

Lotta Hakuni

VUOROVAIKUTUS HOITOSUHTEESSA HARJAVALLAN  
SAIRAALAN HISTORIASSA

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyö

2012

# VUOROVAIKUTUS HOITOSUHTEESSA HARJAVALLAN SAIRAALAN HISTORIASSA

Hakuni, Lotta  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kesäkuu 2012  
Ohjaaja: Sirkka, Andrew  
Sivumäärä: 45  
Liitteitä: 1

Asiasanat: Psykiatria, psykiatrinen hoitotyö, vuorovaikutus, hoitosuhde, Harjavallan sairaala

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Harjavallan sairaalan historiassa tapahtuneita muutoksia hoitosuhteen vuorovaikutuksessa. Opinnäytetyön aihe tuli Harjavallan sairaalan perinneyhdistys Josefiinalta. Tavoitteena oli luoda aineistossa käsiteltävistä vuorovaikutukseen liittyvistä seikoista kokonaisuus, jota Josefiina voi halutessaan tulevaisuudessa hyödyntää.

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen, ja tutkimus noudattelee historiantutkimukselle tyypillisiä prosesseja. Aineistona käytettiin Harjavallan sairaalan perinneyhdistys Josefiinan keräämiä haastatteluja sairaalan entisiltä työntekijöiltä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan vuorovaikutus hoitosuhteessa on ollut hyvin vaihtelevaa. Vuorovaikutusta ylläpidettiin yhteisellä ajanvietolla. Omahoitajuuden kehittyminen on ollut merkittävä edistysaskel kohti yksilöllistä hoitosuhdetta. Harjavallan sairaalan historian aikana mielenterveystyön hoitokulttuuri on kokenut suuria muutoksia. Tuloksista voidaan päätellä, että Harjavallan sairaala on ollut hyvin mukana ajan muutoksissa.

## INTERACTION IN CARE RELATIONSHIP IN THE HISTORY OF THE HARJAVALTA HOSPITAL

Hakuni, Lotta

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

June 2012

Supervisor: Sirkka, Andrew

Number of pages: 45

Appendices: 1

Keywords: Psychiatry, psychiatric nursing, interaction, care relationship, Harjavalta hospital

---

The purpose of this study was to analyse changes in interaction in care relationship in Harjavalta hospital's history. The subject of this thesis was provided by the hospital's Heritage Association Josefiina. The objective of the study was to create an overview of changes in care relationship occurred in last decades for Heritage Association Josefiina's use.

The study is a qualitative by nature, and it follows the processes of history research tradition. The data has been collected by the Heritage Association Josefiina by interviewing the hospital's former employees. The data was analysed by means of data-driven content analysis.

The results indicate that the interaction in care relationship has varied a lot during the last decades. The interaction mainly was maintained by spending time together. The development of primary nursing has been a remarkable step forward in development of more individualized care relationships. Furthermore, it was indicated that throughout the history of Harjavalta hospital there has been significant changes in the culture of mental healthcare. It could be concluded that Harjavalta hospital has kept up well up- to- date in the changes of winds.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	VUOROVAIKUTUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ.....	7
2.1	Hoitosuhteen elementit .....	8
2.1.1	Transferenssi .....	8
2.1.2	Distanssi .....	9
2.1.3	Vastustus ja torjunta .....	10
2.1.4	Kuunteleminen .....	10
2.1.5	Holding.....	10
2.2	Hoitosuhteen tasoja.....	10
3	PSYKIATRIAN HISTORIA.....	11
3.1	Psykiatrian kehitys Suomessa.....	13
3.1.1	Psykiatrisen hoitotyön keskeiset muutokset 1950- luvulta lähtien .....	14
3.2	Harjavallan sairaalan historia.....	16
3.2.1	Omahoitajuus Harjavallan sairaalassa.....	17
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	20
5	HISTORiantutkimus.....	20
5.1	Historiantutkimuksen suuntaukset.....	20
5.2	Historiantutkimuksen prosessi .....	22
5.3	Sisällönanalyysi .....	23
5.4	Kvalitatiivinen tutkimus .....	25
5.5	Valmiiden aineistojen käyttö tutkimuksessa.....	25
5.6	Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka.....	26
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	28
6.1	Hoitosuhteen elementit Harjavallan sairaalassa .....	28
6.1.1	Omahoitajuuden kehittyminen Harjavallan sairaalassa .....	28
6.1.2	Työterapian merkitys.....	29
6.2	Vuorovaikutus hoitosuhteessa Harjavallan sairaalassa.....	30
6.2.1	Hoitosuhde Harjavallan sairaalassa.....	30
6.2.2	Hoitajan töiden vaikutus potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen .....	31
6.2.3	Potilasretkien myönteiset vaikutukset.....	32
6.2.4	Omaisten merkitys potilaiden hoidossa.....	32
6.2.5	Potilaiden hoitaminen Harjavallan sairaalassa.....	33
6.3	Mielenterveystyön hoitokulttuurin muutokset.....	33
6.3.1	Hoitotyön kehittyminen ja sen merkitys .....	34
6.3.2	Hoitajien koulutus ja työhön perehdyttäminen .....	35
6.3.3	Yhteistyön kehittyminen .....	36

6.3.4 Muutokset potilaiden aktiviteetissa.....	36
6.3.5 Terapiaryhmien merkitys potilaiden hoidossa .....	37
6.4 Sairaalakulttuurin muutosten vaikutus.....	37
6.4.1 Hierarkian merkitys Harjavallan sairaalassa .....	38
6.4.2 Vuorovaikutussuhteiden merkitys potilaiden hoidossa.....	39
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	40
7.1 Tulosten tarkastelu .....	40
7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi .....	42
7.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	42
LÄHTEET.....	44
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Vuorovaikutus on merkittävä osa mielenterveyspotilaiden hoitoa. Potilaan ja hoitavan osapuolen välinen kommunikointi on tärkeää mahdollisimman hyvien hoitotulosten saamiseksi.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tarkastella Harjavallan sairaalassa vuosien saatossa tapahtuneita muutoksia vuorovaikutussuhteissa. Aihe on Harjavallan sairaalan perinyhdistyksen Josefiinan pyytämä. Tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty haastatteleamalla sairaalan entisiä työntekijöitä, ja se kattaa useita vuosikymmeniä. Josefiinalla on tarkoituksena tulevaisuudessa koota kirja Harjavallan sairaalan vaiheista, ja tämä tutkimus on sen valmistuttua yhdistyksen vapaasti käytettävissä.

Historiantutkimus on merkittävä tutkimuslaji, sillä se mahdollistaa ymmärtämään menneisyydessä tapahtuneita asioita paremmin ja tätä kautta luomaan uusia toimintatapoja. (Tallberg 1998, 187).

## 2 VUOROVAIKUTUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Toimiva ja asiakaslähtöinen hoitosuhde on riippuvainen tasa- arvoisesta vuorovaikutussuhteesta osapuolien välillä. Hoitosuhdetta tarkasteltaessa keskeisiä seikkoja ovat vuorovaikutus ja kommunikaatio. Vuorovaikutuksen keskeinen tehtävä on liittää yksilö ympäröivään maailmaan ja sitä kautta kehittää yksilön toimintaa. Kommunikaation rooli on olla ensisijaisesti tiedonvälittäjä ja vuorovaikutussuhteen ylläpitäjä. Kommunikaatiota on sekä sanallista että sanatonta. Sanallisen kommunikaation ongelmana on se, että sanojen merkitys saattaa eri ihmisillä vaihdella, mitä kautta saattaa syntyä suuriakin väärinkäsityksiä. Lisäksi kaikki ihmiset eivät ole verbaalisesti yhtä lahjakkaita, ja itsensä ilmaiseminen saattaa nousta ongelmaksi. Sanattomassa kommunikoinnissa pitää huomioida myös ne asiat, joita ei lausuta ääneen. Ilmeet, eleet ja kehon kieli saattavat havainnollistaa jopa enemmän mitä puhutut sanat. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11-16.)

Psykiatrisessa hoitotyössä keskeistä on potilaan ja hoitotyön ammattilaisen välisen hoitosuhteen toimivuus. Hoitosuhde määritellään kuvaavan ”hoitajan ja potilaan/ asiakkaan kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta” (Mäkelä ym. 2001, 12.) Hoitosuhteessa olennaista on ihmisten välinen aito kohtaaminen ja vuorovaikutus. Hoitosuhteen osapuolilla on yhteinen päämäärä, potilaan hyvinvoinnin lisääminen, ja molemmilla on oma roolinsa tämän päämäärän saavuttamiseksi. (Salo & Tuunainen 1996, 433-438.)

Hoitosuhteessa korostuu dialogisuus, eli suhteen osapuolien välinen kommunikointi. Osapuolet kohtaavat toisensa tasavertaisina ja kunnioittavat toistensa subjektiutta. Tämä merkitsee sitä, että potilasta kannustetaan auttamaan myös itse itseään, ja että osapuolet ovat keskenään tasavertaisia. Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa annetaan molemmille osapuolille mahdollisuus kasvaa yhdessä. Kyse on sellaisen hoitosuhteen rakentamisesta, jossa on luottamusta, rehellisyyttä, kunnioitusta ja avoimuutta. ”Parhaimmillaan hoitosuhde on intersubjektiivinen suhde, joka tarkoittaa yhteyden antautumista, jolloin toista ei esineellistetä eikä häntä kohdella objektina.” (Punkanen 2001, 51-52.)

Vuorovaikutussuhteen aitous on tärkeää. Auttaja haluaa vilpittömästi auttaa, ymmärtää ja hyväksyä toisen osapuolen. Auttamisen kohde taas haluaa tulla eheämmäksi ja muuttua enemmän sellaiseksi ihmiseksi kuin haluaisi olla, ja hän haluaa toisen ihmisen apua, jotta pystyisi paremmin selviytymään elämässään kohtaamista vaikeuksista. Jokainen ihminen haluaa saada hyväksyntää, ja vuorovaikutussuhteessa sen saaminen on entistä tärkeämpää. Toisen hyväksyminen lujittaa suhdetta ja tuo siihen lämpöä ja turvallisuutta. Hyvä hoitosuhde auttaa potilasta ymmärtämään oman elämänsä vaikeuksia ja asioita, jotka aiheuttavat tyytymättömyyttä elämäänsä. (Mäkelä ym. 2001, 12-15.)

Hoidon onnistuminen riippuu paljon siitä, millainen auttajan ja autettavan välinen suhde on ja siitä, miten auttaja kykenee hyödyntämään tätä suhdetta potilaan tukemiseksi. Hoitosuhteen luomisprosessi jatkuu koko hoitosuhteen ajan. Sen syntymisessä on eri tasoja, jotka helpottavat suhteen jäsentelyä ja kehittymistä. Ammatillaisen on tärkeää tunnistaa nämä vuorovaikutuksen tasot, sekä kyetä vaihtelevaan niitä jotta lopputuloksena olisi suhteen mahdollisimman hyvä kehitys. (Salo ym. 1996, 433-438.)

## 2.1 Hoitosuhteen elementit

Keskeinen osa mielenterveystyötä on omahoitajuus. Sen keskeisiä piirteitä on hoidon jatkuvuus, koordinointi ja potilaan hoidon kokonaisvaltaisuuden takaaminen. Hoitosuhteessa on useita eri elementtejä, joita ympäröi koko ajan hoitosuhteen dialogisuus. (Punkanen 2001, 52-53.)

### 2.1.1 Transferenssi

Transferenssi eli tunteensiirto on hyvin yleinen hoitosuhteessa. Ihminen reagoi kunkin hetken objekteihin ja henkilöihin siten, että ajattelee näiden olevan hänelle entuudestaan tuttuja. Hoitosuhteen toinen osapuoli siis muistuttaa jotakin toisen entuudestaan tuntemaa ihmistä, jolloin tähän reagoidaan myös samoin kuin vanhaan tut-



tuunsa. Transferenssi voi olla positiivista tai negatiivista, ja sen laatu vaihtelee hoitosuhteen eri aikoina, joka johtaa potilaan tilan muutoksiin ja sitä kautta tervehtymiseen. Hoitaja voi kokea myös vastatransferenssia, jolloin hoitajan oman lapsuuden objekteihin liittyviä tunteita aktivoituu. Vastatransferenssin tunteet saattavat joissain tapauksissa nousta jopa esteeksi hoitosuhteelle, mikäli hoitaja ei ymmärrä tunteidensa alkuperää. Voimakkaiden transferenssi- ja vastatransferenssitunteiden takia kaikki hoitajat ja eivät sovi kaikille potilaille eivätkä kaikki potilaat kaikille hoitajille. (Pun-kanen 2001, 53-54.)

