelmistä. Sairaalaan hankittiin oma sähkökoje, jolla hoidot annettiin levottomille ja masentuneille potilaille. Hoidon jälkeen potilaan virkistyminen oli kuitenkin lyhytaikaista ja potilaan masennus palasi herkästi takaisin. Harjavallan sairaalassa lääkäri antoi sähköhoidon potilaalle ja hoitajan tehtävänä oli pitää potilaasta kiinni. Sähköä annettiin voimakkaasti ja siitä seurasi kamalaksi koettu kohta. Sähköhoitoa annettiin potilaalle enintään kymmenen kertaa. Hoitoa annettiin potilaalle jos lääkäri niin määräsi, ja jos potilas tähän ei suostunut, niin sitten annettiin väkisin. Kuitenkin koettiin, ettei potilas kärsinyt hoidosta, koska se tapahtui niin nopeasti.

### 7.7 Eristyshoidon tarve oli suuri ennen uusien lääkkeiden tuloa

Eristyshoitoa on käytetty sairaalassa jo varhaishistoriassa. Eristyshuoneita sairaalassa oli vain vähän kun taas eristyksiä jouduttiin tekemään paljonkin levottomilla osastoilla. Joskus jopa eristyksien ollessa varattuja, ei ole ollut vaihtoehtona muuta kun eristää potilas ovien väliin kunnes hän rauhoittui.

### 7.8 Lääkehoidon kehitys ja vaikutus potilaan kokonaishoitoon

Lääkehoidon kehitys sairaalan historian aikana on ollut melkoinen. Uusien lääkkeiden keksiminen ja käyttöön otto on mahdollistanut sen, millaista on nyt psykiatrinen hoito. Potilaiden hoito junnasi paikoillaan ja oli lähinnä potilaiden vahtimista, koska ei ollut vielä uusia psykelääkkeitä. Mikään ei muuttunut paranemisen suuntaan. Aggressiivisuutta esiintyi ja osastoilla tapeltiin kovasti.

Levottomille potilaille annettiin lähinnä unilääkkeiksi luokiteltavia lääkkeitä. Käytössä oli myös vahvempia lääkeruiskeita. Skopolomiini-Morfiinin yhdistelmää käytettiin myös levottomiin potilaisiin. Lisäksi käytössä oli Cardiazol-hoitokuurit, jotka ruiskutettiin potilaan suoneen. Cardiazol hoito aiheutti kovan kouristuksen ja potilas oli sidottava siksi aikaa tuoliin, jottei hän loukkaa itseään. Lääkkeistä joita käytettiin, mainitaan aineistossa seuraavat: Trionaali, Sulfonaali, Medinaali, Peronaali sekä erittäin voimakkaalle ja pahalle haiseva Paraldehydi-liuos.

1950-luvun vaiheilla markkinoille alkoi tulla uusia psykelääkkeitä. Uusien lääkkeiden tulo virkisti potilaiden lisäksi myös henkilökuntaa ja monien mieleen juolahti ajatus potilaiden paranemisesta. Lääkkeet olivat ihmeellisiä ja niiden tulon myötä on koettu sairaalan muuttuneen säilytyspaikasta sairaalaksi. Pian uusien psykelääkkei-

den tulon jälkeen huomattiin hoidon muuttuneen avoimemmaksi ja vapaammaksi. Potilaat alkoivat rauhoittua ja täten pystyttiin joitakin osastoja muuttamaan avo-osastoiksi. Potilaat alkoivat saada myös vapaakävelyjä.

## 7.9 Ryhmäterapiat osaksi potilaiden hoitoa

Harjavallan sairaalassa historian aikana alettiin kehittää monipuolisia ryhmiä, joita hyödynnettiin potilaiden hoidossa. Potilaiden kanssa aloitettiin keskusteluryhmiä, toiminnallisia ryhmiä sekä voimistelutunteja osastolla. Myöhemmin 1960–70 luvulla tulivat musiikkiryhmät. Alun perin ryhmiä veti ainoastaan sairaalan psykologi, mutta myöhemmin henkilökuntaa koulutettiin ryhmätyökoulutuksella. Koulutus toi työkaluja, tietoa ja varmuutta ryhmien pitämiseen. Vanhemmat hoitajat eivät niinkään olleet innokkaita ryhmiä pitämään, joten ryhmät jäivät nuorempien hoitajien vastuulle.

Ryhmiä osastoilla pidettiin aluksi viikoittain ja ne koettiin hyvin mielenkiintoisiksi. Ryhmäkoot saattoivat vaihdella runsaasti ja toisinaan pidettiin myös hyvin suuria ryhmiä. Suurimmaksi osaksi potilaat viihtyivät ryhmissä. He saivat tuoda vihdoin omia mielipiteitään ja asioitaan esille. Toki ryhmissä oli mukana myös potilaita, jotka eivät niinkään osallistuneet keskusteluihin, mutta kuuntelivat tarkkaan. Musiikkiryhmissä potilaiden kanssa kuunneltiin äänilevyjä ja keskusteltiin kappaleista. Monesti saikin todeta potilailla olleen jo entuudestaan musiikin tuntemusta.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen teoriaosuus on laaja ja riittävä kuvaamaan psykiatrian historiaa sekä siinä käytettyjä yleisimpiä hoitomenetelmiä. Psykiatriassa käytetyt hoitomenetelmät ovat olleet varsin epäinhimillisiä, mutta kehityksen myötä se on tänä päivänä yksi kehittyneimmistä tieteenalosta.

