

Jukka Kukkohovi

**LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT HARJAMÄEN SAIRAALASSA VUOSI-
NA 1926 – 1952 -Kotisivut Harjamäen sairaalamuseolle**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2009



Koulutusala Sosiaali- ja terveysala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Jukka Kukkohovi	
Työn nimi Lääkkeettömät hoitomuodot Harjamäen sairaalassa vuosina 1926 - 1952	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielenterveystyön vaihto-ehtoiset ammattiopinnot	Ohjaaja(t) Raila Arpala, Jaana Kemppainen, Anu Rissanen
	Toimeksiantaja Harjamäen sairaalamuseo
Aika Kevät 2009	Sivumäärä ja liitteet 53+30
<p>Ihminen on kärsinyt erilaisista mielisairauksista ja mielenterveysongelmista kautta aikojen. Mielisairauksista kärsivät ihmiset ovat kohdanneet paljon epäinhimillistä kohtelua. Mielenterveystyön historiaan liittyy erittäin paljon mielenkiintoisia tarinoita, miten potilaita on kohdeltu, hoidettu ja miten mielisairauksia on yritetty parantaa.</p> <p>Opinnäytetyön aihe on Harjamäen sairaalassa käytetyt lääkkeettömät hoitomuodot vuosina 1926-1952. Opinnäytetyössä käsitellään kahdeksaa mielenterveystyössä käytettyä historiallista hoitomuotoa ajalta, jolloin ei vielä ole ollut antipsykoottisia lääkkeitä mielenterveystyössä. Aika on tarkemmin rajattu vuosiin 1926 – 1952. Aihe rajauksen perustuu Harjamäen sairaalan perustamisvuoteen 1926 ja loppuu vuoteen 1952, jolloin antipsykoottista lääkehoitoa on aloitettu toteuttaa.</p> <p>Tärkeimpänä tavoitteena opinnäytetyölleni nousee oman asiantuntijuuteni kehittyminen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Internet-kotisivusto Harjamäen sairaalamuseolle Siilinjärvelle.</p> <p>Opinnäytetyö on tuotteistettu prosessi, jonka pohjalta syntyy Internet-kotisivut. Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimustehtävä on tarkoitus tutustua hoitomuotoihin lääketieteellisestä näkökulmasta. Toisena tutkimustehtävänä on lähestyä hoitumuotoja sairaanhoitajan näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyöhön haettiin ja kerättiin materiaalia kirjallisuudesta ja erilaisista tutkimuksista. Opinnäytetyön tekijä on myös käynyt tutustumassa Harjamäen sairaalamuseoon, keskustelemassa opinnäytetyöstä.</p> <p>Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat mielenterveys, mielenterveystyön historia ja hoitomuodot. Käsitteelliset lähtökohdat perustuvat opinnäytetyön tilaajan toiveisiin. Käsitteellisiin lähtökohtiin kuuluvat amme- ja kierrehoidot, pakkokeinot ja eristys, työterapia, insuliinishokkihoito, sähköshokkihoito, malariahoito ja lobotomia.</p> <p>Opinnäytetyön informatiivisen osion pohjalta on toteutettu Internet-kotisivut Harjamäen sairaalamuseolle. Allekirjoittanut on suunnitellut ja toteuttanut kirjallisen materiaalin itse. Myös tuotteessa esiintyvät kuvat on haettu omatoimisesti erilaisista lähteistä.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	mielenterveys, mielenterveystyön historia, hoitomuodot
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Jukka Kukkohovi	
Title Non.Pharmacological Treatment at Harjamaki Hospital in 1926 - 1952	
Optional Professional Studies Mental health care	Instructor(s) Raila Arpala, Jaana Kemppainen, Anu Rissanen
	Commissioned by Hospital museum of Harjamaki, Siilinjarvi
Date Spring 2009	Total Number of Pages and Appendices 53+30
<p>Mankind has suffered from mental health disorders and problems for ages. People with mental health disorders have faced inhuman behaviour and treatment. In the history of mental health care there are many interesting stories about how patients have been treated and cared and which treatments have been used in order to cure patients.</p> <p>The subject of this thesis is Non-pharmacology treatments in Harjamäki Hospital in 1926 – 1952 and it focuses on eight historical psychiatric treatments from the time, when no antipsychotic medicines were used in mental health care. The time period was more closely limited to 1926 – 1952; Harjamäki Hospital was founded in 1952, and in 1962 antipsychotic medicines were introduced in mental health care.</p> <p>The most important goal of this thesis was the development of my own professionalism. The purpose of the thesis was to produce an Internet website for Harjamäki Hospital located in Siilinjärvi.</p> <p>This thesis was a productization process aiming at producing a website to for Harjamäki Hospital in Siilinjärvi. The research task was to study different treatments firstly from a medical point of view of and secondly from the nursing point of view. The data was collected from literature, different researches and Internet. The author also introduced and discussed the thesis in the hospital of Harjamäki.</p> <p>The main concepts of thesis are mental health, history of mental health care and treatments. The abstractions are based on the hopes of the commissioner and include pool and spiral treatment, isolation, work therapy, insulin shock treatment, electric shock treatment, malaria treatment and lobotomy.</p> <p>A website for Harjamäki Hospital Museum was produced from the data. The literary material was planned and produced and the pictures were by the author.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	mental health, history of mental health care, treatments
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

Koppitila

Sairaala vaissa vuoteen sijaa,

no jaa, onhan kaapissa tilaa.

Lakanoista viis ,patjalle siis.

Sinne esämöimään

se ken kenkkuisee, ei ota roppia

taion muuten vaissa koppia.

Peräseli siis,

sinne ihminen uus,

vaihtuvuus vakaa,

on tavan takaa

Vilokkinen P. 1975 (Elomaa&Taipale 1996, 86).

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 MIELENTERVEYSTYÖ JA HISTORIALLISET HOITOMUODOT	6
2.1 Mielenterveys	6
2.2 Mielenterveystyö	7
2.3 Mielenterveystyön historia	7
2.4 Harjamäen sairaala	8
2.5 Harjamäen sairaalassa käytetyt hoitomuodot	8
2.5.1 Amme- ja kierrehoito	8
2.5.2 Pakkokeinot ja eristys	12
2.5.3 Työterapia	14
2.5.4 Insuliinishokkihoito	19
2.5.5 Sähköshokkihoito	22
2.5.6 Malariahoito	26
2.5.7 Lobotomia	30
2.6 Internet ja mielenterveys	34
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT, TARKOITUS JA TAVOITE	36
4 KOTISIVUJEN TUOTTEISTAMISPROSESSI	37
4.1 Käsikirjoitussuunnitelma	39
4.2 Tuotantosuunnitelma	40
4.3 Tuotteen arviointisuunnitelma	40
5 POHDINTA	42
5.1 Oma asiantuntijuus	42
5.2 Tulokset ja johtopäätökset	45
5.3 Eettisyys	48
5.4 Luotettavuus	49
5.5 Jatkotutkimusehdotukset	50
LÄHTEET	51
	1

LIITTEET

Lääkkeettömät hoitomuodot Harjamäen sairaalamuseossa vuonna 1926-1952 -Internet-
kotisivut

1 JOHDANTO

Mielenterveystyön historiassa on ollut monenlaisia luuloja ja hoitokeinoja mielenterveys potilaan hoitamisessa. Esimerkiksi 1700-luvulla uskottiin yleisesti, että pelko on hyvä keino parantaa psykiatrisia potilaita. Tämän vuoksi oli suositeltavaa, että pelkoa pidettiin yllä mielenterveystyössä. Sen vuoksi potilaita eristettiin paljon. (Elomaa & Taipale 1996, 82.)

Opinnäytetyön aihe on Harjamäen sairaalassa käytetyt lääkkeettömät hoitomuodot vuosina 1926 - 1952. Aihe on rajattu kahdeksaan erilaiseen historialliseen lääkkeettömään hoitomuotoon. Opinnäytetyön lähtökohtana on kehittää ja syventää omaa ammatillista osaamista, kasvua ja teoreettista tietoa mielenterveystyöstä. (Nikkonen 1993, 8-9). Opinnäytetyö sisältää informatiivista tietoa kahdeksasta historiallisesta hoitomuodosta, joita on lähdetty tutkimaan lääketieteellisestä ja sairaanhoitajan näkökulmasta.

Opinnäytetyön aiheen valintaan liittyy oma kiinnostukseni mielenterveystyön historiaa kohtaan. Mielenterveyden historiassa on monia mielenkiintoisia ja värikkäitä tarinoita siitä, miten potilaita on ennen hoidettu. Tämä asia herättää mielenkiintoa tutkia kyseistä aihetta ja näihin tarinoihin liittyviä todenperäisyyksiä. Olen valinnut vaihtoehtoisiksi ammattiopinnoiksi mielenterveystyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Opinnäytetyön aihe sopii hyvin mielenterveystyön vaihtoehtoisten ammattiopintojeni kanssa, koska se antaa hyvin valmiuksia työskennellä mielenterveyden hoitotyössä ja kehittää samalla itseään ja ammattitaitoaan. On myös tärkeää lisätä ymmärrystä mielisairauksien hoidosta, koska mielenterveysongelmat voivat herättävät pelkoa potilaiden omaisissa ja muissa ihmisissä.

Harjamäen sairaalamuseolle tehtävän opinnäytetyön aihe on rajattu kahdeksaan lääkkeettömään historialliseen hoitomuotoon. Nämä hoitomuodot ovat: ammehoito, kierrehoito, pakkokeinot ja eristys, työterapia, insuliinishokkihoito, sähköshokkihoito, malariahoito ja lobotomia. Aiheen rajauksesta tehdyistä valinnoista on keskusteltu työelämänohjaajan Anu Rissanen kanssa. Opinnäytetyöhön valitut hoitomuodot on valittu sen vuoksi, koska niitä on käytetty paljon mielenterveystyön historiassa. Aiheen rajauksessa olevana aikana nämä hoitomuodot olivat silloinen vastaus ehkäistäessä, parantaessa ja kuntouttaessa mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Harjamäen sairaalassa on käytetty kaikkia näitä hoitomuotoja, jotka on valittu ja rajattu opinnäytetyön sisältöön.

Lähtökohtaisena ideana ja tarkoituksena opinnäytetyöllä on ollut hankkia ja tuottaa kirjallinen ”tietopaketti” opinnäytetyön aiheesta. Tämä informaatio on siirretty Harjamäen sairaalamuseon internet-kotisivuille. Tietoa hoitomuodoista on kerätty mahdollisimman paljon luotettavista ja laadukkaista lähteistä eli kirjallisuudesta ja erilaisista tutkimuksista. Kirjallisuus, jota on käytetty lähteenä opinnäytetyön teossa, on aika vanhaa. Tämä johtuu siitä, että opinnäytetyössä esiintyvät hoitomuodot ovat suurelta osin erittäin vanhoja ja mielenterveystyöstä hävinneitä. Tämän vuoksi kirjallisuuden löytäminen on ollut vaikeaa. Harjamäen museoamanuenssi Anu Rissanen on antanut luvan käyttää Harjamäen sairaalamuseosta saatua informaatiota apuna opinnäytetyöni teossa. Harjamäen sairaalasta tehtyä historiallista tutkielmaan on käytetty opinnäytetyön lähteenä.

Opinnäytetyön aihe on liityttävä jollakin tavalla nykyaikaan ja tämä aihe liittyy monella tavalla nykypäivän mielenterveystyöhön. Ilman käsitystä historiallisista hoitomuodoista on vaikea ymmärtää nykypäivänä käytettäviä hoitomuotoja. Hoitajalla on oltava tietoisuus siitä, minkälaiset ovat olleet lähtökohdat hoidettaessa potilaita mielenterveystyössä. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24). Lisäksi tulee tietää esimerkiksi, kuinka nykyiset hoitomuodot ovat kehittyneet. Teorian ja kokemusten pohjalta on saatu tietoa, jonka avulla on kehitetty nykypäivänä käytettäviä hoitomuotoja. Kehityksen vuoksi erilaisia hoitomuotoja on myös jäänyt pois käytöstä ja lääkkeiden käyttäminen mielenterveystyössä on yleistynyt. Lääkkeellisiä hoitoja ei sen takia ole valittu opinnäytetyön sisältöön, koska niillä on nykyään niin tärkeä ja suuri rooli mielenterveyspotilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön tekemiseen historiallisista hoitomuodoista on tarvetta, koska aihe on erittäin kiinnostava sen paljon herättämien mielipiteiden ja erilaisten ennakkoluulojen takia. Asiasta on niin paljon erilaisia käsityksiä, esimerkiksi potilaiden hoitaminen henkisesti ja fyysisellä väkivallalla erilaisista mielenjohteisiin perustuen on yksi näistä käsityksistä. Mielisairaaloita on myös pidetty säilytyslaitoksina, eikä kuntouttavina laitoksina. (Elomaa, Taipale 1996, 5). Opinnäytetyöstä saatavalla tiedolla on tarkoitus toteuttaa internet-sivut, joille on tarvetta, jotta saataisiin lisää informaatiota Harjamäen sairaalamuseon kotisivuille. Työntilajalla on tarve kehittää omia internet-sivustoja.