### 2.1.2 Distanssi

Hoitosuhteen osapuolten välinen distanssi eli välimatka erottaa ammatillisen vuorovaikutussuhteen muista ihmissuhteista. Hoitohenkilökunta käyttää virkapukuja ja ammattia korostavia merkkejä säädelläkseen distanssia. Muilla erikoisaloilla näitä merkkejä käytetään enemmän kuin psykiatrisessa hoitotyössä. Hoitosuhteen ja luottamuksen rakentaminen on helpompaa, kun hoitaja ja potilas ovat enemmän subjekti-subjektisuhteessa. Potilaan psyykkisestä kunnosta riippuu, millaista distanssia pidetään. Distanssi ilmenee kolmella osa-alueella.

Psykiatrisessa hoidossa fyysinen distanssi tarkoittaa sitä, että hoitaja välttää turhaa fyysistä läheisyyttä. Normaalit kätelemiset ja pitkäaikaisen hoitosuhteen päättymiseen liittyvät halaamiset ovat normaaleja koskettamisen tilanteita, mutta jos potilas pyrkii jatkuvasti istumaan hyvin lähellä tai halaamaan hoitajaansa, otetaan asian sopimattomuus puheeksi. (Pun-kanen 2001, 54-55.)

Psyykkisellä distanssilla tarkoitetaan sitä, että hoitajan tulee ymmärtää miksi potilaat usein kyselevät hyvinkin henkilökohtaisia asioita. Yleensä se on merkki siitä, että potilas toivoo hoitajan kiinnittävän huomiota potilaaseen ja kysyvän niistä asioista, joista hän itse kyselee hoitajalta. Kun hoitaja ymmärtää tämän on psyykkistä distanssia helpompi pitää yllä. (Pun-kanen 2001, 55.)

Sosiaalinen distanssi tarkoittaa sitä, että hoitosuhde kuuluu vain työhön, ei vapaa-aikaan. Hoitosuhteen osapuolet kohtaavat työn merkeissä, eikä yhteyttä pidetä omalla

ajalla entisiin eikä nykyisiin potilaisiin. Molempien osapuolien pitää osata irtautua hoitosuhteesta. Sosiaalinen distanssi on molempien osapuolien etu. (Punkanen 2001,55.)

### 2.1.3 Vastustus ja torjunta

Vastustus voi näkyä hoitosuhteessa monella eri tavalla. Tyypillistä vastustamista on esimerkiksi tapaamisista myöhästely tai sovittujen tapaamisten peruminen. Se on ihmisen terve puolustusmekanismi. Torjunta taas on syvemmältä kumpuavaa. Siihen voivat liittyä esimerkiksi potilaan hyvin epärealistiset tulevaisuuden suunnitelmat, joissa potilas ei ota sairauttaan huomioon. Potilas pyrkii ikään kuin kieltämään koko sairautensa olemassaolon. (Punkanen 2001, 55.)

### 2.1.4 Kuunteleminen

Psykiatrisessa hoitosuhteessa hoidon tulee aina lähteä potilaan tarpeesta. Kuuntelemisella ei tarkoiteta vain tavallista kuuntelemista, vaan myös syvempää kuuntelemista, ihmisen kuulemista. Hoitajalta vaatii paljon kärsivällisyyttä kuulla potilasta ja asettua potilaan käytettäväksi. Potilaalla on paljon mistä hän haluaa ja mistä hänen myös tarvitsee puhua, ja silloin hoitajan tulee suostua kuuntelijan rooliin. (Punkanen 2001, 55-56.)

### 2.1.5 Holding

Holding- hoito- otteella tarkoitetaan sellaista eläytyvää huolenpitoa, jossa potilaalle vähitellen annetaan vastuuta omasta hoidostaan ja kunnostaan. (Punkanen 2001, 56.)

## 2.2 Hoitosuhteen tasoja

Hoitosuhteen perustasolla kaksi ihmistä kohtaavat toisensa sellaisenaan. Vuorovaikutus koostuu lähinnä puhumisesta ja ruumiinkielestä. Mitään merkittävää kehitystä tällä tasolla ei yleensä tapahdu huolimatta siitä, että osapuolet saattavat jakaa paljon-

kin erilaisia faktoja keskenään. Tämä tieto on kuitenkin perustason tietoa, eikä johdattele asioita syvemmälle. (Salo ym. 1996, 440-441.)

Tulkitsevalla tasolla hoitosuhteen pohjana ovat hoidettavan menneisyydestä kumpuavat seikat. Jokaiseen vuorovaikutussuhteeseen liittyy järkeviä odotuksia, mutta sen lisäksi siihen liittyy aikaisemmassa elämässä syntyneitä odotuksia ja tarpeita. Yleensä tiedostamattaan näitä odotuksia siirtää uuteen vuorovaikutussuhteeseen. Hoidettava on saattanut menneisyydessään kokea esimerkiksi välipitämättömyyttä tai halveksuntaa, jota hän sitten automaattisesti pelkää myös uudessa vuorovaikutussuhteessa. Näitä menneisyyden ihmissuhdekokemuksia voidaan hyödyntää hoitosuhteessa. Hoidettava saattaa tunnistaa näitä menneisyyden painolasteja itsessään ja tätä kautta hyödyntää niitä kokemuksia muutoksen tavoittelussa. (Salo ym. 1996, 438-439.)

Hoitosuhteessa on myös neuvova ja tukea antava taso. Tässä keskeistä on auttajan rooli. Auttaja pyrkii ymmärtämään ja kuuntelemaan. Hoitosuhteessa ei voi odottaa vastavuoroisuutta. Auttajan tulee ymmärtää oma asemansa ja roolinsa hoitosuhteessa ja käytettävä sitä mahdollisimman tehokkaasti hyväkseen niin, että autettava saisi siitä mahdollisimman suuren hyödyn. Jotta hoitosuhde voi kehittyä tälle tasolle, tulee sen olla jatkuva ja edistystä tuottava. (Salo ym. 1996, 440.)

### 3 PSYKIATRIAN HISTORIA

Psyykkisiä häiriöitä on aina ollut olemassa. Varsinainen psykiatria kehitettiin 1700-luvun lopussa (Shorter 2005, 1). Sitä ennen esihistoriallisina aikoina psyykkisten häiriöiden uskottiin olevan yliluonnollisten henkien ja voimien synnyttämiä. Mielenterveysongelmista kärsivien uskottiin olevan demonien valtaamia. Usein ajateltiin myös, että ihminen itse oli omilla teoillaan aiheuttanut itselleen mielenterveysongelman. Myös toiset heimot saattoivat loitsuillaan aiheuttaa sairauksia ja onnettomuutta.

Mielisairautta pyrittiin parantamaan erilaisilla rituaaleilla ja uhrilahjoilla. (Achté, Alanen & Tienari. 1981, 1-5.)

Antiikin kreikkalaiset ajattelivat sairauksien olevan pahojen henkien aiheuttamia tai jumalten langettamia rangaistuksia. Platon kertoi erilaisista mielisairauksista. Hän jakoi ne profeettisiin, rituaalisiin, runollisiin ja eroottisiin mielenterveyshäiriöihin. Aristoteles taas lähestyi ihmisten käyttäytymistä empiirisestä näkökulmasta, ja tuli ajatustensa kanssa hyvinkin lähelle joitain psykiatrin nykykäsityksiä. Aristoteleen mukaan ihmisen torjutut tunteet tulisi jollakin lailla saada purettua. Hänen mukaansa hyviä hoitokeinoja olivat musiikki ja viinin juominen. (Achté ym. 1981, 1-5.)

Roomassa puolestaan vaikutti Galenos, lääkäri, jonka voimien teorian mukaan hengitys- ja verenkiertoelinten avulla syntyi elämänvoima. Galenoksen mukaan mielenterveys oli harmoniaa, joka riippui rationaalisten ja irrationaalisten tekijöiden suhteesta. Kahdeksanosaisen lääketieteen teoksen kirjoitti Celsius ensimmäisellä vuosisadalla jKr. Teokset olivat merkittäviä ja siihen aikaan erittäin omaperäisiä, sillä jo tuolloin Celsius piti lääkärin ja potilaan välillä vallitsevaa suhdetta erittäin tärkeänä. Häntä pidetään modernin psykoterapian edelläkävijänä, sillä hänen mukaansa masentuneita potilaita voidaan virkistää ja kiihtyneitä rauhoittaa mikäli lääkärin ja potilaan välillä osataan käyttää oikeanlaisia menettelytapoja. (Achté ym. 1981, 1-5.)

Lähi- Idässä arabit perustivat ensimmäiset mielisairaalat 800- luvulla. Sairaaloihin luotiin rauhallinen tunnelma, hoitoina käytettiin paljon musiikkiterapiaa ja luonnosta tulevia lääkkeitä. Keskiajalle tultaessa Tuomas Akvinolainen ja Albert Suuri kehittivät samankaltaiset psykopatologiset teorit, jotka pohjautuivat siihen olettamukseen, että mielisairaus johtuu jostakin elimellisestä häiriöstä. Tämä taas johtui järjen riittämättömästä tai puutteellisesta toiminnasta. 1400- lukuun mennessä Euroopassa oli jo useita psykiatrisia sairaaloita. Potilaita kuitenkin pidettiin suurimmassa osassa näistä erittäin epäinhimillisissä oloissa; he olivat usein kahleissa ja heitä kuritettiin fyysisesti. (Achté ym. 1981. 4-8.) Mielisairaaloiden tarkoituksena oli kuitenkin vain säilyttää potilaita, ei yrittää parantaa. Yhteisö katsoi, että mielisairaiden hoitaminen kuului perheelle. Nämä kotioiloissa säilytetyt mielisairaajat joutuivat usein elämään pimeissä kopeissa poissa näkyviltä. Vasta 1700- luvun lopulla keksittiin, että mieli-

sairaaloita voitaisiin käyttää terapeuttisessa tarkoituksessa sen sijaan, että siellä vain säilytetään ihmisiä. (Shorter 2005, 1-8.)

### 3.1 Psykiatrian kehitys Suomessa

Kuten muuallekin Eurooppaan, myös Suomeen perustettiin asylumeja keskiajalla. Ne sijoitettiin mahdollisimman kauas kaupungeista, jottei sairaista olisi ollut muille ihmisille haittaa. Usein kerran sairaalaan jouduttuaan ihmiset viettivät siellä loppuelämänsä. Vuonna 1755 Seilin sairaalasta Nauvossa tehtiin ensimmäinen valtion mielisairaala. Hoitomuotoina käytettiin rukouksia ja katumusharjoituksia. Sairaala oli potilaille enemmänkin turvapaikka, sillä siellä ei ollut lääkäreitä, ja olosuhteet olivat kurjat. (Achté ym. 1981, 13-15.)

Lääninsairaaloita alettiin perustaa 1700-luvun puolenvälin jälkeen. Niihin perustettiin omia osastoja mielisairaita varten. Vuonna 1840 asetetun asetuksen mukaan potilas, jolla oli mielisairaudesta oireita, tuli toimittaa hoitoon potilaan omalla kustannuksella, tai omaisten tai isännän tai emännän kustannuksella. Ensin tehtiin pari kuukautta kestävä koehoitto, ja mikäli hoito ei tehonnut, tuli potilas toimittaa jatkohoitoon. Jos sairaus todettaisiin parantumattomaksi, tuli potilas siirtää Seilin sairaalaan turvaan. Näihin aikoihin tieteellinen psykiatria alkoi vähitellen kehittyä. Tämän asetuksen taustalla oli ajatus, että mielisairauksia pystyttäisiin hoidoilla parantamaan. (Leppola, Koponen, Leinonen ym. 2002, 9-15.) Potilaiden hoitoon alettiin kiinnittää enemmän huomiota, ja sairaaloiden huonoja oloja pyrittiin parantamaan inhimillisempään suuntaan. (Achté ym. 1981, 13-14.)