Teoriatietoa käytetyistä psykiatrasta hoitomenetelmistä löytyi paljon ja aihetta on tutkittu hyvin. Haasteeksi tutkimuksessa kuitenkin kohdattiin se, että saadussa aineistossa ei joko käsitelty lainkaan tai vain hyvin niukalti puhuttiin tietyistä hoitomenetelmistä. Jatkossa aineiston haastatteluja tehdessä olisi hyvä tehdä selkeämpää ja perusteellisempää haastattelua esimerkiksi juuri hoitomenetelmistä, jolloin tutkimuksen tuloksista saataisiin kattavampia ja enemmän palvelevampia.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Harjavallan sairaalan historiaa tutkiessa. Tulokset selventävät ajatuksia sairaalan historiassa käytetyistä hoitomenetelmistä. Perusteellisempia haastatteluja saadessa, voitaisiin vielä paremmin paneutua käytettyihin hoitomenetelmiin ja saada parempaa tietoa jatkotutkimuksista, ajatellen sitä kuinka paljon niitä on käytetty ja kuinka niiden on koettu vaikuttaneen potilaisiin. Aihe on mielenkiintoinen ja siitä saisi monia mahtavia tutkimuksia.



## LÄHTEET

Achte, K. Tamminen, T. 1998. Psykiatrian käsikirja. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Autio-Sarasma, S. 2008. Historian tutkimus, tutkimusprosessi. Viitattu 22.3.11.  
<http://www.enorssi.fi/virmo/virmo-1/kashisnet/kasvatuksen-historian-tutkimus/kasvatuksen-historian-tutkimusprosessi/>

Elomaa, E. Taipale, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa. Sandoz Oy.

Eskola, A. 1975. Sosiologian tutkimusmenetelmät 2. Helsinki. WSOY.

Judin, T. 1983. Harjavallan sairaala 1903-1983. Rauma. Oy Länsi-Suomi.

Kinnunen, L. 1964. Mielisairaanhoito. Porvoo. WSOY

Lepola, U. Koponen, H. Leinonen, E. Joukamaa, M. Isohanni, M. Hakola, P. 2005. Psykiatria. Helsinki. WSOY

Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. 2009. Psykiatria duodecim. Jyväskylä. Gummeruksen kirjapaino Oy.

Puolakka, K. 2011. Ylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalue. Harjavalta. Puhelinhaastattelu 12.12.2011. Haastattelijana Veera Laukkanen. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki. Mielenterveystyön keskusliitto.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Wikipedia vapaa tietosanakirja. 23.2.2011. Historia tieteenalana. Viitattu 22.3.11.  
<http://fi.wikipedia.org/wiki/Historia>

Wikipedia vapaa tietosanakirja. 24.8.2011. Psykiatria. Viitattu 20.9.2011.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Psykiatria>

Ylhäinen, K. 2011. Sähköshokeista aivokirurgiaan. Satakunnan kansa. Sunnuntailiite.

.

## Esimerkki työterapian aineisto analyysistä

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>
Ei tiedetty mitä tehdä Nyppivät tilkkuja Tyynytäytteitä Huonot välineet	Alkuvaikeudet  Välineiden huonous
Kangaspuut Matonkuteita Huonekaluaskartelua Kauniita käsitoita Sukkien kutomista Matonkude leikkaajat	Työn monipuolisuus  Hyötytavaraa
Uusia työtapoja Uudet materiaalit Työtilojen remontti Myyjäistoimintaa Yhteistyö osastojen kanssa Hyvät välineet	Uudistukset Tekemisen parantuminen Välineiden parantuminen Yhteistyö
Innokkaista tekemään Auttavat toisiaan	Innostus Avuliaisuus
Arvostus Henkilökunta ja muut ostivat Parhaimpia huonekaluja	Arvostus  Laatu

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>
Alkuvaikeudet Välineiden huonous	Alun ongelmat	Työn hyödyllisyys ja kannattavuus
Työn monipuolisuus Hyötytavaraa	Työn hyödyllisyys	
Uudistukset Tekemisen parantuminen Välineiden parantuminen Yhteistyö	Parannus muutokset	
Innostus Avuliaisuus	Yhdessä tekeminen	
Arvostus Laatu	Työn kannattavuus	

<b>Yläluokka</b>	<b>Pääluokka</b>	<b>Yhdistävä luokka</b>
Alun ongelmat Työn hyödyllisyys Parannus muutokset Yhdessä tekeminen Työn kannattavuus	Työn hyödyllisyys ja kannattavuus	Työterapian ja askartelun merkitys psykiatrisessa hoidossa