2 MIELENTERVEYSTYÖ JA HISTORIALLISET HOITOMUODOT

2.1 Mielenterveys

Mielenterveys on osa ihmistä ja terveyttä. Se on ihmisen psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen kokonaisuus. WHO:n eli maailma terveysjärjestön kuvauksen mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy kohtaamaan arkipäivän haasteet sekä työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti yhteiskunnan hyväksi. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksen, Marttunen & Partonen 2007, 26.) Mielenterveyden määrittelyyn vaikuttavat monet erilaiset tekijät. Siihen voivat vaikuttaa kulttuuri, ympäristö, ihmisen omat tarpeet ja lähiaikoina noussut termi ihmisen taloudellisesta hyvinvoinnista yhteiskunnassamme. Mielenterveyteen kuuluu myös ihmisen tarve löytää paikkansa erilaisissa yhteisöissä. (Suomen mielenterveysseura 2008.)

Mielenterveydestä puhuttaessa on muistettava, että mielen hyvinvointi ei ole pysyvä tila. Ihmiselle tulee elämänkaaren aikana erilaisia ongelmakohtia ratkaistavaksi, mikä asettaa mielen hyvinvoinnin koetukselle. Tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveys ei ole sitä, että elämä olisi ongelmatonta ja mutkatonta. Kukaan ihminen ei voi olla elämänsä aikana aina tasapainoinen ja terve. Ihmisillä on omatapainen tyyli käyttäytyä erilaisissa ongelmatilanteissa. Se, miten ne tulevat ilmi on tapauskohtaista. (Suomen mielenterveysseura 2008.) Mielenterveyden olemuksen ymmärtämiseksi ihmisen täytyy tietää, mikä on poikkeavaa ja normaalia ihanteellisen mielenterveyden kannalta. (Lönnqvist 2007 26).

Nykyään puhuttaessa mielenterveysongelmasta käytetään termiä mielenterveys häiriö. Mielenterveys häiriö termiä käytetään eräänlaisena yleisnimenä, kun puhutaan erilaisista mielenterveysongelmista. Mielenterveyden häiriöihin kuuluvat esimerkiksi mielisairaudet eli klassiset psykoosit, älyllinen kehitysvammaisuus, pelot, mielihäiriöt ja käyttämishäiriöt. On muistettava, että mielenterveyden häiriöksi ei lueta arkipäivän tapahtumiin liittyviä reaktiota, kuten ihmisen kokemia erilaisia ilon ja surun tuntemuksia. (Lönnqvist 2007 15.)

2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja persoonallisen kasvun edistämistä ja tukemista. Mielenterveystyö sisältää myös mielisairauksista ja muista mielenterveyshäiriöistä kärsivien ihmisten oireiden lievittämisen, parantamisen ja ehkäisemisen. Mielenterveyden edistämiseen kuuluvat mielenterveyspalvelut, joiden tarkoitus on tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita mielisairaudesta tai mielenhäiriöistä kärsiville henkilöille. (Finlex 1990.)

Opinnäytetyön rajauksessa olevat hoitomuodot liittyvät kaikki mielenterveystyöhön. Näiden hoitomuotojen tarkoitus on ollut parantaa ja rauhoittaa mielisairaudesta tai mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita. Amme- ja kierrehoidossa oli tarkoitus lievittää ja rauhoittaa potilaan oireita. Pakkokeinojen ja eristyksen avulla oli tarkoitus rauhoittaa potilasta. (Elomaa & Taipale 1996, 44, 81 - 82.) Työterapian tarkoitus mielenterveystyössä oli parantaa ja lievittää mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita kuntouttavalla tavalla. (Kinnunen 1964, 114). Insuliinishokkihoidon tarkoituksena oli parantaa ja lievittää mielisairaudesta kärsivän potilaan oireita. Sähköshokkihoidolla ja malariahoidolla taas oli tarkoitus lievittää ja parantaa mielisairauksia. (Shorter 2005, 226, 250, 262.) Lobotomia on ollut kautta aikojen yksi kiistellyimmistä historiallisista hoitomuodoista. Sen tarkoitus oli lievittää ja rauhoittaa potilaan mielisairauden mukana tuomia oireita. (Elomaa & Taipale 1996, 7 - 8.) Kaikki nämä hoitomuodot liittyvät jollakin tavalla mielenterveystyöhön, mutta niiden käyttötarkoitukset vaihtelevat jonkin verran.

2.3 Mielenterveystyön historia

Mielenterveystyötä ja siinä toteutettavia hoitomuotoja ovat kautta aikojen riivanneet erilaiset epäluulot, käsitykset ja mielipiteet. Nämä ovat johtaneet joskus mielisairaudesta kärsivän ihmisen palvontaan, mutta useammin pilkantekoon ja väkivaltaan. Tällaiset käsitykset ovat vaihdelleet paljon eri aikakausien mukaan. Yleisin käsitys potilaasta on, että hän kärsii Jumalan rangaistuksesta. Luonnolliset sairaudet ja niiden aiheuttajat on pystytty näkemään ja havainnoimaan jollain muulla tavalla, kun taas mielenterveysongelmia ei ole pystytty selittämään. Tämä on ollut yksi suuri syy siihen, miksi mielenterveysongelmista kärsivä ihminen on saanut kokea niin paljon vihaa ja julmaa kohtelua. Mielenterveystyön historia käsittelee psy-

kiatrasta hoitotyön historiaa, joka käsittelee vanhoja hoitomuotoja, hoitotapoja, hoito-olosuhteita ja hoitopaikkoja. (Latvala, Visuri & Janhonen 1996, 10 - 13.)

2.4 Harjamäen sairaala

Harjamäen sairaala on vuonna 1926 Siilinjärvelle perustettu piirimielisairaala. Vuonna 1957 sairaalan nimi vakiintui Harjamäen sairaalaksi. Sairaala on ollut toiminnassa vuosina 1926 - 1997. Harjamäen sairaalassa oli laajimmillaan yli 1000 potilasta ja työntekijöitäkin yli 600. Sairaalassa hoidettiin pääasiassa skitsofreniasta kärsiviä potilaita, mutta myös lisäksi maanis-depressiivisyydestä, masennuksesta ja alkoholismista kärsiviä potilaita. (Siilijärven kunta 2008.)

Harjamäen sairaalan toimintaa kehitettiin paljon sen toiminnassa olemisen aikana. Sairaala muutettiin ”eristyslaitoksesta sairaalaksi”. Sairaalaan tuli oma toimenpide-, laboratorio-, röntgen ja huoltotilat. Sairaalassa suunniteltiin uusia hoitomuotojen ottamista käyttöön, kuten lääkehoidon lisääminen, sähköshokkihoito toteutettiin lihasrelaksantin kanssa ja insuliinishokkihoitoa lisättiin huomattavasti sairaalan toiminnan aikana. Työterapia oli ollut vahvasti esillä koko sairaalan olemassaolon ajan. Pakkokeinoja ja potilaiden rajoittamista vähennettiin ja lääke- ja avohoitoa pyrittiin lisäämään mahdollisimman paljon. (Achte 1983 146 - 148.)

2.5 Harjamäen sairaalassa käytetyt hoitomuodot

2.5.1 Amme- ja kierrehoito

”Jo Hippokrates mainitsi kirjoituksissaan kääreet, hauteet ja kyhyt” (Elomaa & Taipale 1996, 41).

Kierrehoito on erittäin vanha hoitomuoto mielenterveystyössä. Hippokrateenkin kerrotaan puhuneen sen hoitavasta ja rauhoittumista edistävästä vaikutuksesta auttaessaan mielisairauksista kärsiviä potilaita. Ammehoidon esi-isänä pidetään Vinzenz Priessniziä, joka oli tehnyt

havaintoja siitä, että haavoittuneet eläimet hakeutuvat veteen parantuakseen. Hänen johtopäätöksensä mukaan samaa voitaisiin toteuttaa ihmisen kohdalla. Vinzenz Priessnizillä ei kuitenkaan ollut mitään lääketieteellistä koulutusta. Molempia hoitomuotoja toteutettiin erilaisilla tavoilla ja niin kutsuttuja kutsumanimiä näillä kahdella hoitomuodolla on useita. Amme- ja kierrehoito lueteltiin hydroterapiaan. (Neuman – Rahn 2003, 286.) Amme- ja kierrehoitoa toteutettiin pääasiassa 1800-luvulta 1930-luvulle, jolloin fysikaaliset hoitomuodot, kuten sähköshokkihoito alkoivat kehittyä. (Achte 1974, 38).

Ammehoidon eli kylpyhoidon tarkoituksena oli hoitaa epäsiistejä, epäsosiaalisia ja levottomia potilaita kylpyammeessa. Ammehoidolla saatavan rauhoittavan vaikutuksen vuoksi se oli vaihtoehtoinen tapa rauhoittaa potilasta muuten kuin eristämällä. Varsinkin suurissa sairaaloissa tätä hoitomuotoa pyrittiin toteuttamaan vuorokauden ympäri. Ammehoitoa oli pääasiassa kahta erilaista tyyppiä. Oli niin kutsuttuja lyhyitä kylpyjä, jotka saattoivat kestää puolesta tunnista muutamaan tuntiin. Pitkäaikaisissa kylvyissä eli pitkitetyissä kylvyissä hoitoaika saattoi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja ja jopa vuosia. (Neuman - Rahn 2003, 279.) Kierrehoidon tarkoituksena taas oli kietoa potilas lakanoihiin, jotta hänen olonsa rauhoittuisi. Kierrehoitoa käytettiin tietyn ajan kuurina, joka tarkoitti, että potilas laitettiin 1 – 3 kertaa päivässä muutaman päivän ajan lakanoihiin. Hoitoa voitiin myös käyttää tilapäisesti pakkokeinona. (Elomaa & Taipale 1996, 44.)

Ammehoito järjestettiin yleensä sellaiselle osastolle, joka oli tarkoitettu kylpemiseen. Tämä sen vuoksi, jotta ammehoitoa voitaisiin toteuttaa mahdollisimman monen potilaan kohdalla. Potilas laitettiin makuulle kylpyammeeseen, jonka veden lämpötila piti olla noin 34 - 36°C astetta. Potilasta valvottiin koko hoidon ajan. Erityisesti itsetuhoisten potilaiden ammeet olivat lähimpinä hoitajia, jotta potilaat eivät päässeet hukuttautumaan. Vettä vaihdettaessa potilas nostettiin pois ammeesta ja hänet laitettiin pyyhkeisiin, jotta hän ei päässyt vilustumaan. Kylvyn pituudesta riippuen ammeen vesi vaihdettiin kolmesti päivässä tai jos se oli päässyt likaantumaan. Veden piti olla oikean lämpöistä, jotta potilaan iho ei päässyt palamaan. Potilas saattoi olla vastahakoinen menemään ammeeseen, täytyi muistaa, että häntä ei saanut sinne pakolla laittaa. Koska potilas olisi voinut kiihdyttää itsensä pelkästä vastustamisen halusta ja tämä olisi vaikeuttanut hänen hoitoaan. Kun kylpy lopetettiin, potilas kuivattiin ja hänet puettiin, koska potilas ei ollut välttämättä itse tähän kykenevä. (Neuman - Rahn 2003, 280, 282.)