Lapinlahden sairaalan ensimmäinen ylilääkäri Leonhard Fahlander tutustui useilla opintomatkoillaan uusimpiin psykiatrian hoitomuotoihin. Psykiatrisen hoidon menetelmien kehitys mahdollistui vähitellen, kun Lapinlahden sairaalassa potilaita tutkittiin ja heidän oireitaan tarkkailtiin ja havainnoitiin. Nämä tiedot kirjattiin ylös, kuten myös se, miten erilaiset hoitomuodot tehosivat. Fahlander kokeili hetken hoitaa potilaitaan ilman pakkokeinoja, mutta menestymättä tässä (Achté ym. 1981, 13-14.) Mielisairaiden hoidossa käytettiin Fahlanderin kokeilun jälkeen vielä potilaiden oksennuttamista, peräruiskeita ja suonensisäisiä lääkkeitä, sekä erilaisia voiteita ja eterisiä öljyjä.

Nämä hoitotavat tosin olivat tehottomia, ja niiden aiheuttama haitta oli usein huomattavasti suurempi kuin niistä saatu hyöty. (Lepola ym. 2002, 11-12.)

Hyvin pian Lapinlahden sairaalan perustamisen jälkeen huomattiin, ettei mielisairaille ollut riittävästi hoitopaikkoja. Tämän myötä Kuopioon perustettiin Niuvanniemi, ja Tampereelle Pitkäniemi. 1800- ja 1900- lukujen vaihteessa psykiatria oli kehittynyt jo todella paljon. Potilaan psyykkiseen puoleen vaikuttavia lääkkeitä tunnettiin jo useita, lisäksi toimintaterapiaa alettiin käyttää hoidoissa. Huomiota alettiin kiinnittää myös osastojen terapeuttiseen ilmapiiriin. (Lepola ym. 2002, 12-13.)

Vuonna 1889 astui voimaan keisarillinen asetus, jonka mukaan kuntien tuli järjestää mielisairaiden hoito perustamalla köyhäntalojen yhteyteen osastoja mielisairaille. Kunnat velvoitettiin antamaan hoitoa sellaisillekin mielenterveyspotilaille, jotka eivät sitä muutoin voineet saada. Psykiatristen laitosten tehtävät jaettiin uudelleen. Nämä kunnalliskotien mielisairasosastot toimivat aina 1950- luvulle asti, jolloin ne jäivät pois B- sairaalaverkon kehittymisen myötä. B- sairaalaverkko täydensi keskusmielisairaaloita osastoillaan, jotka oli tarkoitettu kroonisille pitkäaikaispotilaille (Alanen 2006.)

Keisarin antaman asetuksen myötä kunnat saattoivat perustaa myös yhteisiä mielisairaslaitoksia eli piirimielisairaaloita, joista ensimmäiset rakennettiin Harjavaltaan, Kellokoskelle ja Uuteenkaupunkiin. Piirimielisairaaloiden toiminta erosi toisistaan suuresti. Osa seurasi psykiatrian yleistä kehitystä aktiivisesti ja osa pitäytyi vanhoissa toimintatavoissa. 1930- luvulla skitsofreniaa hoidettiin insuliinikoomalla, ja 1940- luvulla alettiin masennuksen ja katatonisen skitsofrenian hoidossa käyttää sähköshokeja. (Lepola ym. 2002, 13-20.)

### 3.1.1 Psykiatrisen hoitotyön keskeiset muutokset 1950- luvulta lähtien

Vuoden 1952 mielisairaslaki siirsi mielenterveyspotilaiden hoidon ensisijaisesti kuntien vastuulle. Jokaisessa mielisairaanhoitopiirissä tuli olla keskusmielisairaala, sekä avohoitopotilaita varten järjestetty huoltotoimisto eli mielenterveystoimisto. Psykiatrisia hoitopaikkoja oli runsaasti, mutta monet potilaista eivät olleet mielenterveyspo-

tilaita, vaan joukossa oli niin neurologisista sairauksista kärsiviä kuin kehitysvammaisia ihmisiä. Uuden lain myötä psykiatrinen hoito kehittyi paljon ja korkeatasoiseksi. Keskusmielisairaaloissa oli röntgenyksiköt, EEG- laitteet ja omat laboratorionsa. Uusien psyykenlääkkeiden käyttö yleistyi nopeasti. Toimintaterapiaa kehitettiin pidemmälle ja potilaiden kuntoutuksesta huolehdittiin aktiivisemmin. Hoidon tason nouseminen johti siihen, että mielisairaalat alkoivat nopeasti tyhjäntyä. (Lepola ym. 2002, 13-20.)

Silloisissa mielisairaanhoidopiireissä hoito painottui mielisairaslain mukaisesti A- ja B- sairaaloihin. Akuuttihoitoa vaativat potilaat sijoitettiin A- sairaaloihin ja pitkäaikaispotilaat taas B- sairaaloihin. Yliopistollisten keskussairaaloiden psykiatrinen hoitotyö käynnistyi 1960- luvulla. Muutosta perusteltiin näkemyksellä, jonka mukaan hoitoa tarvitsevat potilaat hyötyivät enemmän kun työnjakoa somaattisen ja psykiatrisen hoidon välillä pienennettiin. 70- luvun lopussa tuli jälleen uusi mielisairaslaki, joka poisti jaon A- ja B- sairaaloiden välillä. Hoitoa muutettiin avohoitokeskeisemmäksi. Muutos mahdollisti toiminnan kehittämisen monipuolisemmaksi niin sairaaloissa kuin mielenterveystoimistoissa. Oppimisterapiaa otettiin käyttöön, jotta potilaiden käytöstä saataisiin muokattua haluttuun suuntaan. Periaatteena oli se, että toivotusta käytöksestä potilas palkittiin ja huono käytös taas jätettiin huomiotta. Oppimisterapian tavoitteena oli vähentää potilaiden laitostumista tekemällä potilaista aktiivisia, vastuuntuntoisia ja ympäristöstään kiinnostuneita. Menetelmän kehitys jatkui 80- luvulla, jolloin sitä otettiin myös laajemmin käyttöön psykiatrisissa sairaaloissa. Hoidon yksilöllinen suunnittelu ja arviointi korostui. Vuonna 1979 saatiin käyttöön hoitosuunnitelmalomakkeet. Tiimityöskentelyn merkitys lisääntyi, jotta potilaat hyötyisivät enemmän eri ammattiryhmien erikoisosaamisesta. Omahoitajajärjestelmä otettiin yleisesti käyttöön 70- luvun lopussa. (Välimäki 2000, 70-75.)

1980- luvulle mentäessä kuntouttavia hoitomenetelmiä otettiin käyttöön. Avo- ja sairaalahoidon välistä kuilua pyrittiin pienentämään hoitoa porrastamalla. Keskussairaloihin perustettiin uusia psykiatrisen hoidon yksiköitä, esimerkiksi lastenpsykiatrian poliklinikoita sekä psykogeriatrin tutkimusosastoja. Sairaalarakennuksia korjattiin ja uudistettiin. Tavoitteena oli muuttaa hoitoympäristöä tukemaan vuorovaikutusta laitoksessa. Potilaspaikkoja vähennettiin ja samalla henkilökunnan suhteellinen määrä osastoilla kasvoi. Passiivisesta laitoshoidosta haluttiin päästä aktiivisempaan suun-

taan. Yhteistyötä potilaiden perheiden kanssa lisättiin. Ryhmätoimintoja kehitettiin ja lisättiin. Perhekeskeisyys korostui hoidossa. Valtakunnallinen itsemurhien ehkäisy-projekti alkoi vuonna 1986. (Välimäki 2000, 71-73.)

70- luvulta peräisin ollutta oppimisterapiamenetelmää kehitettiin edelleen, mutta äärimmäisyyksiin vietyinä se herätti eettistä keskustelua liittyen mm. potilaan vapauksien rajoittamiseen. Sektorisaation eli väestövastuuperiaatteen mukainen malli saatiin Ruotsista. Sen mukaan tietty alue jaettiin osiin, ja nämä osat vastasivat alueensa väestön psykiatrisesta hoidosta. Sektorisaation tavoite oli pienentää avo- ja sairaalahoidon välistä kuilua, tehdä palveluista helpommin tavoitettavia ja joustavia sekä parantaa resurssien käyttöä. Sen ajateltiin myös lisäävän eri tahojen välistä yhteistyötä hoidon parantamiseksi. (Välimäki 2000, 72-73.)

1990- luvun alussa tuli voimaan uusi mielenterveyslaki, joka korosti avohoidon merkitystä potilaan hoidossa. Siinä painotettiin potilaan omaa hoitoon hakeutumista ja oman pärjäämisen tukemista. Terveyspalvelujärjestelmässä koettiin rakenteellisia muutoksia laman takia. Rahoitusvastuu psykiatrisesta hoidosta siirtyi valtiolta kunnille. Hoitopaikat vähenivät merkittävästi kahdestakymmenestä tuhannesta seitsemään ja puoleen tuhanteen. Muutoksia tapahtui myös lääkehoidon saralla. Masennuksen hoito kehittyi sen runsaan lisääntymisen takia. (Välimäki 2000, 73-75.)

### 3.2 Harjavallan sairaalan historia

Vuonna 1889 voimaan tullut keisarillinen asetus mahdollisti Harjavallan piiriemieli-sairaalan perustamisen ja se aloitti toimintansa vuonna 1903. Toiminnan alkaessa sairaala toimi asyyli- laitoksena eli turvapaikkana mielisairaille ja hoidon luonne oli säilyttävää. Vaikeahoitoiset ja häiriöksi olevat potilaat pysyivät sairaalassa kuolemaansa asti. Dementia ja vajaamielisyys olivat tuon ajan yleisimpiä sairauksia. (Judin 1983, 84.) Aluksi sairaalan potilasluku oli 23, mutta se kasvoi alun jälkeen kovaan tahtiin lisätilojen rakennuksen myötä. Vuonna 1953 sairaalassa oli 363 potilasta. (Judin 1983, 74-76.)



Aluksi Harjavallan sairaalalla ei ollut edes omaa lääkäriä. Näin ollen potilaiden hoidon oli mahdotonta vielä tuossa vaiheessa kehittyä riittävän tehokkaaksi. Vuonna 1931 sairaala saikin ensimmäisen päätoimisen lääkäriinsä. (Judin 1983, 74.) Vuonna 1933 sairaalan ensimmäinen oma lääkäri Lauri Saarnio alkoi kehittää sairaalan hoito- toimia. Tämän kehityksen myötä Harjavallan sairaala alkoi muuttua säilytyspaikasta hoitolaitokseksi. (Judin 1983, 74, 77.)

Alkuun potilaiden hoitaminen käsitti käytännössä työterapiaa. Potilaat osallistuiivat sairaalan töihin. He hakkasivat halkoja, auttoivat siivouksessa ja tekivät puutöitä ja ompelivat. Osa potilaista kävi myös sairaalan läheisyydessä maataloissa auttamassa töissä, ja talot sitten maksoivat sairaalalle potilaiden tarjoamasta avusta. Vuonna 1930 sairaala osti kahden kilometrin päässä sijaitsevan Uotilan tilan erityisesti työ- terapiaa ajatellen ja siitä tulikin ns. siirtolaisosasto, jossa hoidettiin sellaisia kroonisesti sairaita potilaita jotka viihtyivät työnteossa mutta joilla ei ollut muuta sijoituspaik- kaa. (Judin 1983, 77-79.)

Harjavallan sairaalassa on vuosien saatossa käytetty paljon erilaisia hoitomuotoja, esimerkiksi insuliinihoitoja ja sähkösokkihoitoja (Judin 1983, 77-83; Mäkelä 1992, 11-15.) 1950- luvulla lääkehoito kehittyi valtavasti ja tämä vaikutti suuresti sairaalan ilmapiiriin. Potilaiden levottomuutta pystyttiin hallitsemaan ja koska lääkityksen avulla potilaat muuttuivat vastaanottavaisemmiksi ja yhteistyöhaluisemmiksi vuoro- vaikutussuhteeseen pohjautuvat hoitomuodot pääsivät vähitellen kehittymään. (Judin 1983, 84-86.) Myöhemmin suuri osa hoidosta onkin ollut erilaisissa terapiamuodois- sa, kuten yksilö-, perhe- ja ryhmäterapiassa (Mäkelä 1992, 14).