Kierrehoidossa potilas kiedottiin viltteihin ja lakanoihin, jotka olivat kylmällä tai kuumalla vedellä kasteltuja. Potilaan sängylle aseteltiin 3 - 4 vilttiä ja niiden päälle sekä märkä että kuiva lakana. Potilas meni alasti makaamaan vilttien ja lakanoiden päälle, jonka jälkeen potilas kiedottiin lakanoihin ja lakanoiden päälle laitettiin vielä viltit. Potilaan ihonpinnat eivät saaneet koskettaa toisiaan, koska märkyys voi aiheuttaa haavaumia potilaan liikkuesssa. Päälle laitettiin vielä vahakangas, jotta tasainen lämpö saavutettaisiin. Potilaan otsalle laitettiin kylmäkääre ja leuan alle pyyhe. Potilaan ollessa sekava tai hyvin aggressiivinen, hoito voitiin myös toteuttaa potilaalle seisten siten, että lakana laitettiin potilaan selän kautta potilaan päälle. Käsittely kesti noin kaksi tuntia, jolloin potilaan tilasta seurattiin muun muassa ihovärimuutoksia, hengityksen tiheyttä sekä pulssia. Kuten ammehoito, kierrehoitokin pyrittiin toteuttamaan erityisessä paikassa, koska potilaan mahdollinen aggressiivisuus ja tästä johtuva vastarinta saattoivat häiriinnyttää muita potilaita. Hoidon jälkeen potilas aina pestiin ja kuivattiin huolellisesti. Hoidon haittavaikutuksena oli, että potilas ei rauhoittunut, vaan käyttäytyi sekavasti koko hoidon ajan. Oli myös mahdollista, että potilaan somaattinen vointi ei kestänyt hoitoa. Tällä tarkoitettiin useimmiten potilaan hengityksen vaikeutumista niin paljon, että potilas ei saanut henkeä. Tässä tapauksessa hoito täytyi keskeyttää. (Neuman - Rahn 2003 288 – 289.)

Ammehoidolla hoidettiin potilaita, jotka kärsivät erilaisista mielisairausten mukana tuomista oireista. Tällaisia oireita olivat levottomuus, väkivaltaisuus, sekavuustilat, stupor eli jännitystilalla, epäsosiaalisuus, epäsiisteys ja halvaukset. Ammehoitoa ei suositeltu, jos potilas kärsi verenkiertohäiriöstä, anemiasta, sydänongelmista tai ahdistus- ja masennustiloista. Pitkät kylvyt vaikuttivat potilaisiin myös väsyttävästi. Tämä johti siihen, että potilaat nukkuivat aiempaa paljon paremmin. (Neuman - Rahn 2003, 279 – 280.) Kierrehoittoa käytettiin pääasiassa synnytyksen jälkeiseen psykoosiin sairastuneiden potilaiden kohdalla. Sitä käytettiin myös levottomasti ja ärtyisesti käyttäytyvien katatonisten potilaiden hoidossa. Kierrehoidolla hoidettiin myös hysteriaa ja kaatumatautista levottomuutta. (Neuman - Rahn 2003, 287.)

Ammehoidon toteuttamiseen johtavia syitä oli varmasti useita. Yksi tärkeimmistä pääsyyistä on ollut sekavien ja aggressiivisten potilaiden rauhoittaminen. Ammehoidolla on haettu vaihtoehtoisista toimintatavoista hoidettaessa potilaita, joita muuten olisi pitänyt hoitaa eristyspotilaina. Ammehoidon etuna oli myös se, että epäsiistien potilaiden puhtaana pitäminen helpottui. Lämmin vesi toimi hyvin potilaan rauhoittamiseen, mikä johti siihen, että potilasta väsytti enemmän ja hänen ruokahalunsa oli parempi kuin aikaisemmin. Kun potilas nukkui ja söi

enemmän, hänen käyttäytymisensä oli rauhallisempaa ja hän pystyi hallitsemaan itseään paremmin. (Neuman - Rahn 2003, 279.)

Kierrehoidon käyttämiseen mielenterveystyössä on paljon erilaisia syitä. Kierrehoito voidaan suurelta osin luokitella pakkokeinoksi, koska potilas kiedottiin märkiin tai kuiviin lakanoihin niin tiivistä, että hän tuskin pääsi liikkumaan. Kierrehoitoa pidettiin jopa pahempana pakkokeinona kuin perinteistä pakkopaitaa. Tämä johtui siitä, että lakanat piti kietoa niin tiukkaan, että potilas ei pystynyt vahingoittamaan itseään liikkumalla lakanoiden sisällä. Potilas harvoin laittoi vastaan näissä tilanteissa. (Neuman - Rahn 2003, 287.)

Sairaanhoitajan näkökulmasta voidaan huomioida, että amme- ja kierrehoidon toteutus on ollut teknillinen. Hoitomuodon toteutuksessa tärkeinä osina ovat olleet sairaanhoitajan työkokemus ja perehtyminen näihin kahteen hoitomuotoon. Hoitojen aikana on aina ollut tärkeää seurata potilaan somaattista vointia, kuten verenpainetta ja pulssia ja ulkoisia muutoksia potilaissa, kuten tajunnantaso, ihonväriä ja hengittämistä. Hoitaja on ollut aina seuraamassa potilasta hoidon ajan. Sosiaalinen vuorovaikutus potilaan kanssa on ollut tärkeää, koska keskusteleminen auttaa usein potilasta rauhoittumaan. Potilaan tukeminen ja avustaminen hoitoon liittyvissä asioissa on ollut myös tärkeää. (Lindström 1988, 123.) Verraten nykypäivän kompetensseihin sairaanhoitaja on toteuttanut kliinistä hoitotyötä, yhteistyötä potilaan kanssa ja eettistä toimintaa (Opetusministeriö 2006). Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24). amme- ja kierrehoitojen toteutuksessa. Eettisenä toimintana amme- ja kierrehoidon toteutuksessa voidaan pitää potilaan humaania kohtelua eli pyritään hoitamaan potilas ihmisläheisesti, eikä liian rajoittavasti.

Amme- ja kierrehoito olivat oman aikansa vastaus pyrittäessä torjumaan mielenterveysongelmien aiheuttamia oireita potilaiden joukossa. Sekavuuden ja aggressiivisuuden torjuminen näillä kahdella hoitomuodolla antoi jo suuntaa antavaa käsitystä inhimillisemmästä tavasta kohdella potilaita. Nämä hoitomuodot varsinkin ammehoito, kuulostavat paljon potilasystävällisimmiltä, kuin monet muut historialliset hoitomuodot. Hoitomuodoilla haettiin ratkaisuja suurien eristyslukumäärien vähentämiseen, koska eristykset kuormittivat osastojen toimintaa. Pitää muistaa se asia, että vaikka amme- ja kierrehoidosta on usein puhuttu eristyksen korvaavina hoitomuotoina, eivät ne poistaneet potilaiden eristämistä mielenterveystyöstä. Potilaat, jotka olivat vastustaneet eristämistä aikaisemminkin, todennäköisesti vastustivat

myös näiden hoitojen toteuttamista. Erityisesti kierrehoito oli usein hyvin rajoittava hoitomuoto katsottaessa sitä potilaan näkökulmasta.

”Hukkumisvaaraa, erikoisesti niiden nähden, jotka etsivät kuolemaa, ei saa koskaan unohtaa” (Neuman - Rabn 2003, 282).

2.5.2 Pakkokeinot ja eristys

Pakkokeinojen, kuten esimerkiksi eristämisen käyttäminen psykiatrisissa sairaaloissa ovat vanhoja, mutta edelleen käytössä olevia hoitomuotoja. Nykypäivään tultaessa potilaan kohtelu on muuttunut humanimmaksi ajoista, jolloin eristysmuotojen tarkoitus oli toimia lähinnä pelotteena, eikä hoitavana ratkaisuna. Mieliterveystyössä eristämällä yleensä tarkoitettiin potilaan siirtämistä eristyshuoneeseen, jossa potilaan vointia pystyttiin seuraamaan, hoitamaan ja rauhoittamaan. (Elomaa & Taipale 1996, 81.)

Eristämällä on pitkä ja maineikas, joskaan ei kovin kunniakas perinne mielenterveystyön historiassa. Niin pitkään kuin mielenterveystyössä on hoidettu potilaita, heitä on myös eristetty. Suomessa ensimmäinen psykiatrinen sairaala oli Seilin hospitaali. Sairaala perustettiin 1617 ja se oli alun perin leprapotilaitten ja mielisairaiden hoitopaikka. Seilin hospitaalista on raportoitu ensimmäiset Suomessa toteutetut pakkokeinot ja eristykset. (Elomaa & Taipale 1996, 81 – 82.) Harjamäen sairaalassa lopetettiin vuonna 1958 pakkopaitojen ja piha-aitojen käyttö. (Lepola 1976, 52).

Ensimmäisiä varsinaisia eristystapoja mielisairaloissa olivat ”hulluinarkut”, joiden toimintaperiaate on ollut, että potilas on laitettu arkkuun ja arkun kansi on suljettu. Myöhemmin tulivat käytäntöön ”hullujen säiliöt”, jotka sijaitsivat kaupunkien ulkopuolella. Nämä tulivat käytäntöön jo 1460 - luvulla. Pakkokeinoihin luettiin myös kahlehtiminen ja häkkiin tai koppiin sulkeminen. Mielenterveystyössä on pitkään käytetty monenlaisia keinoja eristää tai rajoittaa potilaita. Yleisin keino on ehkä eristyshuone, jonne potilas on voitu eristää joko pystyeristykseen tai leposide-eristykseen. Potilaita on voitu myös rajoittaa pakkopaidalla, pakkokäsineillä ja pakkotuolilla. (Kinnunen 1964, 12.) Pakkomuhvi oli myös yksi tapa rajoittaa potilasta. Se oli pussin näköinen laite, jolla sidottiin molemmat potilaan kämmenet, jotta potilas ei voinut käyttää niitä. Potilaan pään viilennyslaite oli nahkasta valmistettu kypärää muistuttava väline,

jonka avulla yritettiin rajata potilaan levotonta käyttäytymistä. Oli myös olemassa instrumentteja, joiden avulla potilaan suu saatiin tukittua tai avattua. (Achte 1974, 39 - 40.)

Eristämisen kulttuuri on vaihdellut eri aikakausittain. Tämä johtuu siitä, että mielisairauksien hoitoon on löydetty uusia hoitomuotoja ja erilaisia suuntauksia, joiden avulla on saatu eristämisiä vähennettyä ja ehkäistyä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei eristämistä olisi silti käytetty. Eristäminen on käytännössä tapahtunut yleensä siten, että hoitohenkilökunta on joutunut käyttämään fyysistä rajoittamista potilaan levottoman, aggressiivisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi. Eristämiseen vaikuttavat tilanteen vakavuus, hoitohenkilökunnan määrä ja hoitohenkilökunnan ammattitaidot ja kokemukset. (Neuman- Rahn 2003, 293.)

Sairaanhoitajan näkökulmasta katsottuna potilaan eristäminen on melkein aina tilanne, jossa potilaan käyttäytymistä joudutaan rajoittamaan. Tämä voi olla potilaan ohjaamista, saattamista tai fyysistä rajoittamista, riippuen potilaan sen hetkisestä voinnista. Eristämisessä pitää aina ottaa huomioon potilaan eettinen kohteleminen, vaikka itse tilanne voi olla molemmin puolin fyysisesti erittäin raskas. Mahdollisessa potilaan rajoittamisessa pitää ottaa huomioon, että potilas voi olla sairaanhoitajaa kohden vihamielinen, kun sairaanhoitaja riistää tai estää potilas rajaamalla hänen käyttäytymistään. (Schwartz & Shockley 1976, 227.) Verrattaessa vanhoihin sairaanhoitajan kompetensseihin, potilaan eettinen kohtelu on tullut tärkeämmäksi nykypäivän mielenterveytyksessä. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24).

Pakkokeino ja eristäminen eivät ole koskaan olleet parantavia hoitokeinoja, vaikka niitä on joskus sellaisina pidettykin. Potilaiden eristämiseksi ja rajoittamiseksi on useita eri syitä. Potilaan rajoittamisella on yleensä hoidettu levotonta, väkivaltaista ja aggressiivista potilasta, joka omalla käyttäytymisellään on vaaraksi itselleen tai muille potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Pakkokeinoilla ja eristämällä on hoidettu potilaan mielisairauden oireita, ei mielisairautta. Yleensä potilas on eristetty huoneeseen, jotta häntä voidaan tarkkailla, lääkityä ja kontrolloida paremmin. (Elomaa & Taipale 1996, 81.) Nykypäivänä potilaiden eristämisestä käytetään termiä turvahoido ja potilaan täytyy olla tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa pakkohoidossa, jotta hänet voidaan eristää. (Salovaara, Immonen & Tyybäkinen 1997, 61).

2.5.3 Työterapia

Työterapialla on pitkät perinteet mielenterveystyössä ja sitä on käytetty mielisairaaloissa jo 1800 - luvulta lähtien. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 454). Pitkään on jo tiedetty, että työllä on positiivisia vaikutuksia hoidettaessa mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Työterapialle haasteensa on tuonut kuitenkin alkuaikoinaan käsitys siitä, että mielenterveysongelmia ei voida parantaa tai vaikuttaa niiden oireisiin. Sen vuoksi työterapiaa on pitkään pidetty eikuntouttavana ratkaisuna. (Kinnunen 1964, 113.) Harjamäen sairaalassa työterapia oli yksi tärkeimpiä hoitomuotoja koko sairaalan toiminnan ajan. Työterapiaa alettiin käyttää Harjamäen sairaalassa vuonna 1928 ja sitä käytettiin hoitomuotona koko sairaalan toiminnan ajan. (Lepola 1976, 57.)

Vuonna 1924 tapahtui muutos työterapian alalla, kun saksalainen tohtori Herman Simon, Gutersloh`n mielisairaalan johtaja, esitti hätkähdyttäviä ja menestyksellisiä muutoksia työterapian käytöstä hoidettaessa mielenterveyspotilaita. Herman Simon esitti kirjassaan, että potilas tuntee itsensä hyödylliseksi ja tarpeelliseksi yksilöksi, kun hän saa tehdä töitä yhteisön hyväksi. Potilas kokee tekemänsä työnteon arvokkaaksi ja tuottavaksi. Tämä johtaa siihen, että potilaan itsetunto kasvaa, mikä helpottaa häntä kuntoutumaan mielisairauden mukana tuomista ongelmista. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 454.) Tällaiset tutkimustulokset herättivät paljon mielenkiintoa, minkä johdosta työterapiaa alettiin toteuttaa monissa mielisairaaloissa. Työterapian vuoksi erityisesti sairaaloiden osastot, joissa hoidettiin kroonisia potilaita, saivat erilaisen ilmeen ja luonteen. Tämä johtui siitä, että osastoilla olevien potilaiden aktiivisuus kasvoi. (Kinnunen 1964, 113.)

Työterapian hyvin tuomaa muutosta kuvasi tohtori Simon tällä tavoin: ”Muutos johtuu ennen kaikkea siitä, ettemme etsi potilaasta ensisijaisesti sitä, mikä on sairaalloista, puutteellista ja hukkaanjoutunutta, vaan sitä, mikä on jäljellä terveestä ihmisestä, hänen terveitä voimiaan ja kykyjään, ja että yritämme saattaa tämän jäljellä jääneen sopusointuun olemassaolon välttämättömyyksiensä kanssa, että määräämme hänelle velvollisuuksia, ei mielivaltaisesti laadittuja, vaan sellaisia, jotka johtuvat välittömästi niistä vaatimuksista, joita sairastunut asettaa elämälleen”. (Kinnunen 1964, 113.) Työterapian tarkoituksena oli kehittää, herättää ja säilyttää potilaan positiivisia ja terveitä ominaisuuksia, sekä ehkäistä sairauden tuomia oireita. (Kinnunen 1964, 113 & Lepola 1976, 63). Työterapian aloittamisen jälkeen mielisairaalat eivät enää olleet poti-

laiden säilytyspaikkoja. Mielisairaaloissa alettiin kuntouttaa potilaita mahdollisimman hyvin, jotta he voisivat palata takaisin yhteiskuntaan. (Lepola 1976, 58.)

Työterapian päämääränä oli potilaan terveydentilan parantaminen. Potilaiden työskentelystä haettiin myös muita hyödykkeitä. Mielisairaalat olivat olleet jo pitkään kuluttavia laitoksia. Tämän vuoksi potilaiden sosiaalisen käyttäytymisen paranemisen lisäksi myös sairaalan taloudellinen hyöty kasvoi jossain määrin, koska potilaat tekivät ja saivat aikaan jotain konkreettista hyötyä. Täytyy kuitenkin korostaa sitä, että vaikka potilaiden tekemästä työstä saatu aineellinen hyöty ei ollutkaan suuri, työstä johtuva taloudellinen hyöty ei koskaan saanut mennä potilaan kuntoutuksen edelle. Työn ja toiminnan tärkeys ihmiskeholle oli välttämätöntä. Työn tekeminen erityisesti ulkoilmassa kiihdytti aineenvaihduntaa, tervettä väsymystä ja ruokahalua. Nämä kolme asiaa ovat tärkeitä edellytyksiä terveelle ja luonnolliselle unelle. Fyysinen kunnan kohennus tulee myös nähdä henkisenä toipumisena mielisairaudesta. Työterapialla oli siis paljon hyviä puolia, kuten potilaan keskittymiskyvyn, itsehillinnän ja aloitekyvyn lisääntyminen. Työterapialla oli mahdollista myös saada joitakin mielisairauksien mukana tuomia lieveilmiöitä poistettua, joita olivat esimerkiksi masentuneisuus, kiihtymys, hävittämishalu ja estyneisyys. Joka tapauksessa nähtiin, että paras tapa potilaalle päästä pois sairaasta maailmasta todellisuuteen, oli juuri työn tekeminen. (Kinnunen 1964, 114.)

Työterapialla oli tietyt kriteerit potilaattensa suhteen. Tämä tarkoitti sitä, että kaikki potilaat eivät voineet työskennellä kaikenlaisissa työtehtävissä, mitä työterapialla oli mahdollisuus tarjota. Tämän vuoksi potilaille oli tarjolla monenlaisia työterapiamahdollisuuksia, joissa otettiin huomioon potilaan psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet. Perusideana oli, että mitä huonommassa kunnossa potilaan psyykinen vointi on, sen yksinkertaisempaa työtä potilaalle tarjotaan. Lisäksi potilaan äkillinen liikkuttelu eri työryhmästä toiseen ei ollut suotavaa, vaan oli tarkoitus, että potilas ehtisi kiintyä työhönsä. Tämä antaisi potilaalle enemmän positiivisia onnistumisen kokemuksia. Muutos saattoi vaikuttaa ratkaisevasti potilaan kuntoon. Ensisijaisesti lääkäri määräsi, mihin työterapiaryhmään potilas menisi, samoin lääkäri päätti minkä kokoisia työterapiaryhmät olivat. Hoitaja jakoi eri työtehtävät ryhmän sisällä potilaiden kesken. Potilasta määrättäessä tiettyyn ryhmään ja työtehtävään painotettiin potilaan aikaisempaa osaamista, mielenkiintoa ja ennen kaikkea potilaan psyykkistä vointia. Työn täytyi olla sekä kiinnostavaa, että haastavaa. Se ei saanut olla liian vaikeaa tai liian helppoa. Voidaan todeta, että potilaan työterapian lähtökohdat olivat potilaskeskeiset. (Kinnunen 1964, 115.)

Hoitomuotona työterapia asetti myös tietyt vaatimukset sairaalalle ja henkilökunnalle. Työterapiassa on erittäin monta tapaa, miten sitä voidaan toteuttaa ja käyttää hyväksi potilaiden hoidossa. Mielisairaalassa tuli olla puitteet toteuttaa maanviljelyä, puutarhanhoitoa ja karjanhoitoa. Lisäksi sisätoista voidaan mainita paljon erilaisia vaihtoehtoja, kuten leipomo, keittiö, kutomo, pesula, käsityöverstas ja ompelimo. Painotettiin, että toimipisteiden, joissa työterapiaryhmät työskentelivät tuli olla avoimia, ilmavia ja valoisia, jotta potilaille olisi hyvät puitteet toimia työtehtäviensä parissa. Työterapiaan tarvittiin lääkäreiden ja hoitajien lisäksi myös tiettyjen alojen ammattiosajia, joka tarkoitti muuan muassa seppiä, suutareita ja räätäleitä. Tämä sen vuoksi, että työssä osaamista voitiin tukea siinä määrin, että potilas hyötyisi siitä. (Kinnunen 1964, 115.)

Tuohon aikaan erilaiset työterapiavaihtoehdot määriteltiin tiettyihin alaryhmiin. Yksinkertaisen askartelun ryhmän tarkoitus oli toteuttaa mahdollisimman yksinkertaista työtä, joka piti potilaan erilaisia motorisia ja mekaanisia kykyjä yllä. Tohtori Simon oli järjestänyt käsipesuloita, jossa potilaat pesivät pyykkiä hoitajien valvonnan alaisina. Osastolla suoritettavaan käsityön ryhmään kuului erittäin paljon erilaisia työterapiamahdollisuuksia. Ompelu ja paikkaustyö, muovi-, nahka-, rottinki ja keramiikkatyöt olivat tärkeässä osassa osastoilla olevien potilaiden työterapiaa. Tämä työ saattoi olla jo erittäin vaativaa potilaalle, mutta se oli tarkoitettu potilaille, jotka tarvitsivat enemmän hoitajan tukea ja läsnäoloa. (Kinnunen 1964, 116.)

Osaston siivous- ja taloustyön ryhmän tarkoitus oli, että potilaat siivosivat ja autoivat siivoojia osastolla tai sen ulkopuolella. Potilaat olivat hoitajien valvonnan alaisina koko ajan. Potilailla oli mahdollisuus päästä työskentelemään osaston keittiöön, jos he pystyivät toimimaan tarpeeksi siististi ja hyvin. Osaston ulkopuolella hoitajan valvonnassa suoritettavat työt olivat joko käsityösaleissa tapahtuvia töitä tai erilaisia ulkotöitä. Käsityösali sijaitsi yleensä eri paikassa kuin itse osastot, joista potilaat tulivat sinne. Potilaat työskentelivät tietyn tuntimäärän ohjaajien ohjauksen ja valvonnan alaisuudessa. Potilaiden työtä johti käsityöopettaja. Naisille oli suunnattu käsityösaleissa erityisesti kutominen eri tavoilla, kuten kangaspuilla. Miespuolisille potilaille oli suunnattu metalli- ja puutöitä, mutta myös kutominen ja ompeleminen kuuluivat miespotilaiden työterapian piiriin. Tähän työterapiamahdollisuuteen yleensä osallistuivat ne potilaat, jotka olivat lievemmin sairaita ja psyykkisesti parempikuntoisia. Työ oli jo mielenkiintoisempaa ja potilaat oppivat uusia asioita. Lisäksi tämä toi vaihtelua päivittäisiin arkirutiineihin ja he pääsivät vierailemaan osaston ulkopuolella. (Kinnunen 1964, 117.)

Ulkotöissä työskentelevät potilaat oli jaettu useisiin erilaisiin ryhmiin potilaiden kunnosta riippuen. Potilaat oli määrätty ryhmiin psyykkisen kunnan, työmotivaation ja luotettavuuden mukaan. Ulkotyöryhmässä oli usein noin 6 - 8 jäsentä. Alin ulkotyöryhmä oli vaunuryhmä, jonka tehtäviin kuului muuan muassa roskienvienti, hiilien ja halkojen kuljetus ja lumityöt. Tässä työryhmässä oli yleensä paljon katatoniaa sairastavia potilaita, jotka olivat tylsistyneet tai estyneet oma-aloitteeseen työhön. Tämä ryhmä vaati paljon pitkäjänteistä ohjausta, koska potilaat eivät välttämättä itse kyenneet tekemään työtä itsenäisesti. Oli tärkeää, että potilaiden aloitekykyä saatiin kasvatettua ja he saivat raikasta ilmaa, koska he muuten viettivät erittäin paljon aikaa osastolla. (Kinnunen 1964, 118.)

Seuraavat ryhmät olivat niin kutsutusti vaativampia, koska niissä työskentelevät potilaat olivat parempikuntoisia. Näiden työryhmien tehtäviin kuuluivat raivaus ja maasiirtotyöt, sekä nurmikoiden ja puistojen siistiminen. Kaikkein parhaimmassa kunnossa olevat ja luotettavimmat potilaat työskentelivät pelloilla ja puutarhoissa. Syksyisin nämä potilaat osallistuivat myös sadonkorjuuseen. (Kinnunen 1964, 118 - 119.) Potilaat, jotka suorittivat työt ammatillisen valvonnan alaisina, eivät olleet enää hoitajien valvonnan alaisina, vaan he työskentelivät esimerkiksi räätälin, puusepän tai maalarin alaisuudessa. Potilaat olivat näiden henkilöiden valvonnan alaisina. He ohjasivat ja opettivat potilasta. Selvää oli, että potilas joka pääsi tällaiseen työtehtävään, oli huomattavasti edennyt jo omassa hoidossaan. Tällaisesta potilaasta annettiin paljon tarkemmat tiedot työpisteeseen, jotta hänet voitiin sinne ottaa ja potilas olisi kykenevä tekemään sellaista työtä. Tiedot muuan muassa sisälsivät tietoa potilaasta ja sairaudesta, jota hän sairasti. Lisäksi saatiin tietoa siitä, miten potilasta tuli kohdella ja ohjata. (Kinnunen 1964, 120.)