### 3.2.1 Omahoitajuus Harjavallan sairaalassa

Kristiina Puolakka kuvaa artikkelissaan Kolme vuosikymmentä omahoitajatyötä - kuvaus Harjavallan sairaalan hoitotyön kehityksestä viimeisten 30 vuoden ajalta ot- sikkonsa mukaisesti sitä, miten omahoitajuus on Harjavallan sairaalassa kehittynyt. (Puolakka n.d., 182.)

Yksilövastuun hoitotyön keskeinen piirre on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde. Potilaat saavat entistä yksilöllisempää ja paremmin suunniteltua hoitoa, koska omahoitaja tutustuu heihin entistä paremmin. Omahoitajatyöskentely sai alkunsa Harjavallan sairaalassa 1970-luvulla. Silloin toiminut hoitoideologiatyöryhmä laati omahoitajan toimenkuvan, jossa omahoitajaa kuvailtiin seuraavasti: ”hän on osastolla työskentelevä turvallinen ja läheinen ihminen, perehdyttäjä ja tietojen antaja, kuuntelija ja keskustelija”. (Puolakka n.d., 183-184.)

Vielä 70-luvulla työ sairaalassa oli pitkälti perushoitoa ja potilaiden päivittäisistä tarpeista huolehtimista. Yhteisöllisyyttä korostettiin. Hoitajat ulkoilivat potilaiden kanssa, askartelivat ja osaston askareista huolehdittiin yhdessä. Osastoilla pidettiin tuohon aikaan yhteisökokouksia ja –raportteja, joissa potilaiden toivottiin avautuvan asioistaan. Potilaiden osallistuminen osastojen toimintaan ja osastojen asioista sopimiseen lisääntyi. (Puolakka n.d., 184.)

Ensimmäinen osasto Harjavallan sairaalassa siirtyi omahoitajakäytäntöön jo vuonna 1964. Jokainen hoitaja sai nimetyn potilashuoneen, jonka potilaista sitten piti enemmän huolta kuin muista. 1970-luvun alussa omahoitajatoiminta oli sairaalassa aluillaan, ja tätä muutosta haluttiin tukea tarjoamalla koulutusta ja työnohjausta. Vuonna 1970 lääkintöhallitus antoi määräyksen tehdä jokaiselle potilaalle yksilöllinen hoitosuunnitelma. Osastojen suurien potilasmäärien takia yksilöllisiä hoitosuhteita oli hankala toteuttaa. Omahoitajatyöskentelyyn kuului tuolloin potilaiden kanssa yhdessä tekemistä ja puuhaamista, mutta joidenkin potilaiden kanssa pyrittiin jo yksilöterapian kaltaiseen hoitosuhteeseen. (Puolakka n.d., 184.)

Harjavallan sairaalan kuntoutustoimintaa kehitettiin 1980-luvulla. Potilaspaikkoja voitiin tämän ansiosta vähentää. Sairaala myös saneerattiin, joka myös osaltaan vaikutti osastojen kokoon. Noihin aikoihin hoitotyö ja hoitotiede käsitteinä nousivat enemmän esiin. Omahoitajakäytäntö oli jo laajasti käytössä, ja omahoitajasuhteen katsottiin olevan tärkein yksittäinen hoidon osatekijä. Osastojen potilasmäärien pienentyminen vaikutti positiivisesti omahoitajatoimintaan, kun hoitajilla oli enemmän mahdollisuuksia keskittyä omiin potilaisiinsa. Potilasta otettiin myös mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. 1980-luvulla Harjavallan sairaalassa olikin tavoitteena selkiyttää omahoitajan toimenkuvaa. Omahoitajuutta myös pyrittiin tukemaan mahdol-

lisimman paljon. Koulutusta ja työnohjausta järjestettiin. Hoitosuhteen osapuolten välistä vuorovaikutusta pidettiin entistä merkityksellisempänä. (Puolakka n.d., 184-186.)

1990- luvulla Harjavallan sairaalassa järjestettiin koko sairaalaa koskeva hoitotyön kehittämisprojekti. Omahoitajatyöskentelyä ja sen kehittämistä pidettiin erittäin tärkeinä. Moniammatillista yhteistyötä käytettiin hyväksi hoidon suunnittelussa. Vuosien saatossa omahoitajatyöskentelystä kehittyi Harjavallan sairaalassa itsestänselvyyttä. Koska lääkäreitä ei aina ole ollut tarpeeksi on omahoitajan rooli ja vastuu entisestään kasvanut. Omahoitaja on tiedonkerääjä ja välittäjä, ja hän huolehtii potilaan hoitosuunnitelman toteutumisesta osastolla. Vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa pidetään erittäin merkittävänä osana hoidon hyvässä onnistumisessa. (Puolakka n.d., 186-190.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millaista vuorovaikutusta hoitosuhteen osapuolilla on aikaisemmin ollut ja sitä miten se on vuosien saatossa muuttunut. Tarkoitus on myös pohtia mahdollisia syitä vuorovaikutussuhteissa tapahtuneisiin muutoksiin, ja tarkastella myös sitä, että onko jokin asia muuttunut huonompaan suuntaan nykypäivään tultaessa. Tavoitteena on luoda aineistossa käsiteltävistä vuorovaikutukseen liittyvistä asioista kokonaisuus, jota Harjavallan sairaalan perinneyhdistys Josefiina voi halutessaan tulevaisuudessa hyödyntää.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitohenkilökunta on kuvannut hoitosuhteen elementtejä?
2. Miten hoitohenkilöstö on kuvannut vuorovaikutusta hoitosuhteessa?
3. Miten mielenterveystyön hoitokulttuuri on muuttunut?

## 5 HISTORiantutkimus

Historian tutkimuksen tarpeellisuus on kauan puhuttanut hoitotyössä. Kuitenkin sen merkitys on kiistaton, sillä menneisyyttä koskeva tieto voi tuoda uusia näkökulmia hoitotyöhön ja auttaa kehittämään sitä parempaan suuntaan. Historiantutkimuksen kautta hoitotyöhön voidaan kehittää uusia ajatuksia ja entistä parempia toimintamodeja. Sen ansiosta voimme selvittää, mikä menneisyyden toimintatavoissa on mennyt pieleen, ja samalla antaa mahdollisuuden oppia niistä. (Tallberg 1998, 187).

### 5.1 Historiantutkimuksen suuntauks

Historiantutkimuksessa käytetään kahta erilaista suuntausta. Nomoteettinen lähestymistapa etsii asioille yleisiä lainalaisuuksia, kun taas idiografinen suuntaus keskittyy

enemmän yksityiskohtiin ja tapahtumien ainutlaatuisuuteen. Aatehistoria kertoo suuntauksista ja syistä, ja siinä tarkastellaan laaja- alaisesti ajan kuluessa tapahtuvia muutoksia. Esitettyjä toimintamalleja ei yleensä liitetä tiettyihin muodostettuihin teorioihin. Aatehistoria voidaan myös jakaa eri suuntauksiin, joista yksi on lääketiede, ja sitä tutkitaan suhteessa yleiseen maailmankuvaan ja kehitykseen. (Tallberg 1998, 188-195.)

Mentaliteettihistoria on syntynyt 1920- luvulla Ranskassa. Sen kehittymisen pohjana oli ajatus siitä, että historiantutkimus tarkasteli ainoastaan pintapuolisesti historian tapahtumia sen sijaan, että olisi pohtinut syvemmin asioiden syitä ja merkityksiä. Keskeistä mentaliteettihistoriantutkimuksessa ovat normit ja tavat, joiden mukaan ihmiset toimivat. Mentaliteettihistorian keskeisenä lähtökohtana onkin yhteiskunnan rakenteiden hitaasti muuttuvat yhteydet ja niiden tarkastelu. Mentaliteettihistoriaan liittyy läheisesti antropologinen historian lähestymistapa. Menneisyyden ihmisiä tarkastellaan subjekteina ja yksilön käsitykset ja mielipiteet huomioidaan. Tätä historiankirjoituksen suuntausta on kuitenkin arvosteltu siitä, että siinä lähdekritiikki ei ole ollut erityisen vahvaa. (Tallberg 1998, 188-195.)

Mikrohistoriaa on kuvailtu tyylinä, jossa tarkastellaan tavallisia ihmisiä heidän tavalisessa elämässään. Usein nämä mikrohistorialliset tutkimukset päätyvät osaksi jotain suurempaa tutkimusta. (Tallberg 1998, 188-195.)

Suullinen historia ja muistitieto on sitä historiaa, joka kulkee ihmisen muistissa ja jota suullisesti kerrotaan eteenpäin, ja joka katoaa ihmisen kuollessa mikäli sitä ei tallenneta. Haastattelut ja kyselyt ovat keskeisiä tiedonkeruumenetelmiä. Erityisesti tutkijan on tunnettava haastateltavan henkilökohtaiset kytkennät aiheeseen, jotta voidaan olla varmoja tietojen todenperäisyydestä ja siitä, että saadaan olennaista tietoa. Tutkimuksessani aineisto on nimenomaan muistitietoa, joka on haastatteluilla kerätty. Haastatteluilla on ollut kevyt viitekehys, mutta kysymysten ei ole annettu johtaa haastatteluja. Muistitietoa käsitellessä tulee olla erityisen kriittinen, koska pitää ottaa huomioon se että yksilö kertoo omista subjektiivisista kokemuksistaan. On mahdollista, että haastateltavan omat tiedot ovat olleet puutteellisia tai virheellisiä. Myös unohtaminen tai asioiden muistaminen väärin on mahdollista. (Tallberg 1998, 188-195.)

Klassinen historiantutkimusmenetelmä eli historiografia käsittelee historiaa juuri sellaisena kuin se todellisuudessa on ollut. Siinä korostetaan lähdekritiikin ja objektiivisuuden merkitystä erittäin voimakkaasti. (Tallberg 1998, 188-195.)

Teorian ohjaama historiankirjoitus pohjautuu ajatukselle, että teoriat ohjaavat vahvasti tutkijan työtä. Valitun teorian katsotaan ohjaavan tutkimusta siihen suuntaan, että sen lopputulos on teorian mukainen. (Tallberg 1998, 188-195.)

## 5.2 Historiantutkimuksen prosessi

Historiantutkimus lähtee aina liikkeelle samoin kuten muutkin tutkimusprosessit: tutkijalla on jokin itseään kiinnostava tutkimusongelma. Historiantutkimus helpottaa ymmärtämään nykyisyyttä. ”Historiantutkimus on menneisyyden kriittistä ja analyttistä arvioimista niillä tiedoilla, joita tutkijalla on käytettävissä.” (Autio- Sarasmo 2008.) Toisin kuin muissa tutkimuksissa, historiantutkimusta tehdessä lopputulos tiedetään. Tarkoitus onkin selvittää, miten kyseiseen lopputulokseen on päädytty. Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten psykiatrisessa hoidossa vuorovaikutussuhde on vuosien kuluessa muuttunut.

Tutkimuskysymysten asettelu tulisi tehdä lähteiden perusteella, tosin niitä saattaa olla aiheellista tarkistaa tutkimuksen edetessä mikäli lähdeaineistoa ei ole tarpeeksi, tai mikäli sitä on liikaa. (Tallberg 1998, 193-194, 197-199.) Myös minun tutkimuskysymykseni tulevat todennäköisesti työn edetessä hieman muuttumaan aineiston mukaisiksi.

Historiantutkimuksessa käytettävästä aineistosta iso osa on suullista tietoa sekä muis-titietoa. Se perustuu erityyppisiin haastatteluihin ja keruumenetelmiin, joissa henkilöitä pyydetään tallettamaan kokemuksellisen tietonsa kirjalliseen muotoon. Erityisen tärkeää on tuntea haastateltavan henkilön kytkennät kyseessä olevaan aiheeseen, jotta saataisiin kerätyksi mahdollisimman oleellista tietoa. Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla sairaalan entisiä työntekijöitä. Haastatteluille on ollut löyhä malli, jota ei ole pilkuntarkasti noudatettu. Aineistossa on siis paljon

muistitietoon pohjautuvaa materiaalia. Historiantutkimusta tehtäessä aineiston saaminen voi jo itsessään muokata tutkimusta. Erityyppisten lähteiden monipuolinen käyttö saattaa rikastuttaa tutkimusta laajasti. Pelkästään kirjoitettu tieto ja puhetieto eivät välttämättä anna kattavaa kuvaa menneisyyden tapahtumista. Myös esimerkiksi aikaan liittyvät elokuvat ja taideteokset kertovat historiasta. Tutkijan on kuitenkin tärkeää muistaa, että lähteet pohjautuvat suurelta osin ihmisten muistitietoon ja siihen, miten ihmiset henkilökohtaisesti kokevat asiat. Lähdekritiikin rooli on erityisen tärkeä. (Tallberg 1998, 193-194, 197-199).