Työterapian muodon korkein aste oli potilaan itsenäinen työskentely. Potilaille annettiin töitä ja tehtäviä, joita potilaan tuli suorittaa itsenäisesti ilman välitöntä valvontaa. Tarkoitus oli, että kun heille oli osoitettu luottamusta kyetä työskentelemään itsenäisesti, heidän itseluottamuksensa ja vastuuntuntonsa nousi. Tähän ryhmään kuuluvat työtehtävät olivat jotkin kansliatyöt, hevostiehentyöt ja talonmiehen tehtävät. (Kinnunen 1964, 120.)

Työterapian tarkoitus oli parantaa ja kuntouttaa potilasta. Työterapia ei saanut koskaan olla sellaista, että se olisi tukenut potilaan sairastaman sairauden oireita. Potilaan aloittaessa työterapiaa oli huomioitava, että potilas ei välttämättä kykene suoriutumaan hänelle annettusta tehtävästä. Tällöin potilas täytyy opettaa ja ohjata, jotta hän innostuisi tekemään hänelle määrät-

tyä työtehtävää. Mikäli potilas kieltäytyy tekemästä työtä, on otettava selvää mistä tällainen mahdollinen käytös voisi johtua. Potilaan mielestä työ voi olla liian raskasta ja vaativaa, mutta se voi myös olla päinvastoin, eli potilas kokee työnsä liian helpoksi ja mitättömäksi. (Kinnunen 1964, 120 – 121.) On huomattu, että potilaiden työskentelymotivaatio kasvaa, kun he saavat siitä jonkinlaisen palkkion, kuten tupakkaa tai esimerkiksi ylimääräiset kahvit. (Kinnunen 1964, 122).

Sairaanhoitajan tehtäväkenttä työterapiassa oli erittäin laaja. Työterapian tullessa käytäntöön myös hoitajien toimenkuvat muuttuivat. Voisi jopa sanoa, että entisen vartijan tilalle tuli hoitaja, jolta vaadittiin ammattitaitoa, älykkyyttä ja oikeanlaista suhtautumista mielisairauksista kärsiviin potilaisiin. Hoitajien tehtäviin kuului potilaiden ohjaus, opetus ja tarkkaileminen, kun potilaat olivat päivittäisissä työterapiapisteeissään. Tämä asetti hoitajille tiettyjä vaatimuksia, jotta he pystyisivät toimimaan tarpeeksi ammatillisesti työterapiassa. (Kinnunen 1964, 122.) Verrattaessa nykypäivän sairaanhoitajan kompetensseihin sairaanhoitajan vaatimuksiin kuului eettinen toiminta potilaita kohtaan. Hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus ja yhteistyö potilaiden kanssa kuuluivat sairaanhoitajan kompetensseihin, kun työterapiaa käytettiin hoitomuotona. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.)

Suomessa käytetään työterapiaa vielä tänäkin päivänä joissain maamme psykiatrisissa sairaaloissa. Työterapia on selvästi vähentynyt, johtuen mielenterveystyön siirtymisestä nykyaikana entistä enemmän avohoidon piiriin ja työterapia on saanut uudenlaisia muotoja. Varsinaisissa mielisairaaloissa esimerkiksi Niuvanniemen sairaalassa, jossa hoitajakset voivat olla potilailla erittäin pitkiä, työterapiaa toteutetaan edelleen. (Ulkotyöryhmän hoitofilosofia Niuvanniemen sairaalassa). Toisaalta myös on nähtävissä, että kaikkia työterapiaan liittyviä työtehtäviä ei enää kutsuta työterapiaksi, vaan se voi esimerkiksi liittyä osaston rutiineihin. Tällaisia voivat esimerkiksi olla ruuanlaitto, siivoaminen ja erilaiset taloudelliset arkipäivän työt. On ollut mielenkiintoista huomata, kuinka tällä hoitomuodolla on pystytty tyhjentämään potilaista täyteen ahdetut osastot ja kuntouttamaan potilaita. Potilaat ovat siinä kunnossa, että esimerkiksi terveen unen saanti on saanut aikaan sen, että potilaita ei tarvitse eristää niin paljon kuin ennen työterapian mahdollisuutta.

2.5.4 Insuliinishokkihoito

”Vaikka insuliinishokkihoito luokitellaan kuuluvaksi psykiatrian mustaan menneisyyteen, sen tehokkuutta joidenkin skitsofrenia muotojen hoidossa on vaikeaa kiistää” (Elomaa & Taipale 1993, 12).

Insuliinishokkihoito oli yksi shokkihoitoihin kuuluva hoitomuoto, jota käytettiin ensimmäisen kerran 1920-luvulla mielenterveytyöissä. Tämän hoitomuodon varhainen kehittäjä oli itävaltalainen lääkäri nimeltään Manfred Sakel. 1920-luvulla Sakel huomasi työskennellessään morfiinivieroituspotilaiden kanssa, että insuliinilla voitiin ehkäistä vieroituksen tuomaa oksentelua ja ripulia positiivisella tavalla. Insuliinihormonihan oli löydetty vuonna 1922. Tuohon aikaan jo tiedettiin, että insuliinia oli käytetty aikaisemminkin erilaisten sairauksien hoidossa. Mielisairaaloissa insuliinia oli käytetty ruokahalun lisäämiseen ja yleistilan nostamiseen aliravitsemuksen ja anoreksia nervosan hoidossa. Psykkisen tilan paraneminen potilaalla oli lähinnä sattuman aiheuttama positiivinen vaikutus. (Rinkel & Himwich 1958, 20.) Työskennellessään vieroituspotilaiden kanssa Sakel huomasi, että koomasta herättyään vieroituspotilaat olivat päässeet morfiiniriippuvuudesta. Kaiken lisäksi potilaiden ”ailahteleva ja levoton käyttäytyminen” oli vähentynyt. Potilaiden kanssa oli helpompi keskustella ja he olivat sosiaalisempia. Sakelille heräsi ajatus insuliinishokin positiivisesta hoitovasteesta vakavien mielisairauksien hoidossa ja potilaiden psykkisen voinnin parantaminen suurilla insuliiniannoksilla. (Shorter 2005, 245; Kaila 1964, 157; Karlson 1977, 75.) Harjamäen sairaalassa insuliinishokkihoitoa alettiin käyttää vuonna 1937 ja sitä käytettiin aina vuoteen 1964 asti. (Achte, Suominen & Tamminen 1983, 146).

Insuliinishokkihoito oli fysikaalinen hoitomuoto. Insuliinishokkihoidon perustarkoituksena oli aiheuttaa potilaalle hypoglykeminen tila, jossa elimistön insuliinitasoa nostettiin epäfysiologisen korkeaksi niin paljon, että potilas vaipui insuliinikoomaan. Kun insuliinin määrä elimistössä on riittävä, potilas nukahtaa ja vaipui insuliinihorrokseen, ja lopulta unen kautta insuliinikoomaan. Kun potilas oli ollut koomassa puolesta tunnista kahteen tuntiin, hänelle annettiin sokeria, että elimistö palautuisi hypoglykemisestä tilasta ja potilas heräisi. Jollei potilaalle annettu sokeria, potilas kuolisi. Insuliinishokkihoito toteutettiin yleensä osastoilla, jotka olivat erityisesti rakennettu insuliinishokkihoidon toteutukseen. (Kinnunen 1964, 156 - 157 & Karlsson 1977, 75.) Insuliinishokkihoidon toteuttamistekniikka oli kriittinen ja suoraviivainen. Potilaan saattaminen hypoglykemiseen tilaan toteutettiin antamalla potilaalle injektiona eli pistämällä insuliinia, jotta hänen verensokeri tasonsa laski. Insuliinihormonin vaikutus

tuksesta lihaksisto alkoi poistaa glukoosia verenkierrosta. Glukoositason laskettua liian alhaiseksi elimistö joutui hypoglykemiseen eli matalan verensokerin tilaan. (Shorter 2005, 245.)

Insuliinishokkihoidon toteutukseen kuului kolme eri vaihetta. Ensimmäinen oli hakuvaihe. Hakuvaiheen aikana potilaalle annettiin aamuisin insuliiniannos, joka vaihteli potilaskohtaisesti. Potilaalle etsittiin oikea insuliinimäärä, joka johti koomatilaan. Annoskoko vaihteli 15 - 450 yksikköön insuliinia. Alkuannos oli 12 - 16 yksikköä ja lisäysannokset 8 - 12 yksikköä päivittäin. Ensimmäisen vaiheen kesto saattoi olla jopa viikkoja. Hakuvaihetta pystyttiin tiivistämään kaksinkertaistamalla insuliiniannoksen määrä. Insuliinin vaikutukset potilaan käyttäytymisessä voidaan huomata alkuvaiheessa väsymyksenä ja ruokahalun nousuna. Insuliiniannosta nostettaessa potilaalla alkoi esiintyä motorista levottomuutta, hikoilua ja äänekkästä käytöstä. Nämä menivät ohi, kun insuliinin vaikutus tehostui, joka johti lopulta potilaan tajuttomuuteen. (Kinnunen 1964, 160 & 163 – 164.)

Hoidon toista vaihetta kutsuttiin nimellä koomavaihe. Koomavaiheeseen on aina ollut vaikea määrittellä tiettyä rajaa, milloin se alkoi. Sen vuoksi hypoglykeminen tila oli jaettu kahteen eri osaan, soporiin ja varsinaiseen koomaan. Sopor tarkoittaa sitä, että potilas ei pystynyt enää vastaamaan suullisesti hänelle esitettyihin kysymyksiin, vaan hän reagoi niihin vain ilmein ja elkein. Koomassa potilas ei enää reagoinut näihin kysymyksiin millään tavalla. Aamulla annetun insuliiniannoksen johdettua koomaan, potilas pidettiin koomassa yleensä noin puoli tuntia, jonka jälkeen potilas herätettiin antamalla potilaalle rypälesokeria nesteenä nenämahaletkulla. Potilas saatettiin koomaan 5 - 6 päivänä viikossa, kunnes psykoottiset oireet olivat hävinneet. Jos potilaan oireet eivät olleet hävinneet 30 - 40 insuliinikooman jälkeen, hoito keskeytettiin. Potilaan herättyä, hoitajan oli välittömästi luotava häneen kontakti, koska yleensä tässä vaiheessa potilaalla oli ”selvempi hetki”, vaikka hänet oli vasta herätetty koomasta. (Kinnunen 1964, 164, 165.)

Kolmas ja viimeinen vaihe oli polarisaatiovaihe. Polarisaatiovaihe oli hoidon lopetusvaihe. Potilaalle annettiin insuliinia joka aamu pienenevien annoksien. Tätä vaihetta ei aina toteutettu hoidon lopuksi. (Kinnunen 1964, 160 – 161; Elomaa & Taipale, 1996, 13.)

Insuliinishokkihoidon vaarallisuuden vuoksi potilas oli koko hoidon ajan erityisen tarkkailun alla. Insuliinishokkihoitoon liittyi erittäin paljon komplikaatioita ja hoitoa ei saanut antaa potilaalle, jos hän kärsi sydänviasta, korkeasta verenpaineesta tai sokeritaudista. Koko hoidon

toteuttamisen ajan oli säännöllisesti seurattava potilaan ruumiinlämpöä, verenpainetta, hengitystä ja pulssia. Lisäksi oli tärkeää huomioida potilaan ulkoisia piirteitä, kuten potilaan ihon väriä, hikoilua, unensyvyyttä ja lihaskouristuksia. (Kinnunen 1964, 160 – 161.)

Insuliinishokkihoitoa käytettiin vieroitushoidoissa, masennustilojen hoidossa ja skitsofrenian hoidossa. Skitsofrenian hoidossa insuliinishokkihoitoa käytettiin erityisesti hebefreenisen skitsofrenian ja joskus paranoidisen skitsofrenian hoidossa (Kaila 1964, 133.) Potilaan herättyä insuliinikoomasta hänen mielisairautensa mukana ilmenevät oireet olivat hävinneet tai lievittyneet. (Shorter 2005, 246).

Insuliinishokkihoidolla pyrittiin parantamaan mielenterveyspotilaita. Insuliinishokkihoidolla saatiin myös lievitettyä potilaan oireita. Tämä tarkoitti sitä, että potilaan kanssa keskusteleminen oli huomattavasti helpompaa insuliinishokkihoidon antamisen jälkeen. Hoidolla tavallaan pohjustettiin hyvät lähtökohdat potilaan ja sairaanhoitajan välisen vuorovaikutuksen luomiselle. Insuliinishokkihoitoon päädyttäessä hoidon valintaan vaikutti yleensä potilaan sairaushistorian pituus, taudinkuva ja potilaalla ilmenevät oireet. Akuutimmat tapaukset olivat etusijalla, koska hoitovaste oli näissä tapauksissa parempi kuin pitkään sairastaneiden kohdalla. Pitkään sairastaneiden potilaiden kohdalla insuliinishokkihoidon tavoite oli yleensä sairauden ilmenemismuotojen lievittäminen. (Kinnunen 1964, 160, 173.) Vuonna 1934 Manfred Sakelin julkaiseman raportin mukaan insuliinishokkihoidolla oli viidenkymmenen skitsofreniapotilaan hoidossa saatu hätkähdyttäviä tuloksia. Potilaista 70 prosenttia parani ja 18 prosenttia kuntoutui yhteiskuntakelpoisiksi. (Shorter 2005, 246.)

Kun katsotaan insuliinishokkihoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta, sairaanhoitajan tehtäviin kuului lääkärin avustaminen hoitotoimenpiteessä, tarkkaileminen ja kirjaaminen. (Lindström 1988, 123). Sairaanhoitajille insuliinishokkihoito oli erittäin työläs ja paljon vaivaa vaativa hoitomuoto, koska sen toteutus oli erittäin tekninen. Sen käyttäminen vaati paljon perehtymistä hoitomuodon toteutukseen. (Lepola 1976, 46.) Toisaalta voidaan myös huomioida se, että insuliinishokkihoitoa käytettäessä näkyi myös hoidon tulos, koska hoitovaste oli tässä hoitomuodossa yllättävän hyvä. (Kinnunen 1964, 173). Insuliinishokkihoitoa katsottaessa sairaanhoitajan näkökulmasta, nykypäivän sairaanhoitajan kompetensseista kuuluu kliininen hoitotyö, ohjaus ja opettaminen ja potilaan eettinen kohtelevuus. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24).

Suomessa insuliinishokkihoitoa käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1936 Kellokosken sairaalassa, ja vuonna 1947 sitä käytettiin jo 18:sta mielisairaalassa Suomessa. (Elomaa & Taipale 1996, 14). Harjamäen sairaalassa insuliinishokkihoitoa alettiin käyttää loppuvuodesta 1937 skitsofrenian hoitoon ja viimeisen kerran sitä toteutettiin vuonna 1964. (Lepola 1976, 46, 52). Insuliinishokkihoidon käyttäminen mielenterveystyössä hävisi kuitenkin hiljalleen tultaessa kohti 1950- lukua, jolloin neuroleptit eli antipsykoottiset lääkkeet alkoivat tulla markkinoille. (Elomaa & Taipale, 1996, 15).

Oliko insuliinishokkihoidolla parantavia, edistäviä tai kuntouttavia vaikutuksia hoidettaessa mielenterveyspotilaita? Mielenterveystyön sen hetkisen kehitykseen verrattuna kyllä oli. Insuliinishokkihoidon ansiosta potilaiden kotiuttamiset kaksinkertaistuivat ja hoidon jälkeen potilaalla oli yleensä ”parempi ja tasaisempi kausi”. Tosin insuliinishokkihoito vaati lääkäreiltä ja hoitajilta potilaan erityisseurantaa ja ammattitaitoa, koska hoitomuodon kuolleisuusprosentti oli lähes yksi. (Shorter 2005, 250). Insuliinishokkihoidon synkästä maineesta huolimatta, sen vaikutuksia joidenkin mielisairauksien hoidossa, on vaikea kiistää.

2.5.5 Sähköshokkihoito

Mielisairauksien oireiden parantamiseen ja lievittämiseen etsittiin kuumeisesti ratkaisua koko 1930-luvun ajan. Jälleen kerran otettiin askel lähemmäs mielisairauksien parantamista, kun italialaiset Ugo Cerletti ja Lucio Binin kehittivät sähköshokkihoidon vuonna 1938. Sähköä oli hyödynnetty mielenterveystyössä jo aikaisemminkin, mutta Cerletti oli kehittänyt uuden menetelmän, jossa sähkö annettiin potilaan aivoihin kouristuksen tuottamiseksi. Sähköshokkihoitoa ei ole kuitenkaan koskaan voitu pitää parantavana hoitomuoto, vaan oireita helpottavana hoitomuotona. Suomessa sähköshokkihoidon aika alkoi vuonna 1941, jolloin saatiin ensimmäiset sähköshokkikoneet. (Kinnunen 1964, 174.) Sähköshokkihoitoa annettiin eniten Harjamäen sairaalassa 1940- ja 1950- luvuilla. (Achte ym. 1983, 146).

Sähköshokkihoito(nykyisin nimellä sähköhoito) oli fysikaalinen hoitomuoto. Sähköshokkihoidon tarkoituksena oli aiheuttaa potilaalle aivoissa tajuttomuustila ja kouristuskohtaus, joka auttaa potilaan mielisairauden tuomiin oireisiin. Sähköä eli tässä tapauksessa käytettävää vaih-

toivirtaa johdettiin säännöstelty määrä 0,1 - 1,0 sekunnin ajan potilaan aivoihin. Virta johdettiin koneen kautta piuhoja pitkin elektrodeille, jotka olivat asetettu potilaan ohimoiden seuduille. Kone antoi noin 80–150 voltin iskun, riippuen siitä paljonko lääkäri oli määrännyt sähköä annettavaksi. (Kinnunen 1964, 174.)

Sähköshokkihoitoa on käytetty kaksisuuntaisen mielialahäiriön, vaikean masennuksen, synnytyksen jälkeisen masennuksen ja skitsofrenian hoitoon. Sähköä käytettiin myös epilepsian hoitoon ja joissakin tapauksissa sillä saatiin myönteisiä hoitotuloksia. (Kinnunen 1964, 178 & Achte, Alanen & Tienari 1982, 191.) Lothar Kalinowsky luonnehti sähköshokkihoitoa parhaaksi fysikaaliseksi hoitomuodoksi. Se oli muita fysikaalisia hoitoja nopeampi, tehokkaampi ja kaiken lisäksi se ei ollut potilaiden joukossa epäsuosiossa. (Shorter 2005, 262.) Sähköshokkihoidon toteuttamisen helppouden vuoksi, sitä voitiin antaa sekä levottomille että kroonistuneille potilaille. (Kinnunen 1964, 177).

Sähköshokkihoidon hoitovaste oli vaihteleva. Sillä saatiin erittäin hyviä tuloksia akuutissa vaiheessa oleville potilaille yllättävän nopeasti. Potilaan selvimmät oireet saattoivat lievittyä ja hävitä jo muutaman sähköshokkihoidon jälkeen. Potilas saattoi myös pysyä täysin oireettomana. Mielisairauden oireet kuitenkin saattoivat tulla takaisin kun hoito oli lopetettu, mikä kertoo siitä, että sähköshokkihoito ei ollut parantava hoitomuoto. Kroonisten potilaiden kohdalla sähköshokkihoidon hoitovaste ei ollut niin hyvä ja tulokset olivat hyvinkin vaihtelevia. Sähköshokkihoitoa käytettiin yleensä hoitoresistenssien potilaiden hoidossa, koska lääkähoidolla ei ole saatu tarpeeksi hyvää hoitovastetta. (Kinnunen 1964, 178.)

Sähköshokkihoidon toteutusta potilaalle piti suunnitella tarkasti. Ennen kaikkea potilaan kanssa piti keskustella asiasta, jotta hän suostuisi siihen vapaaehtoisesti ja hänellä olisi luottamus kyseistä hoitoa kohtaan. Tärkeää olisi, että potilas kokisi saavansa tulevasta hoidostaan mahdollista hyötyä. Sähköshokkihoito saattoi herättää potilaassa paljon pelon tunteita, jotka voivat johtua hoitomuodon synkästä maineesta. Itse hoitotoimenpiteeseen liittyy myös paljon muita valmisteluja. Hoitotoimenpide piti toteuttaa erillisessä paikassa, koska ei ollut suotavaa, että toiset potilaat näkivät hoidon. (Kinnunen 1964, 176.)

Sähköhoitoa edeltävänä iltana potilaalle ei annettu unilääkettä. Aamulla potilas ei saanut syödä mitään ennen hoitoon lähtemistä. Potilas meni makaamaan sängylle valmiiksi, jotta hoito

voitiin toteuttaa. Ennen kuin potilaalle annettiin sähköshokkihoitoa, hänelle laitettiin kuminen pehmyt kapula suuhun. Kuminen kapula laitettiin potilaalle suuhun sen vuoksi, ettei hän kouristuksen aikana purisi kieltään ja vahingoittaisi hampaitaan. Potilaan ohimot pestiin eetterillä ja tämän jälkeen kasteltiin keittosuolaliuoksella, jotta sähkö johtuminen olisi ollut mahdollisimman tehokasta. Elektrodit kiinnitettiin ohimoille, kun ne oli kostutettu. Lääkäri valitsi oikean volttimäärän ja aikamäärän miten sähkö annettiin. Jos sähköä annettiin oikea määrä, seurasi kouristuskohtaus välittömästi sähköntamamisen jälkeen. (Kinnunen 1964, 176.)

Sähköshokkihoitoa potilaalle ensi kertaa annettaessa oli kiinnitettävä huomiota sähkömäärään eli volttimäärään. Sähkömäärä oli potilaskohtainen, eikä sitä voitu etukäteen määrittellä. Virtamäärää alettiin korottaa hitaasti ja sitä voitiin nostaa jopa viisi kertaa peräkkäin. Jos potilas ei saanut kouristuskohtausta, on virtamäärä liian pieni ja määrää täytyi nostaa. Kouristuskohtaus voisi myös tulla 15- 30 sekunnin päästä sähköntamamisesta, joka kertoi siitä, että sähkömäärä on edelleen liian vähäinen. Jos potilaalle ei ole löydetty oikeaa virtamäärää viidennen korotuksen jälkeen hoito keskeytettiin, jolloin hoitoa yritettiin uudestaan muutaman päivän päästä. Oikean virtamäärän löytymisen myötä annettiin potilaalle sähköä kaksi kertaa viikossa 2 - 3 viikon ajan. Potilaan vointia tarkkailtiin koko hoidon ajan. Menikö vointi parempaan vai huonompaan suuntaan? Miten se vaikutti potilaan oireisiin? (Kinnunen 1964, 176.) 1950- luvulle tultaessa sähköshokkihoitoa alettiin toteuttaa anestesiassa ja potilaalle myös annettiin lihasta relaksoivaa eli lihasjännitystä laukaisevaa lääkettä. Tämä teki hoidosta inhimillisemmän ja hoito ei ollut potilaalle enää niin raskas. (Kraatari & Vähä 1975, 121 - 122.)

Sähköshokkihoidon komplikaatiot tulivat suurelta osin ilmi hoidon antamisen jälkeen, jolloin potilas oli juuri saanut hoitoa. Hoidon jälkeen potilas käännettiin kylkiasentoon, jotta hän pystyisi hengittämään paremmin, koska kouristuksen aikana potilas ei hengittänyt juuri lainkaan. Hoidon jälkeinen väsymys, huonovointisuus ja muistinmenetykset olivat normaaleja hoitomuotoon liittyviä sivuvaikutuksia, jotka hävisivät tietyn ajan kuluessa hoidon antamisesta. Tosin jotkut potilaat mieltävät muistin menetyksen hyvänäkin, koska näin he eivät muistaneet mitä oli tapahtunut hoidon aikana. Tässä oli myös yksi syy siihen, miksi potilaat eivät pelänneet hoitoa niin paljon. Sähköshokkihoitoa ei voitu antaa, jos potilaalla oli korkea verenpaine tai sydänvika, koska hoitoon liittyi silloin liian suuri riski. (Kinnunen 1964, 176 - 178.) Sähköshokkihoidon haittapuolena oli myös ennen anestesian ja lihasrelaksantin keksi-

mistä potilaan kova kouristelu sängyllä. Hoitajien piti yleensä pitää tai jopa istua potilaan päällä, jotta potilas ei olisi tippunut alas sängyltä. Tämän kovan kouristelun ongelmana oli taas se, että se aiheutti potilaalle luunmurtumia. (Shorter 2005, 261.)