Historiantutkimuksen tarkoitus on luoda uudelleen vanhat tapahtumat ja sitten tulkita niitä. Tulkinta ei kuitenkaan ole ehdoton, vaan parhaimmillaankin se antaa vain yhden mahdollisen vastauksen siihen, miten asia voidaan ymmärtää. Tulkinnan ei ole tarkoitus osoittaa sitä, mitä menneisyydessä on tehty väärin. (Tallberg 1998, 187-202.)

Tutkimusetiikka on myös tärkeää muistaa. Historiallisia lähteitä on hankala valvoa ja niiden todenperäisyyttä on lähes mahdotonta todistaa. Hyvän tutkimusetiikan mukaisesti lähteitä pitää tutkia ja tarkastella monipuolisesti ja kattavasti, ja muistaa myös mainita ne lähteet, jotka ovat hypoteesiin liittyen poikkeavia. Hoitotyön historiaa tutkittaessa pitää muistaa myös historiallisen potilaan koskemattomuus ja intimitettisuoja. (Tallberg 1998, 187-202.)

### 5.3 Sisällönanalyysi

Tutkimusongelmat määrittelevät sen, miten aineistoa käsitellään ja arvioidaan. Analyysitapoja on useita mahdollisia, joista valitaan se tapa, joka parhaiten antaa vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 209-212.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysin käytetään sisällönanalyysiä. Se on kvalitatiivisen tutkimuksen metodi, jonka avulla aineistosta tehdään havaintoja ja siitä luodaan merkityssuhteita. Sisällönanalyysin avulla aineistosta voidaan tarkastella asioiden merkitystä, seurauksia sekä keskinäisiä yhteyksiä. Sisällönanalyysi on prosessi,

joka etenee aineiston pelkistämisestä ryhmien tai suurempien kokonaisuuksien luomiseen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-30.)

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Tutkija päättää, mikä häntä kiinnostaa ja mitä hän aineistosta hakee. Aineisto käydään läpi ja sieltä merkitään kaikki aiheeseen liittyvät asiat. Muu jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Jäljelle jäänyt käytettävä aineisto luokitellaan ja kerätään teemoittain. Lopuksi kirjoitetaan löydetyistä tuloksista raportti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-92.)

Laadullinen analyysi on usein jaettu induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin. Induktiivessa eli aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Tutkimusyksiköt valitaan aineistosta vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimusongelmia. Aineistolähtöisen analyysin ongelmana on pitää aikaisempi tieto analyysivaiheen ulkopuolella, jotta se ei pääsisi vaikuttamaan tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-96.)

Sisällönanalyysia kuvataan menettelytavaksi, jolla erilaisia dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentti voi olla lähes mikä tahansa kirjallisessa muodossa oleva aineisto: artikkeli, kirja, päiväkirja, haastattelu, keskustelu, kirje ym. Se sopii hyvin myös täysin strukturoimattoman aineiston analysoimiseen. Sisällönanalyysilla aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysilla pyritään tiivistettyyn ja yleisessä muodossa olevaan kuvaukseen tutkimusongelmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Tämän tutkimuksen analysointiin käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Se on kolmivaiheinen prosessi. Prosessin ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Tutkimuksessa aukikirjoitetaan ensin haastatteluaineisto ja karsitaan sieltä epäolennaiset seikat pois. Sen jälkeen aineistosta etsitään pelkistetyt ilmaukset ja alleviivataan ne. Nämä ilmaukset listataan. Prosessin toisessa vaiheessa aineistosta löydetyt alkuperäisilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat seikat ryhmitellään ja yhdistellään luokiksi ja nämä luokat nimetään kuvaamaan niitä. Aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään isompiin kokonaisuuksiin. Tätä vaihetta kutsutaan klusteroinniksi eli ryhmittelyksi. Klusteroinnin jälkeen tulee aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa erote-



taan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän perusteella aineistosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Alkuperäisestä aineistosta löydettyistä ilmauksista edetään teoreettisiin käsityksiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatketaan niin pitkälle kuin se on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Tässä tutkimuksessa aineiston analysoimiseen käytetään aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Ensin kirjoitan tutkimusaineiston auki ja perehdyn siihen hyvin. Tämän jälkeen etsin aineistosta tutkimuskysymyksiä avulla olennaiset asiat ja pelkistetyt ilmaukset. Sen jälkeen listaan nämä ilmaukset ja etsin niistä samankaltaisuuksia. Seuraavaksi yhdistelen pelkistetyt ilmaukset ja muodostan niistä alaluokkia. Alaluokista muodostan taas yhdistelemällä yläluokkia ja näistä vielä yhdistelemällä muodostan luokan kokoavan käsitteen.

#### 5.4 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen peruslähtökohtana on kuvata todellista elämää erilaisista lähtökohdista. Tutkittavaa kohdetta pyritään tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tarkoituksena on selvittää uusia asioita eikä testata hypoteeseja. Laadullisen tutkimuksen aineistojen hankinnassa pyritään käyttämään sellaisia metodeja, jotka mahdollistavat erilaisten näkökulmien pääsyn esille. Esimerkiksi haastattelut ja osallistuva havainnointi ovat paljon käytettyjä metodeja. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan myös tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisesti. Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä tutkimussuunnitelmat todennäköisesti muokkautuvat useasti. Tutkimusta tuleekin tehdä joustavasti ja tutkijan on sopeuduttava muuttuviin olosuhteisiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen haasteena on muistaa, että kokonaisuutta ei voi pilkkoa osiin, vaan on muistettava se, että asiat liittyvät toisiinsa ja näin myös vaikuttavat toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2005, 151-157.)

#### 5.5 Valmiiden aineistojen käyttö tutkimuksessa

Suurimmassa osassa tutkimuksista tutkimuksen tekijä kerää itse käyttämänsä aineistonsa. Tässä tutkimuksessa aineisto on kuitenkin jo valmiiksi kerättyä. Tällöin puhutaan sekundaariaineistosta. Aineistoa on paljon mutta sitä ei ole analysoitu. Tämän

takia sen käsittelemiseen kuluu paljon aikaa, ja saatavista tuloksista ei välttämättä ole takuita. Tutkimuskysymykset tulevat varmasti muuttumaan useampaan kertaan tutkimukseni edetessä, koska etukäteen ei voi tietää, millaisiin kysymyksiin aineistosta löytyy vastauksia. Valmiita aineistoja joutuu myös usein muokkaamaan tai muuttamaan erilaiseen muotoon, jotta ne sopisivat paremmin tutkijan omiin intresseihin sopiviksi. Valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava erityisen kriittisesti ja niiden luotettavuutta tulee pohtia tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2005, 175-179.)

## 5.6 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka

Kaikissa tutkimuksissa etiikka ja luotettavuus kulkevat jatkuvasti mukana. Tutkijan omalla moraalilla on merkittävä rooli. Tutkimuksessani käytän lähteitä, jotka ovat muistitietoa ja jotka kertovat historiallisista tapahtumista. Historiallisia lähteitä on kuitenkin hankala valvoa. Aineistossa puhutaan myös paljon sairaalan vanhoista potilaista. Hoitotyön historiaa tutkiessa pitää muistaa myös historiallisen potilaan yksityisyys ja intymiteettisuoja. (Tallberg 1998, 187-202.)

Tieteellisen tutkimuksen perusolettamuksena on se, että kaikkea voi tutkia ja että kaikkea myös pitää tutkia kaikin mahdollisin keinoin. Toisaalta tutkimuksen tulokset vaikuttavat tutkimuksen eettisiin ratkaisuihin, toisaalta taas eettiset seikat vaikuttavat tutkijan tutkimuksessaan tekemiin ratkaisuihin. Hyvän tutkimuksen peruskriteereitä ovat johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys. Täytyy myös muistaa se, että laadullinen tutkimus ei ole välttämättä laadukasta tutkimusta. Tutkija on vastuussa siitä, että kaikki tutkimuksen osat ovat laadukkaita ja hyvin tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-132.)

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa on painotettu hyvin erilaisia asioita. Kuitenkin kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä ja raportoimaan asioista totuudenmukaisesti. Tutkijan on myös pyrittävä objektiivisuuteen tutkimustulosten tarkastelussa. Tutkimuksen luotettavuutta kuvaa validiteetti eli se, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu sekä reliabiliteetti eli se, että tutkimuksen tulokset ovat uudelleen toistettavissa. Tosin näiden kriteerien käyttöä on kritisoitu siksi, että

ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-137.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmät ja analyysimenetelmät ovat kehittyneet moneen suuntaan viimeisen vuosikymmen aikana kun laadullisen tutkimuksen kirjallisuudessa on pyritty lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Siitä huolimatta perusvaatimuksena on yhä se, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimustaan. Myös tutkimusprosessin julkisuus on ollut esillä, jolloin tutkija raportoisi tekemäänsä yksityiskohtaisesti ja tutkijakollegat arvioisivat tutkimusprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Tutkimuksessani eettisyys ja luotettavuus ovat tärkeitä. Aineistoni on salassa pidettävää. Se sisältää paljon nimiä ja arkaluontoista materiaalia. Sekä haastateltujen henkilöiden että potilaiden intymiteettisuoja on tärkeä muistaa. Tutkimuksen raportissa noudatan hyvää tieteellistä käytäntöä. Pysin tarkastelemaan tuloksia objektiivisesti ja raportoimaan niistä rehellisesti.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksessani käytän teoriapohjaista aineistoanalyysia. Yhdistäviä luokkia löytyi 15 kappaletta ja seuraavassa erittelen niistä saatuja tuloksia.

### 6.1 Hoitosuhteen elementit Harjavallan sairaalassa

Omahoitajuus on keskeisin hoitosuhteen elementti. Tärkeää siinä on hoidon jatkuvuus, selkeä koordinointi ja potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen. (Punkanen 2001, 52-53.)

#### 6.1.1 Omahoitajuuden kehittyminen Harjavallan sairaalassa

Aineistoanalyysissä yhdistäväksi luokaksi nousi omahoitajuuden kehittyminen Harjavallan sairaalassa. Yläluokkia löytyi kolme kappaletta. Omahoitajasysteemi tuli Harjavallan sairaalaan 70- luvulla, tosin joillain osastoilla se tuli käyttöön jo 60- luvun alun jälkeen. Omahoitajasysteemiä pidettiin niin merkityksellisenä, että sitä varten järjestettiin erikseen koulutusta. Hoitajat saivat omia potilashuoneita, joiden asukkaista he sitten huolehtivat enemmän kuin muista. Omapotilaista huolehdittiin enemmän kuin muista. Omille potilaille huolehdittiin omia vaatteita käytettäväksi, ja omahoitaja huolehti yhteydenpidosta omaisten kanssa. Käytännössä omahoitajuus toteutui aluksi yhdessäolona ja potilaiden kanssa jutteluna ja yhteisenä puuhailuna.

Omahoitajuuden tulo loi hoitotyöhön uusia toimintatapoja. Tämä näkyi yhteistyön lisääntymisessä eri tahojen kesken. Asioista juteltiin paljon ja alettiin järjestää isoja osastotunteja. Asioista raportoitiin eteenpäin ja myös kirjaamiseen alettiin kiinnittää enemmän huomioita.

Omahoitajuuden kehittyminen ei sujunut myöskään ilman alkuvaikeuksia. Osastot olivat suuria, eikä yksilölliseen hoitosuhteeseen juurikaan ollut mahdollisuuksia. Aineistosta käy ilmi erityisesti se, ettei oikein tiedetty miten omapotilaan kanssa olisi pitänyt toimia ja mitä olisi pitänyt tehdä. (LIITE 1)

*”Aina joskus tuli joku omapotilas minulle, mutta en minä oikein tiennyt mitä oikein tehdä kahdenkeskisessä keskustelussa.”*

### 6.1.2 Työterapian merkitys

Ennen uuden työterapian tuloa potilaiden työskentelyä pidettiin keskeisenä seikkana potilaiden hoidossa. Analyysin pääluokaksi nousi työn hyödyllisyys ja merkityksellisyys.

Sairaalan töihin osallistuminen jakautuu kahteen alakategoriaan. Potilaat työskentelivät sairaalan töissä. Ulkotöitä oli paljon, ja osa potilaista oli maatilalla sairaalan maatilalla. Miehet tekivät puutöitä ja lumitöitä talvisin. Potilaat työskentelivät hyödyllisissä hommissa. Naispotilaat osallistuivat kangas- ja ompelutöihin. Potilas sai myös johdon suostumuksella pitää sairaalalla kanttiinia. Erilaisiin töihin valittiin niihin sopivia potilaita. Potilaat tekivät paljon töitä, joilla sairaala pysyi käynnissä.

Uuden työterapian tulon myötä työterapia muuttui. Se käsitti muun muassa askarteluryhmiä ja puutyöverstaan. Uusi työterapia koki alkuun vaikeuksia. Puutyöryhmä epäonnistui koska välineet olivat huonoja eikä tarvittavia resursseja ollut käytettävissä.

Työntekoa pidettiin merkityksellisenä ja tärkeänä potilaille, sillä työnteon kautta he saivat kokea onnistumisen ja tarpeellisuuden tunteita. Sitä pidettiin tärkeänä myös sosiaalisten suhteiden kannalta, potilaat saivat uutta ihmiskontaktia ja vuorovaikutustilanteita. He saivat tehdä töitä tasa- arvoisina henkilökunnan kanssa ja töitä tehtiinkin usein yhdessä. Osa potilaista kävi töissä jopa sairaalan ulkopuolella. Jossain vaiheessa potilaiden työnteke kuitenkin kiellettiin.

## 6.2 Vuorovaikutus hoitosuhteessa Harjavallan sairaalassa

Vuorovaikutus hoitosuhteessa on aikaisemmin ollut hieman erilaista kuin mitä sen nykyään ajatellaan olevan. Seuraavassa erittelen analyysissä aiheesta esiin nousseita seikkoja.

### 6.2.1 Hoitosuhde Harjavallan sairaalassa

Potilaan ja hoitajan välinen suhde on ollut sairaalan historiassa vaihtelevaa. Hoitajien suhtautuminen potilaisiin on vaihdellut ja vuorovaikutussuhteen ylläpitoon liittyvät asiat muuttuneet. Potilaan ja hoitajan välinen suhde on usein ollut riippuvaista hoitajien luonteesta.

Hoitosuhteet vaihtelivat. Yleensä se oli eniten riippuvaista hoitajan omasta luonteesta ja siitä, kenen kanssa henkilökemiat osuivat kohdalleen. Potilaisiin suhtautuminen oli hyvin vaihtelevaa. Toisaalta potilaisiin oltiin tottuneita ja heistä puhuttiin ”leppoisasti, vähän kuin erikoisista naapureista”. Heitä kohdeltiin tasa- arvoisesti kuten muitakin ihmisiä. Monet hoitajat halusivatkin olla potilaille läheisiä ihmisiä ja kavereita. Toisaalta taas osa hoitajista piti itseään potilaita ylempiarvoisempina. Joku käytti jopa nyrkkivoimaa potilaita kohtaan huolimatta siitä, että lääkettäkin olisi ollut tarjolla.

Hoitajien työnkuvaan kuului myös karanneiden potilaiden hakeminen takaisin sairaalaan. Usein hoitajat joutuivat käyttämään kaikki mahdolliset keinonsa saadakseen karkurit takaisin. Tämä oli omiaan synnyttämään katkeruutta potilaan ja hoitajan välille.

Yksilöllisiä hoitosuhteita ei juuri tuohon aikaan vielä saatu toteutettua. Vuorovaikutussuhdetta ylläpidettiin yhteisellä ajanvietolla. Hoitaminen oli paljolti perään katsoamista ja vahtimista, ja usein päivät kuluivatkin yhdessä päiväsalissa istuskellessa. Aikaa vietettiin paljon yhdessä ja siinä ehti hyvin jutella potilaiden kanssa eri asioista. Hoitajat ulkoilivat yhdessä potilaiden kanssa ja välillä he jopa söivät yhdessä.

## 6.2.2 Hoitajan töiden vaikutus potilaan ja hoitajan väliseen suhteeseen

Sairaalan historiassa hoitajien työnkuva on muuttunut radikaalisti. Aikaisemmin työ oli erittäin monipuolista, siihen kuului kaikki potilaiden perushoidosta osastojen siisteydestä huolehtimiseen ja potilaiden valvontaan.

Hoitajat pitivät huolta potilaiden päivittäisistä tarpeista. Pesuissa ja ruokailussa avustamisen lisäksi hoitajien vastuulla oli potilaiden ulkoiluttaminen ja potilaiden vaatteiden huoltaminen. Hoitajat huolehtivat myös karanneiden potilaiden hakemisesta takaisin. Tämä aiheutti yleensä kitkaa potilaan ja hoitajan välille.

Osastojen siistinä pitäminen oli myös hoitajien vastuulla. Aikaisemmin osastoilla ei ollut kuin yksi laitoshuoltaja, ja hänkin toimi lähinnä keittiötöissä. Näin ollen pöytien kattamiset, sänkyjen petaaminen ja osastojen siisteydestä huolehtiminen kuuluivat hoitajan töihin.

Hoitajat huolehtivat myös osastojen sisäisestä tiedonkulusta. Raportointi ja kirjaaminen kehittyivät vuosien saatossa huimasti.

Suurin osa hoitajan työstä oli potilaiden valvontaa. Jatkuvasti piti vahtia, että kaikki potilaat ovat paikalla. Tuohon aikaan hoitaminen oli lähinnä potilaiden perään katsomista. Aikaa vietettiin paljon yhdessä päiväsalissa. Potilaiden vieressä istuttiin ja siinä samalla seurusteltiin ja juteltiin.

*”Kyllähän siinä olisi jos olisi ollut intoa ja ideoita, niin potilaiden kanssa olisi varmaan paljon paljon enemmän toimia.”*

Aineistossa päivien kuvattiin olevan hyvin samanlaisia, ja töiden oletettiin tulevan nopeasti tehdyksi. Yllä olevasta lainauksesta käy ilmi se, että mikäli hoitajilla olisi ollut halua ja uusia ideoita potilaiden kanssa toimimiseen, olisivat päivät voineet olla hyvinkin erilaisia ja potilaat olisivat saaneet varhaisemmassa vaiheessa enemmän virkistystä ja aktivointia päiviinsä.

### 6.2.3 Potilasretkien myönteiset vaikutukset

Sairaalalta järjestettiin erilaisia potilasretkiä. Niillä koettiin olevan suuri merkitys niin potilaille kuin mukana olleille hoitajillekin. Retkistä jäi kaiken kaikkiaan paljon hyviä kokemuksia ja sen lisäksi ne kehittivät yhteistyötä eri sairaaloiden välillä.

Retkiä pidettiin merkityksellisinä potilaille, sillä heille ne tarjosivat paljon kaivatun irtioton arjesta. Potilaat saivat virkistystä ja tärkeän kokemuksen vapaudesta. Potilasretkillä myös hoitajien ja potilaiden välinen suhde vankentui, kun aikaa vietettiin yhdessä ja uudet tilanteet kohdattiin yhdessä tasa- arvoisina. Retkille valittiin potilaista mukaan ns. varma ryhmä, jonka uskottiin pystyvän sopeutumaan retken muuttuviin olosuhteisiin ja uusien kohdattaviin asioihin. Potilasretkillä koettiin olevan myönteinen vaikutus potilaiden hyvinvointiin. Sairaalan johto tarjosi tukensa retkille ja johto oli myötämielistä. Myös mukaan lähteneet hoitajat olivat vapaaehtoisia.

Huolimatta siitä, että pieniä kommelluksiakin sattui jäi potilasretkistä paljon hyviä kokemuksia niin potilaille kuin hoitajillekin. Retkikohteita oli useita erilaisia ja retkillä oli yleensä paljon ohjelmaa. Erityisen mieluinen retkikohde oli Linnanmäen huvipuisto Helsingissä. Kommelluksistakin selvittiin avoimin mielin. Matkoille lähdettiin pelotta ja tapahtumaa pidettiin niin merkityksellisenä, että mukaan lähtevät potilaat olivat yleensä pukeutuneet parhaimpiinsa. Retkillä mukana olleet hoitajat kertovat, miten he tulivat hyvälle mielelle siitä, kun he saivat osallistua potilaiden iloiseksi tekemiseen.

Sairaaloiden välistä yhteistyötä saatiin myös retkien kautta parannettua. Eräällä retkellä ryhmä yöpyi toisessa sairaalassa, jossa pidettiin myös potilaille yhteiset tanssit.

### 6.2.4 Omaisten merkitys potilaiden hoidossa

Omaisista pidettiin tärkeänä lenkinä potilaiden hoidossa ja virkistyksessä. Omaisten päiviä järjestettiin jotta omaiset ja potilaat saisivat viettää yhteistä aikaa. Omaisten suhtautuminen sairauteen oli myös pitkään negatiivista.



Sairauteen suhtautuminen oli pitkään vaikeaa. Perheenjäsenen sairaus oli vaikea hyväksyä ja sairauden paljastumista pelättiin.

*”Kauan oli kuitenkin niin, että sairaus oli omaisillekin niin vaikea asia, että he pelkäsivät perheessä olevan sairauden paljastumista ulkopuolisille.”*

Omaistenpäiviä alettiin järjestää jotta potilaat saisivat virkistystä omaisten kanssa. Päiviä pidettiin tärkeinä ja niihin panostettiin ja valmistauduttiin hyvin. Tavoitteena oli, että omaiset ruokailisivat yhdessä potilaiden kanssa. Ohjelmaan kuului yhdessä-oloa ja seurustelua, ja sitä varten järjestettiin myös erillinen käsityönäyttely. Pääasiassa päivistä jäi myönteisiä kokemuksia niin sairaalalle kuin omaisillekin, mutta levottomilla osastoilla ne aiheuttivat hankaluuksia ja loivat lisää levottomuutta.

#### 6.2.5 Potilaiden hoitaminen Harjavallan sairaalassa

Käytännön tasolla potilaiden hoitaminen oli hyvinkin erilaista mitä mielenterveyspotilaiden hoitaminen nykyään. Potilaille annettiin perushoitoa, minkä lisäksi käytännön hoitaminen oli suureksi osaksi potilaiden vahtimista. Hoidosta puuttui yksilöllisyys.

Ruoka, puhtaus ja lepo olivat hoidon perusteet. Sen ajateltiin riittävän. Muu hoito oli potilaiden perään katsomista ja vahtimista. Yhdessä vietettiin aikaa ja seurusteltiin. Hoitajaksojen luonne oli suurimmalla osalla potilaista samanlainen. Hoitoajat olivat todella pitkiä ja osastoilla oli levotonta.

Hoidosta puuttui myös yksilöllisyys. Päivät olivat samankaltaisia ja työt piti hoitaa mahdollisimman nopeasti. Potilaat eivät erottuneet toisistaan vaan kaikki saivat tismalleen saman hoidon.

### 6.3 Mielenterveystyön hoitokulttuurin muutokset

Harjavallan sairaalan historian aikana mielenterveystyö on kokenut paljon isoja muutoksia. Muutoksia on tapahtunut niin sairaalakulttuurissa, terapiamuodoissa kuin po-

tilaiden aktivoinnissa. Hoitotyö on kehittynyt paljon ja muun muassa hoitajien koulutuksesta tuli pakollista.

### 6.3.1 Hoitotyön kehittyminen ja sen merkitys

Hoitotyön kehittyminen mahdollisti monien uusien toimintatapojen syntymisen. Se loi pohjan omahoitajuuden ja hoidon suunnitelmallisuuden kehittymiselle. Hoitotyön rakenteissa ja hoitotyön luonteessa on myös tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Pohja omahoitajuuden kehittymiselle syntyi hoitajakierron kautta. Monilla osastoilla hoitajat kiersivät vaihtelevin väliajoin koska ajateltiin, että vaihtelu virkistää. Jossain vaiheessa alettiin kuitenkin pohtia tuttujen hoitajien merkitystä potilaille, ja vähitellen hoitajakierto väheni. Tämä mahdollisti pysyvän ja turvallisen hoitosuhteen muodostumisen ja omahoitajuuden syntymisen.