Sairaanhoitajan tehtäväkenttä sähköshokkihoitoa toteutettaessa on ollut kliininen. Sairaanhoitajan tehtävä on antaa lääkkeitä, valmistella hoitotoimenpide ja kirjata potilaan vointiin liittyviä asioita. Potilaan somaattista vointia on tarkkailtu, esimerkiksi verenpaineen seuranta, sydämen toiminta ja pulssin seuranta on ollut aiheellista. Nämä ovat kuuluneet koko hoitotoimenpiteen aikana seurattaviin asioihin. Potilaan somaattisen voinnin seuraamisen lisäksi potilaan kanssa on keskusteltu ennen ja jälkeen hoitotoimenpiteen, minkälaisia ajatuksia hoito on herättänyt potilaassa. Potilaan kanssa on keskusteltu, jos psyykinen vointi on antanut siihen mahdollisuuden. (Kinnunen 1964, 178.) Sairaanhoitajan toimenkuvaan on myös kuulunut potilaan pitäminen paikallaan hoidon ajan, jos potilaan kouristuskohtaus on ollut erittäin raju. (Shorter 2005, 261.)

Sähköshokkihoito oli yksi oman aikansa käytetyimpiä hoitomuotoja. Sen hyödyllisyydestä ja tehokkuudesta kertoo se, että sitä käytetään vielä tätäkin päivän masennuksen, skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon mielenterveystyössä. Yleisesti shokkihoidolla oli erittäin suuri merkitys mielenterveystyössä 1930-luvun lopussa. Se alkoi viimeinkin erottaa psykiatrian neurologiasta. Luis Casamajor kertoi sähköshokkihoidosta näin: ” Voidaan kysyä, onko sokkihoidosta mitään hyötyä potilaille, mutta ei ole epäilystäkään siitä, etteikö siitä olisi ollut valtavaa hyötyä psykiatreille”. (Shorter 2005, 262.)

Sähköshokkihoito on ollut erittäin tehokas hoitomuoto hoidettaessa mielenterveysongelmissa esiintyviä oireita. Sitä onkin käytetty ja kokeiltu erittäin moneen mielisairauteen. Sähköshokkihoidon toteutus varsinkin sen kehittämisen alkuvaiheessa on kuulostaa erittäin epäinhimilliseltä. Sen vuoksi, koska hoitoa on toteutettu ilman anestesiaa, puudutusta tai lihasrelaksantia. Tältä ajalta ovat peräisin varmasti ne ”kauhujutut”, jotka ovat antaneet sähköshokkihoidolle yhtä huonon maineen kuin lobotomialla on tänäkin päivänä. Potilaitten saamat vammat ovat olleet melko merkittäviä verrattuna siihen, että sähköshokkihoito ei kuitenkaan ollut täysin varma hoitokeino. Luunmurtumat sivuvaikutuksena kuulostavat erittäin radikaaleilta haittavaikutuksilta. Tämä on ollut yksi syy, miksi tällä hoitomuodolla on niin synkkä historia.

Sähköshokkihoito on yksi niistä harvoista historiallisista hoitomuodoista, jota käytetään vielä nykyäänkin mielenterveytyössä. Nykyään tätä hoitomuotoa kutsutaan nimellä sähköhoito. Sähköhoitoa käytetään lääkeresistenssin vaikean masennuksen hoitoon, johon voi liittyä jännitystilaa eli stupor, itsemurhan tai murhan riski. Sähköhoitoa käytetään myös akuutin manian, skitsofrenian ja katatonian eli jäykkyytilan hoidossa. Sähköhoitoa on myös kokeiltu joskus anoreksia nervosaa ja delirium- eli sekavuustilan hoitoon. Neurologisten sairauksien kohdalla sähköhoitoa on kokeiltu esimerkiksi Parkinsonin taudin hoitoon. (Kaplan & Sadock 1995 2134 - 2135.)

Nykyään jotkut lääkärit pitävät sähköhoitoa parhaimpana hoitomuotona tiettyjen mielisairauksien hoidossa. Sähköhoito herättää vielä tänäkin päivänä erittäin paljon voimakkaita tunteita, koska sähköhoitoa on kuvattu monissa elokuvissa hyvin epäinhimillisenä ja raakana hoitona. Siitä on annettu myös kuva eräänlaisena rangaistuksena potilaille, jotka eivät ole käyttäytyneet kunnolla. Monet ihmiset luulevat, että sähköhoitoa ei enää edes käytetä hoitomuotona. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 191.)

2.5.6 Malariahoito

Melkein koko 1900-luku oli etsitty parannuskeinoa maanis-depressiivisyyden ja skitsofrenian aiheuttamiin kroonisiin psykooseihin. Tätä etsintää on myös hidastanut ja varjostanut se käsitys, että mielisairauksia ei ole voitu parantaa. Vuonna 1917 tämä pitkä etsintä tuotti viimeinkin tulosta, kun itävaltalainen psykiatri Julius Wagner- Jauregg löysi parannuskeinoon neurosyfiliksen, eli aivokupaa aiheuttavan aivotulehduksen hoitoon. Hoitomuodon nimi oli malariahoito eli malarialla aiheutettu kuumehoito. (Kinnunen 1964, 151 & Shorter 2005, 225.) Wagner- Jauregg kiinnostui kuumeen hulluutta parantavasta voimasta. Hän kuuli, että eräs naispotilas, joka kärsi streptokokin aiheuttamasta erysipelaksesta eli ruususta, oli parantunut psykoosista. (Shorter 2005, 226.) Wagner- Jaureggille heräsi ajatus siitä, että hän istuttaisi malariakuumeen neurosyfilistä sairastaviin potilaisiin. Malarian etuna oli, että sitä pystyttiin pitämään kontrollissa kiniinillä. Tästä sai alkunsa malarianhoidon käyttäminen mielenterveytyössä. (Shorter 2005, 227.) Malariahoitoa alettiin käyttää Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 1923 Lapinlahden sairaalassa. Harjamäen sairaalassa sen käyttäminen mielenterveytyössä alkoi 1940 - luvun loppupuolella. (Lepola 1976, 50.)

Malariahoito oli kuumehoito, jonka tarkoituksena oli sairastuttaa potilaaseen malarian aiheuttama kuume ruiskuttamalla malariaa sairastavasta potilaasta otettua verta mielenterveyspotilaaseen. Kun kuumenousuja oli ollut tarpeeksi, potilaan mielisairausten oireiden pitäisi alkaa lievittyä. Malariahoidon keksimistä pidettiin mullistavana edistysaskeleena uusien hoitomuotojen kokeilemiselle ja tätä kautta yrityksille parantaa mielisairauksia. (Kinnunen 1964, 151, 153.)

Malariahoitoa toteutettiin käytännössä siten, että malariaa sairastavasta potilaasta otettiin kuumevaiheen aikana laskimoverta. Verta otettiin 5 - 6 ml, joka sisälsi malariaplasmodeja. Tämän jälkeen veri annettiin injektiona hoidettavalle potilaalle lihakseen, joko lapaluiden väliin tai olkavarteen. Tavallisesti itämisaika oli 1 - 2 viikkoa, mutta oli mahdollista, että sairastuminen malariaan kesti kauemminkin. Potilaalta mitattiin kuume kaksi kertaa päivässä, aamuisin ja iltaisin. Kun potilaalla alkoivat vilunväristykset, hänen seurantaansa tiivistettiin. Potilaan lämpöä ja pulssia seurattiin vähintään kerran tunnissa, kun potilaan kuumenousut alkoivat. Malariaan liittyvät säännölliset kuumenousut tulivat joka toinen päivä, jos tauti eteni tavalliseen tapaan. Kuumeen laskiessa potilaalta seurataan lämpöä kolmen tunnin välein. Potilaalle annettava ruoka tuli olla kevyttä ja ravitsevaa, eikä potilaan tarvinnut syödä säännöllisesti. Potilaan nesteytyksen tuli olla runsasta, koska kuumeen aikana ihmisen nesteytyksen tarve kolminkertaistui. (Kinnunen 1964, 153.)

Hoidon aikana piti huomioida, että kuumenousut voisivat olla potilaan elimistölle raskaita, joten potilaan vointia oli mahdollista stimuloida kamferilla tai kofeiinilla. Sen sijaan kuumenousujen aikana kuumeen nousua ei saanut estää millään tavalla. Potilaalle tulevien kuumenousujen määrän määräsi lääkäri potilaan fyysisen kunnon mukaan. Yleisin kuumenousujen määrä on kahdeksan, jonka jälkeen alettiin antaa potilaalle kiniiniä. Kiniinin tarkoituksena oli tappaa malariaplasmodit eli parantaa potilas malariasta. Potilaalla saattoi olla kuumeoireilua vielä kiniinin aloittamisen jälkeenkin, mutta kuumeilu kuului sairaudenkuvaan. Kiniiniä ja rautalääkettä annettiin kolme kertaa päivässä viiden viikon ajan. Malariahoidosta saatava hyöty oli huomattavissa yleensä jo kuumevaiheen aikana, mutta se saattoi myös ilmetä viikkoja hoidon toteuttamisen jälkeen. Sairausten kestosta riippuen, neurosyfilis saattoi parantua kokonaan tai sitten uusiutua jonkin ajan kuluttua, mikäli potilas oli sairastanut neurosyfilistä pitkään. (Kinnunen 1964, 154 – 155.)

Malariahoitoa käytettiin pääsääntöisesti keskushermostoon vaikuttavan neurosyfiliksen eli aivokupan myöhäisvaiheen hoitoon. Oli tärkeää, että potilas olisi saanut hoidon mahdollisimman pian sairastumisesta, jotta hoidolla olisi ollut mahdollisimman hyvä vaste. Malariahoitoa käytettiin myös joidenkin skitsofreniamuotojen hoidossa. Malariahoitoa kokeiltiin useisiin mielisairauksiin, mutta siitä ei tullut sellaista yleishoitomuotoa, joka olisi tepsinyt kaikkiin mielisairauksiin. (Kinnunen 1964, 152 & Shorter 2005, 228.)

Malariahoidon käyttämiseen mielenterveystyössä on useita eri syitä. Ennen malariahoidon kehittämistä mielenterveystyössä vallinneen käsityksen mukaan mielisairaudet olivat parantumattomia. Kun huomattiin, että malariahoidolla pystyttiin pysäyttämään neurosyfiliksestä johtuva psykoosi, kumosi tämä hoitomuoto näin ollen myytin mielisairauden parantumattomuudesta. Julius Wagner- Jauregg sai malariahoidon kehittämisestä Nobelin palkinnon vuonna 1927. (Shorter 2005, 228.) Vaikka malariahoidon kehittämällä oli suuri vaikutus mielenterveystyössä, ei se hoitona ongelmatonkaan ollut. Malariahoidon ongelmakohta oli muuan muassa se, että se oli potilaalle erittäin raskas hoitomuoto hoidon aiheuttamien kuumenousujen vuoksi. Hoito piti myös aloittaa mahdollisimman varhain tautiin sairastumisesta, että hoito onnistuisi parhaiten. Myöhään aloitettu hoito ei enää auttanut täydellisesti poistamaan kaikkia oireita. (Kinnunen 1964, 155.) Ongelmana oli myös hoidon vaikea toteutus. Jotta malaria voitiin istuttaa potilaaseen, piti löytää saman veriryhmän potilaita. Oikeatyyppisen malarian löytäminen tuotti lisäksi ongelmia ja kaiken huipuksi hoito oli erittäin kallista. (Shorter 2005, 227.)

Lähestyttäessä malariahoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta on tärkeää huomioida kaikki erilaiset hoitotoimenpiteet, mitkä hoitajan toimenkuvaan ovat kuuluneet. Potilaan kuumeen ja pulssin mittaaminen ja muiden elintoimintojen seuraaminen kuuluivat sairaanhoitajan tehtäviin. Sairanhoitajan täytyi myös kirjata tiedot potilaspapereihin potilaan voinnista ja hoidon etenemisestä. Hoitajalle kuuluu myös potilaan somaattisesta voinnista huolehtiminen, johon kuului muun muassa ruokailut nesteytys ja lääkkeiden antaminen. Sairanhoitajan toimenkuvaan kuuluu lisäksi lääkärin avustaminen hoitotoimenpiteen aikana. (Lindström 1988, 123.)