Hoito muuttui paljon suunnitelmallisemmaksi, kun hoitosuunnitelmia alettiin tehdä ja vanhoja suunnitelmia tarkistettiin. Tätä kautta hoidon pituudessa tapahtui isoja muutoksia, ja hoitoajat lyhentyivät radikaalisti. Aikaisemmin puhuttiin vuosista, nyt kuukausista. Myös raportointia ja kirjaamista kehitettiin, ja osastoilla alettiin pitää osastojen isoja raportteja, joihin osallistui henkilöitä eri ammattiryhmistä.

Hoitotyön rakenteessa tapahtui myös muutoksia, suurimpana niistä avohoidon kehittyminen ja lisääntyminen. Tämä on osaltaan mahdollistanut muutoksen mielenterveyspotilaiden hoidossa. Sairaala muuttui kodista lyhyen ajan hoitopaikaksi. Aikaisemmin potilaita makuutettiin niin kauan, kunnes he jaksoivat tehdä jotain. Nyt potilaita pyrittiin aktivoimaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Diagnooseilla ei aikaisemmin juuri ollut merkitystä, mutta muutosten myötä potilaille kerrottiin heti heidän sairautensa luonne ja mahdollisesti myös hoitoajan pituus. Yhteistyötä lisättiin eri ammattiryhmien välillä ja töitä alettiin jakaa oikeille ihmisille.

Vuosien kuluessa hoitotyö on muuttunut tavoitteellisemmaksi. Enää ei pyritti tarjoamaan potilaille kaikkea mahdollista hyvää vaan nyt pyrittiin tarkkaan, tavoitteelliseen auttamiseen. Aikaisemmin mielenterveyspotilaat joutuivat nopeasti eläkkeelle,

kun nyt heidät pyrittiin kuntouttamaan mahdollisimman hyvin uudelleen työkykyiksi. Potilaan selviytymistä tuettiin entistä enemmän.

### 6.3.2 Hoitajien koulutus ja työhön perehdyttäminen

Hoitajien koulutuksessa ja työhön perehdyttämisessä on myös tapahtunut vuosien kuluessa suuria muutoksia. Hoitajien halu kouluttautua oli vaihtelevaa ja koulutusjärjestelmä muuttui. Sairaalan tapoihin perehdyttäminen oli myös vaihtelevaa ja se riippui paljon ajan tavasta.

Sairaalan alkutaipaleiden aikana hoitajien koulutus ei vielä ollut pakollista. Kaikilla hoitajilla ei ollut työhönsä tarvittavaa koulutusta, vaan he olivat oppineet sen työtä tekemällä. Lopulta järjestelmään tuli muutos ja koulutus muuttui pakolliseksi. Asetuksen myötä koulutusta järjestettiin ja sairaalassa annettiin myös sisäistä koulutusta.

Hoitajien halu kouluttautua vaihteli. Erityisesti nuoremmat hoitajat halusivat kouluttautua, vanhemmat eivät niinkään. Nuorilla hoitajilla oli halu oppia uutta ja ymmärrys siitä, miten kouluttautuminen lisäisi kykyä kommunikoida potilaiden kanssa. Aineistosta käy ilmi, miten koulutuksesta saatiin työkaluja ja tietoja, joiden avulla pystyttiin toimimaan kuuntelijana potilaille, joiden mieli oli järkkynyt.

*”Minä ajattelin, että kun minulla on vielä työvuosia jäljellä, on potilaiden kanssa helpompi kommunikoida, kun on koulutusta. Osaisin ainakin olla vaihti, jos en osaisi jotain sanoa, osaisin ainakin kuunnella.”*

Perehdytyksen luonne oli paljolti riippuvaista ajan tavoista. Toiset eivät saaneet ollenkaan perehdytystä työhönsä, toiset taas kokivat perehdytyksen olleen asianmukaista. Asiat kuitenkin opittiin vähitellen tekemällä ja neuvoja sai niin vanhemmilta hoitajilta kuin potilailtakin.

### 6.3.3 Yhteistyön kehittyminen

Monet muutokset mahdollistivat yhteistyön kehittymisen ja lisääntymisen. Toimintatapoja muutettiin ja kehitettiin entisestään, jotta ammattiryhmien välistä yhteistyötä pystyttiin hyödyntämään potilaiden hoidossa.

Yhteistyö kehittyi ja lisääntyi, kun toiminta moninaistui. Ryhmätyötä kehitettiin ja yhteistyöhön kiinnitettiin enemmän huomiota. Sitä kehitettiin ja lisättiin runsaasti. Eri ammattiryhmiä tuli mukaan toimintaan, ja tietoja vaihdettiin. Ryhmätyöhön panostettiin järjestämällä siitä koulutusta.

Aikaisempia toimintatapoja muutettiin ja kehitettiin uusia. Tiedonkulku oli aikaisemmin erittäin puutteellista. Terapiaryhmien ohjaajat eivät saaneet potilaista mitään ennakkotietoja. Potilaat vain tulivat ja menivät, eikä kukaan esitellyt itseään. Vähitellen yhteistyön merkitys ymmärrettiin ja osastonhoitajat alkoivat saattaa potilaita. Samalla vaihdettiin tietoja potilaiden voinnista ja hoidon edistymisestä. Kaiken kaikkiaan aineistosta käy ilmi, miten yhteistyön kehittyminen oli suuri muutos parempaan suuntaan potilaiden hoidossa.

### 6.3.4 Muutokset potilaiden aktiviteetissa

Potilaiden aktiviteetissa on tapahtunut vuosien kuluessa suuria muutoksia. Aluksi potilaiden aktiviteettitaso oli todella matala, mutta vähitellen sitä lisättiin sekä talon sisältä että ulkopuolelta.

Aikaisemmin potilaita ei juurikaan pyritty aktivoimaan. Potilaat pelasivat korttia ja kävivät tupakalla, mutta ei juuri muuta. Liikunnan merkitys kasvoi kuitenkin vähitellen, kun ulkoilua lisättiin ja osastoilla alettiin järjestää viikoittaisia voimistelutunteja. Potilaat ja hoitajat kävivät yhdessä kävelyillä ja erilaisia liikunta- ja yleisurheilukilpailuja alettiin järjestää.

Vanhojen rinnalle järjestettiin uusia aktiviteetteja. Osastoilla järjestettiin hartaustilaisuuksia. Sairaalan omaa Amarilli-lehteä alettiin julkaista ja siihen kirjoittivat niin

potilaat kuin sairaalan ulkopuolisetkin ihmiset. Aina toisinaan sairaalan ulkopuolelta tuli näytelmäryhmiä, taikureita ja runonlausujia potilaita viihdyttämään.

### 6.3.5 Terapiaryhmien merkitys potilaiden hoidossa

Vanhan työskentelyterapian väistyttyä tuli uusi, toiminnallinen terapia. Ryhmiä pidettiin sairaalalla päivittäin ja niiden merkitys vaihteli eri potilaille. Potilaiden virkistystoimintaa lisättiin ja kuntoutuksen merkitys kasvoi.

Erilaisia toiminnallisia ryhmiä oli useita. Askartelua oli joka päivä. Puutyöryhmässä valmistettiin huonekaluja. Ruokaryhmässä potilaat saivat itse valmistaa oman lounaansa. Laulu- ja musiikkiryhmiä pidettiin. Näitä pidettiin tärkeinä, joista osoitukseksi se, että musiikkiryhmää varten hankittiin erikseen uusia levyjä.

Puutyö- ja käsityöryhmissä valmistettuja tuotteita pidettiin hyvälaatuisina ja niitä arvostettiin. Henkilökunta ostikin niitä mielellään, ja niitä kuvailtiin ”parhaiksi tuotteiksi”. Potilaiden työtä pidettiin merkityksellisenä.

Myös keskusteluryhmiä pidettiin. Niissä potilaat saivat keskustella ja jutella itsestään ja tuntemuksistaan. Monet potilaat puhuivatkin mielellään, mutta kaikki eivät näissä ryhmissä viihtyneet eivätkä halunneet jakaa kipeitä asioita toisten potilaiden kanssa.

Virkistystoimintaan panostettiin ja kuntoutustoiminta aloitettiin. Yleensä näissä ryhmissä potilaat viihtyivät hyvin. Toiminnallisten ryhmien kautta potilaat saivat kokea onnistumisen ja merkityksellisyyden tunteita ja he saivat myös uusia vuorovaikutustilanteita ryhmien ohjaajiin ja toisiin potilaisiin. Potilaiden valinta ryhmiin oli tärkeää niiden onnistumisen kannalta.

## 6.4 Sairaalakulttuurin muutosten vaikutus

Harjavallan sairaalan historian aikana sairaalakulttuuri on kokenut suuria muutoksia. Asenteet, sairaalan työt ja hoitaminen ovat muuttuneet. Sairaalan viihtyvyyteen alettiin kiinnittää huomiota.

Asenteet mielisairauksia kohtaan muuttuivat 50- ja 60- luvulla, kun mielisairaudet hyväksyttiin somaattisten sairauksien kaltaiseksi. Alun perin yhteiskunnan asettamia rajoituksia alettiin purkaa. Ikkunoiden verkot ja kalterit ja kävelypihan aita voitiin purkaa pois. Tuohon aikaan sairaalaa myös ympäröi panssariaita. A- ja B- mielisairaaloitten välinen jako oli tiukka, ja näkymätön jako säilyi vielä pitkään sairaaloitten yhdistyttyäkin. Sairaala oli suljettu yhteiskunta. Sairaalaa pidettiin aikaisemmin ”säilytyspaikkana”.

Työ sairaalassa oli monipuolista. Potilaiden hoitaminen oli lähinnä vahtimista ja yhdessäoloa. Osastot olivat suuria ja potilaita oli paljon ylipaikoilla. Päivät olivat samanlaisia. Osastojen elämä oli hyvin sottaista ja kaikki tavarat piti säilyttää lukkojen takana. Potilasaines oli kirjavaa, sairaalassa oli hoidettavana vanhuksia, dementikkoja ja kehitysvammaisia. Hoitoajat olivat todella pitkiä, usein puhuttiin vuosista.

Sairaalan viihtyvyyttä alettiin parantaa. Ilmapiiri muuttui myönteisemmäksi ja vapaammaksi. Osastojen viihtyvyyteen kiinnitettiin enemmän huomiota ja sitä parannettiin hankkimalla erilaisia tekstiilejä. Nämä muutokset myös potilaat kokivat mieleisinä. Sairaala oli kodikas paikka. Ilmapiiri muuttui positiivisemmaksi, ja potilaiden vapaa- aikaan tuli mukava lisä kun laitoskirjasto perustettiin vuonna 1974.

Potilaiden hoidossa tapahtui myös muutoksia. Siinä missä aikaisemmin potilaiden lääkehoitona oli käytännössä vain unilääkkeitä, uusien psyykenlääkkeiden tulo mulisti psykiatristen potilaiden hoidon täysin. Ennen uusia lääkkeitä potilaat olivat huonossa kunnossa. Lääkkeiden tulo mahdollisti sairaalan muuttumisen hoitopaikasta sairaalaksi. Uudet lääkkeet mahdollistivat myöhemmin monen kehitysasteen ottamisen, muun muassa avohoidon kehittymisen. Vähitellen potilaat saatiin myös siirrettyä heille oikeisiin hoitopaikkoihin.

#### 6.4.1 Hierarkian merkitys Harjavallan sairaalassa

Sairaalan historiassa on ollut tiukka arvojärjestys, joka näkyy sekä ulkoisena että sisäisenä hierarkiana. Ihmisten eriarvoisuus on näkynyt sekä henkilökunnan välisenä

”kastijakona” että henkilökunnan ja potilaiden välisenä eriarvoisuutena. Ulkoinen hierarkia on näkynyt jakona A- ja B- mielisairaaloihin. Tämä jako näkyi toiminnassa pitkään vielä sairaaloiden yhdistyttyä, B- mielisairaalan väkeä pidettiin alempiarvoisena joukkona.

Henkilökunta oli selvästi jaettu talous- ja hoitohenkilökuntaan. Tämä näkyi ruokasalissa sekä juhlatilaisuuksissa. Hoitajilla oli oma ruokasalinsa, ja tämän lisäksi oltiin vielä eritelty omat ruokahuoneet mies- ja naishoitajille.

Sairaalan henkilökunta oli potilaita ylempiarvoista. Potilaat saivat esimerkiksi eri ruokaa kuin mitä henkilökunnalle tarjottiin. Osa hoitajista myös vaati potilaita teittelemään heitä kunnioituksen osoituksena.

#### 6.4.2 Vuorovaikutussuhteiden merkitys potilaiden hoidossa

Vuorovaikutussuhteiden merkitys on näkynyt niin potilaiden keskinäisissä suhteissa, osastojen ilmapiirissä kuin yhteistyössä ja sen puutteessa.

Pääsääntöisesti osastoilla oli hyvä henki ja vapaa ilmapiiri. Poikkeuksiakin toki oli, mutta lähinnä yksittäisissä hoitajissa. Mielenpöytänsä sai ilmaista.

Potilaiden keskinäiset välit vaihtelivat, ja aina henkilökemiat eivät kohdanneet. Toisinaan potilaiden välille syntyi tappeluita. Paljon oli kuitenkin sellaisia potilaita, jotka juttelivat ja puuhastelivat keskenään.

Yhteistyö ammattiryhmien välillä oli puutteellista. Osastojen ja terapiaryhmien välillä tieto ei kulkenut. Potilaista ei saatu ennakkotietoja eikä ryhmien tapahtumia raportoitu eteenpäin. Vähitellen yhteistyön merkitys kuitenkin ymmärrettiin, ja ohjaajat saivat tietoa potilaiden tilasta ja osastoille kulki tieto potilaiden edistymisestä terapiaryhmissä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista vuorovaikutusta hoitosuhteen osapuolilla Harjavallan sairaalassa on aikaisemmin ollut ja miten se on vuosien kuluessa muuttunut. Tarkoitus oli myös pohtia mahdollisia syitä muutoksiin. Tavoitteena oli luoda aineistossa käsiteltävistä vuorovaikutukseen liittyvistä asioista kokonaisuus, jota perinneyhdistys Josefiina voi halutessaan hyödyntää.

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa tarkasteltiin sitä, miten hoitohenkilökunta on kuvannut hoitosuhteen vuorovaikutukseen liittyviä elementtejä. Tulosten mukaan omahoitajuuden kehittymisen 70- luvulla koettiin olevan merkittävä muutos joka on muokkautunut vähitellen nykyiseen muotoonsa. Omahoitajuuden koettiin olevan suuri kehitysaskel kohti parempaa ja potilasystävällisempää hoitosuhdetta. Sitä kautta hoitotyöhön syntyi paljon uusia toimintatapoja. Omahoitajuuden kehittyminen ei kuitenkaan sujunut ongelmitta. Tuloksista selviää, ettei omahoitajuuden alkutaipaleella oikein osattu vielä toteuttaa yksilöllistä hoitosuhdetta. Tuloksista voidaan päätellä, että hoitosuhteen vuorovaikutukseen liittyviä elementtejä ei ole aikaisemmin pidetty niin merkityksellisinä tai niihin ei ole kiinnitetty samanlaista huomiota kuin nykypäivänä jotta haastatellut henkilöt olisivat niistä osanneet kertoa enemmän.

Myös vanhan työterapian koettiin olevan merkityksellistä, koska sitä kautta sairaalan töitä hoidettiin yhdessä ja näin hoitosuhteen osapuolet lähenivät keskenään. Vanhan työskentelyterapian kieltäminen koettiin negatiiviseksi asiaksi, sillä potilaiden koettiin saaneen työnteosta paljon positiivisia kokemuksia itselleen. Tämän tutkimuskysymyksen kohdalla ongelmaksi nousi se, että aineistossa käsiteltiin hyvin vähän omahoitajuutta ja hoitosuhteeseen liittyviä vuorovaikutuksen elementtejä.

Toinen tutkimusongelma käsitteli hoitosuhteen vuorovaikutusta. Tuloksista kävi ilmi, että usein hoitosuhteen vuorovaikutus ja hoitajien suhtautuminen potilaisiin oli hyvin vaihtelevaa. Vuorovaikutussuhteita ylläpidettiin yhteisellä ajanvietolla. Potilaiden kanssa ehti seurustella ja jutella paljon. Yksilöllisiä hoitosuhteita ei juuri vielä ollut,



niitä oli vaikea ylläpitää suurien potilasmäärien takia. Hoitajien monipuolinen työkuva vaikutti myös vuorovaikutussuhteeseen. Hoitaminen oli lähinnä potilaiden vahvistamista ja perään katsomista. Hoitajat olivat läsnä potilaiden kaikissa askareissa ja töitä tehtiin yhdessä.

Tuloksissa nousi esiin myös omaisten merkitys potilaiden hoidossa. Omaisia pidettiin tärkeänä linkkinä hoidossa, ja tämä näkyi erityisesti omaistenpäivien järjestämisessä ja siinä, miten paljon niihin päiviin panostettiin.

Eräs tärkeä vuorovaikutukseen liittyvä seikka oli potilasretket ja niiden merkitys. Retkiä järjestettiin useita ja niistä jäi pääasiassa myönteisiä kokemuksia niin potilaille kuin henkilökunnallekin. Retkien koettiin lähentävän hoitosuhteen osapuolia toisiinsa, kun uudet tilanteet jouduttiin kohtaamaan yhdessä. Johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että yhteinen ajanvietto ja tekeminen koettiin kaikista tärkeimmiksi hoitosuhteen vuorovaikutusta ylläpitäviksi seikoiksi.

Kolmas tutkimuskysymys käsitteli mielenterveystyön hoitokulttuurissa tapahtuneita muutoksia. Näitä muutoksia löytyi tuloksista paljon. Harjavallan sairaalan historian vuosien aikana hoitotyö koki radikaaleja muutoksia. Asenteet mielenterveysongelmista kärsiviä kohtaan muuttuivat. Hoitotyö kehittyi suunnitelmallisemmaksi ja sen rakenteet muuttuivat, tärkeimpänä avohoidon kehittyminen. Hoitajien koulutus tuli pakolliseksi. Moniammatillista yhteistyötä kehitettiin runsaasti. Potilaiden hoidossa vanha työskentelyterapia muuttui uudeksi työterapiaksi, ja potilaiden aktiviteetti nousi huimasti. Potilaiden hoito mullistui täysin uusien psykykenlääkkeiden tulon kautta. Sairaalan sisäinen hierarkia oli pitkään erittäin tiukka. Kaiken kaikkiaan näiden muutosten koettiin olleen hyvästä niin potilaiden hoidon kuin hoitotyön tekijöidenkin kannalta. Tuloksista voidaan päätellä että Harjavallan sairaala on historiansa aikana joutunut käymään läpi useita suuria muutoksia päästäkseen nykymalliinsa. Tuloksista voidaan päätellä myös se, että sairaala on ollut hyvin mukana ajan muutoksissa.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimukseni luotettavuutta arvioidessa olen kiinnittänyt erityisesti huomiota aineiston analysointiin. Aloitin tutkimuksen tekemisen tutustumalla erilaisiin vuorovaikutusta käsitteleviin kirjoihin ja Harjavallan sairaalan historiaan. Tutkimuksessa käytetty aineisto on Harjavallan sairaalan perinneyhdistys Josefiinan keräämä haastatteleamalla tehty aineisto. Haastattelijat itse sekä haastateltavat ovat kaikki Harjavallan sairaalassa työskennelleitä henkilöitä. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava seikka oli se, että haastattelut ovat hyvin rikkonaisia eikä niillä ole ollut mitään selkeää rakennetta. Näin ollen aineisto on sekalaista ja osittain vaikeastikin tulkittavaa. Haastattelujen kohderyhmä on ollut laaja, haastateltavina on ollut useiden eri ammattiryhmien edustajia. Aineisto antaa kattavan kuvan sairaalan henkilökunnan käsityksistä.

Teoriataustaa vuorovaikutuksesta löytyy mielenterveystyötä käsittelevistä kirjoista suhteellisen hyvin ja laajasti. Haasteeksi tutkimuksen edetessä kuitenkin nousi se, että aineistossa joko ei käsitelty lainkaan tai vain hyvin vähän vuorovaikutukseen suoraan liittyviä asioita. Jatkossa, mikäli haastatteluja tehdään lisää olisi hyvä tehdä haastatteluille selkeä runko jotta niitä olisi helpompi hyödyntää ja jotta ne vastaisivat paremmin toivottuihin kysymyksiin. Tuloksista saataisiin laajempia ja kattavampia.

## 7.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusta voidaan hyödyntää Harjavallan sairaalan historiaa tutkittaessa. Sitä voidaan myös verrata muiden Suomen sairaaloiden historiaa tutkittaessa muiden sairaaloiden vastaaviin kehitysseikkoihin. Saadut tulokset selventävät sairaalan historiassa tapahtuneita muutoksia niin hoitosuhteen vuorovaikutuksen kuin mielenterveystyön hoitokulttuurin osalta.

Aineistosta nousi esiin useita kiinnostavia seikkoja. Mikäli haastatteluja tehtäisiin vielä lisää tai jos jo tehtyjä haastatteluja hieman tarkennettaisiin, voitaisiin hoitosuhteen vuorovaikutukseen ja omahoitajuuden kehittymiseen paneutua entistä tarkemmin. Kiinnostavaa olisi tutkia myös erikseen kaikkia niitä muutoksia, mitä Suomessa

on tapahtunut liittyen mielenterveystyön hoitokulttuuriin. Kiinnostavaa olisi myös vertailla eri sairaaloiden erilaisia kehityskaaria.

## LÄHTEET

Achté, K., Alanen, Y. & Tienari, P. 1981. Psykiatria. Juva: WSOY.

Alanen, Y. 2006. Mielenterveyspotilas ajan aalloilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.9.2010. <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/alanen.htm>

Autio- Sarasmo, S. 2008. Historian tutkimus, tutkimusprosessi. Viitattu 2.1.2011. <http://www.enorssi.fi/virmo/virmo-1/kashisnet/kasvatuksen-historian-tutkimus/kasvatuksen-historian-tutkimusprosessi/>

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. uud.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toinen painos. Juva: WSOY.

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

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M., Hakola, P. 2002. Psykiatria. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkelä, K. 1992. Mielenterveystyön ilme muuttuu. Teoksessa T. Judin. Harjavallan sairaala 90 v. Rauma: West Point, 11-15.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Puolakka, K. n.d. Kolme vuosikymmentä omahoitajatyötä - kuvaus Harjavallan sairaalan hoitotyön kehityksestä viimeisten 30 vuoden ajalta. Teoksessa T. Munnukka & P. Aalto (toim.) Minun hoitajani – näkökumia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi, 182-192.

Salo, O., Tuunainen, K. 1996. Da capo- alusta uudelleen- klininen psykologia. Hämeenlinna: Salutonova oy.

Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Hakapaino.

Tallberg, M. 1998. Historiantutkimusmenetelmä. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen- Julkunen, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.

Välimäki, M. 2000. Muutokset psykiatrisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY

## Esimerkki omahoitajuuden aineistoanalyysistä

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>
70- luvulla omahoitajasysteemi Siihen järjestettiin koulutusta	Omahoitajasysteemin syntyminen
Asioista juteltiin Paljon osastotunteja Asiat kirjattiin	Yhteistyön tekeminen
Välillä tuli omapotilaita Osastot liian suuria Vaikea järjestää yksilölliseksi Ei tiedetty mitä tehdä Ei osattu vielä toimia	Alkuvaikeudet
Omaisten kanssa oltiin Potilaille huolehdittiin omia vaatteita	Omapotilaan huomioiminen

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Pääloukka</b>
Omahoitajasysteemin syn- tyminen Omapotilaan huomioiminen	Omahoitajuuden kehitty- minen	Omahoitajuuden kehitty- minen
Yhteistyön tekeminen	Uusia toimintatapoja	
Alkuvaikeudet	Alkuvaikeudet	

<b>Yläluokka</b>	<b>Pääloukka</b>	<b>Yhdistävä luokka</b>
Omahoitajuuden kehitty- minen Uusia toimintatapoja Alkuvaikeudet	Omahoitajuuden kehitty- minen	Omahoitajuuden kehitty- minen Harjavallan sairaa- lassa