Vanhoihin tehtäväkenttiin verrattuna sairaanhoitajalla oli kolme tehtäväkenttää, joita hän toteutti työskennellessään malariahoitopotilaan kanssa. Sairanhoitaja avustaa potilasta ruokailuissa, siisteydessä ja pukeutumisessa. Sairanhoitaja toimii lääkärin avustajana hoitotoimenpiteen aikana. Sairanhoitaja on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, joka tar-

koittaa keskustelua ja läsnäoloa potilaan lähellä. (Lindström 1988, 123.) Verrattaessa nykypäivän kompetensseja vanhempiin tehtäväkenttiin voidaan huomata, että nykypäivänä ne ovat muuttuneet jonkin verran nimiltään, sisällöltään ja niitä on tarkennettu. Sairaanhoidaja tekee yhteistyötä potilaan kanssa, kliinistä osaamista ja lääkärin avustamista korostetaan. Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu lisäksi lääkehoidon toteutus. Sairaanhoidaja täytyy myös toimia eettisesti. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.)

Julius Wagner-Jaureggenin kehittämä ensimmäisenä kuumeperannushoitona tunnettu malariahoito oli yksi mielenterveystyön virstanpylväitä sen oireita lievittävän hoitovasteen vuoksi. Malariahoito ei välttämättä parantanut potilasta kokonaan, vaan palautti toimintakykyä demensian uhkaamille potilaille. (Shorter 2005, 227.) Tämä mursi myytin siitä, ettei mielisairaudet voitaisiin parantaa. Wagner-Jaureggenin malariahoitoa kokeiltiin muihinkin mielisairauksiin. Malariahoidosta ei kuitenkaan tullut niin sanottua ”ihmelääkettä”, jota siitä ehkä oli odotettu. Malariahoito väistyi lopulta kokonaan mielenterveystyöstä, kun penisilliini hiljalleen korvasi malariahoidon neurosyfiliksen hoidossa, kun se keksittiin 1940-luvulla. Pitää vielä muistaa, että malariahoito ei ollut ainoa kuumehoito. Kuumehoitoa voitiin myös toteuttaa potilaalle monella muullakin eri tavalla. Malariahoito aloitti kehityksen siihen, että mielisairauksista kärsiviä potilaita voitiin hoitaa kuumeperannuksen avulla. (Shorter 2005, 228.)

Malariahoito hoitomuotona saattoi aluksi kuulostaa omituiselta, mutta myös nerokkaalta. Käytetäänhän siinä yhtä sairautta toisen sairauden parantamiseksi. Jälkeenpäin, kun pohtii malariahoitoa enemmän siihen perehtyneenä, pitää kuitenkin huomioida hoidon pitkä kesto. Malariahoito on myös ollut fyysisesti raskas hoitomuoto potilaalle, koska kuumeennousut ovat fyysisesti elimistölle raskaita. Lopulta kuitenkin penisilliini syrjäytti malariahoidon neurosyfiliksen hoidossa, ei ole kovinkaan suuri ihme. Onhan se huomattavasti nopeampi, potilasystävällisempi ja varmempi hoitokeino neurosyfiliksen hoidossa. Toisaalta en halua epäillä malariahoidon tehokkuutta ja sen toteuttamistarkoitusta. Tuohon aikaan ei vielä ollut muuta mahdollisuutta hoitaa neurosyfilistä, kuin tällä hoitomuodolla. Oli tartuttava siihen mitä oli sillä hetkellä tarjolla.

2.5.7 Lobotomia

Ajatus aivojen leikkaamisesta sairauden parantamiseksi ei vaikuta sinänsä mahdolltomalta (Shorter 2005, 263).

Lobotomia oli 40 - 50-lukujen lupaavin psykiatrinen hoitomuoto, joka myös Suomessa otettiin innostuneesti vastaan (Elomaa & Taipale 1996, 5).

Mielisairauksista kärsivien potilaiden hoito epäinhimillisissä oloissa teljettyinä ylikuormitetuihin mielisairaaloihin oli erittäin yleistä 1700-luvulta lähtien. 1900-luvulle tultaessa kehittyi paljon uusia hoitomuotoja, jotka helpottivat potilaiden kuntoutumista. Toisaalta suurimmalle osalle potilaista ei ollut löytynyt mitään sairautta helpottavaa hoitoa. Tähän toivottomuuteen ja pessimismiin saatiin viimein vastaus, kun lobotomia eli aivoleikkaus keksittiin. Tällä keksinnöllä tuntui olevan viimeinkin näkyvää hyötyä mielenterveyspotilaiden hoidossa. (Elomaa & Taipale 1996, 5.)

Monien kokemuksien pohjalta oli huomattu, että jos ihmisen otsalohkojen ja syvemmällä sijaitsevan tunnekeskuksen, thalamuksen väliset hermoradat katkaistiin, oli sillä vaikutus ihmisen tunteisiin. Hermoratojen katkaisulla puolestaan pystyttiin vaikuttamaan ihmisen älylliseen ja ajatusperäiseen toimintaan. Tämä taas johtaa siihen, että ihmisen käyttäytyminen muuttui. Tämä hoitomuoto on nimeltään lobotomia. (Kinnunen, 1964 179 – 180.) Lobotomiaa sanottiin levottomien, tuskaisten ja vaikeahoitoisten potilaiden hoitomuodoksi. (Kraataari & Vähä 1975, 127). Ensimmäisen lobotomialeikkauksen teki portugalilainen neurologi nimeltään Egas Moniz vuonna 1935. Hän huomasi sattumalta poistaessaan potilaalta päästä kasvainta, että potilaan ahdistuneisuus ja tuskaisuus katosivat. (Kaila 1964, 72.) Suomessa lobotomiaa hoitomuotona käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1949 Kellokosken mielisairaalassa. (Elomaa & Taipale 1996, 8).

Egas Moniz:n mukaan lobotomia perustui siihen, että otsalohkojen niin kutsutussa valkeassa aineessa oli psykoosia sairastavilla potilailla poikkeavuuksia verrattuna muihin ihmisiin, jotka eivät olleet sairastuneet psykoosiin. Tämä poikkeavuus esti pelon, vihan ja masennuksen kaltaisten tunteiden normaalin vaihtelun. Jokin näistä tuntemuksista jäi vallitsemaan vaurion vuoksi, jota sitten hoidettiin lobotomian avulla. Ensimmäisissä lobotomialeikkauksissa käytettiin alkoholia, jota ruiskutettiin otsalohkojen motoristen kuorikerrosten eteen kummallekin puolen päätä porattujen reikien kautta. Tämän jälkeen hoitotoimenpiteeseen otettiin mu-

kaan erityisesti tähän leikkaukseen kehitetty instrumentti, jonka nimi oli leukotomi. Tämän kanyylimaisen instrumentin rungosta työntyi ulos metallisilmukka, joka laitettiin sitten leikkausalueelle. Valkeasta aineesta irrotettiin kuusi kudospalasta instrumenttia pyöryttämällä. Lopuksi vielä leikkauksen tehoa voimistettiin alkoholiruiskeella, jos oli tarpeellista. (Elomaa & Taipale 1996, 5.) Egas Monizin käyttämä lobotomiamuoto oli prefrontaalinen leukotomia. (Shorter 2005, 267). Lobotomiaa käytettiin muuan muassa skitsofrenian ja neuroosien hoidossa. (Kaila 1967, 105).

Lobotomia oli fyysikaalinen hoitomuoto, jota toteutettiin pääasia kahdella erilaisella hoitotavalla. Lobotomian kehittäjä Egas Moniz suositteli käyttämään prefrontaalista leukotomiaa. Yhdysvaltalainen neurologi Walter Freeman oli puolestaan transorbitaalisen lobotomian kannattaja. Hän alkoi käyttää tätä hoitomuotoa vuonna 1946. Transorbitaalinen lobotomia erosi prefrontalisesta leukotomiasta sillä tavalla, että toimenpiteessä mentiin potilaan aivoihin silmäkuoppien kautta. Walter Freeman suositteli muuan muassa tätä sen vuoksi, että itse toimenpide kesti 3 - 5 minuuttia. (Shorter 2005, 267.)

Hoitotoimenpiteen toteuttaminen potilaalle vaati paljon järjestelmällistä valmistelua. Potilaan kallo kuvattiin röntgenissä. Potilaan kanssa keskusteltiin ennen leikkausta, mikäli potilaan psyykinen vointi mahdollisti keskustelun. Leikkausta edeltävä päivänä potilaalle annettiin ulostuslääkettä aamulla ja peräruiske illalla. Hiukset leikattiin. Potilaalle tehtiin myös virtsan tutkimukset. Leikkauspäivänä potilas ei saanut syödä mitään ennen leikkausta. Potilas käytettiin suihkussa ja hänen päänsä puhdistettiin. Oli tärkeää, että potilas pysyi rauhallisena, koska leikkaus tehtiin paikallispuudutuksena. (Kinnunen 1964, 181.)

Leikkauksen jälkeisenä päivänä otettiin röntgenkuvat potilaan kallosta. Potilas on vuodelevossa ja hänelle toteutettiin asentohoitoa keuhkokuumeen ehkäisemiseksi. Nesteytys on tarpeen. Seuraavana päivänä piti varmistaa ja toteuttaa nesteytystä. Jos nesteytys ei onnistu suun kautta, voitiin antaa laskimoon keittosuolaliuosta. 1 - 2 vuorokautta leikkauksesta potilaan verenpainetta ja pulssia täytyi mitata joka tunti ja lämmön mittausta tehtiin joka toinen tunti. Verenpaineen laskiessa alle 100 mmHg piti kutsua lääkäri paikalle. 3 - 4 vuorokautta leikkauksesta potilaan verenpainetta ja pulssia piti mitata joka toinen tunti ja lämpö joka neljäs tunti. Potilaan erityistä ja virtsaamista seurataan. Haavojen ompeleet poistetaan 6-8 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Viiden päivän kuluttua potilas voi istua, jos leikkauksen jälkeen ei ole

esiintynyt mitään komplikaatioita. Penisilliiniä voitiin antaa profylaktisesti eli ennaltaehkäisevästi, vaikka kuume ei olisikaan noussut. (Kinnunen 1964, 181.)

Hoitotoimenpiteenä lobotomia oli erittäin kliininen, joten siihen liittyi myös paljon komplikaatioita, jotka saattoivat vaikeuttaa potilaan kuntoutumista. Jotkut näistä komplikaatioista saattoivat olla jopa hengenvaarallisia, kuten keuhkokuume, aivoverenvuoto ja aivokalvontulehdus. Nämä olivat myös yleisimmät hoidon jälkeiseen potilaan kuolemaan johtaneet syyt. Penisilliinin keksimisen jälkeen vaikeimmistakin komplikaatioista selviäminen oli todennäköisempää ja potilaan kuntoutuminen hoidosta helpompaa. Leikkaushaavan infektoituminen oli myös mahdollista, jos toimenpidettä ei tehty tarpeeksi puhtaissa olosuhteissa. Muita pienempiä komplikaatioita olivat lämmönnousu tai hoitotoimenpiteen jälkeen tapahtuva normaali kuumeilu. Komplikaatioita olivat myös epileptiset kohtaukset, joita hoidettiin antiepileptisillä lääkkeillä. Saattoi myös esiintyä epäsiisteyttä, joka johtui potilaan rakon ja suolen hallitsemattomasta käytöstä. Kipu ja arkuus olivat myös yleisiä komplikaatioita, joita esiintyi erityisesti potilaan kasvoilla hoitotoimenpiteen jälkeen. (Kinnunen 1963, 183.)

Lobotomian tekemiseen vaikuttavia päätöksiä oli useita. Hoitomuodon valinta ja perusteet olivat usein potilaan pitkällinen hoitoresistenssi sairaus tai luonnollisen paranemisen mahdollisuutta ei enää yksinkertaisesti ollut. Näitä potilaita oli yritetty toistuvasti hoitaa esimerkiksi insuliinishokkihoidolla tai sähköshokkihoidolla. Yleisin syy lobotomian tekemiseen oli, että potilaan levotonta ja väkivaltaista käyttäytymistä pitkästä sairastamisesta huolimatta saataisiin vähennettyä. On erittäin tärkeää huomioida, että lobotomiaa ei tehty potilaalle diagnoosin perusteella, vaan taudinkuvan ja sen kehittymisen perusteella. (Kinnunen 1963, 184 – 185.) Hyviä hoitotuloksia saatiin erityyppisten skitsofrenioiden hoidossa, pakkoneuroosien, pelkokohtien ja vaikean masennuksen hoidossa. Lobotomiaa käytettiin pakkoneuroosien hoidossa erityisesti, jos neuroosi aiheutti lääkkeiden väärinkäyttöä tai työkyvyttömyyttä. Lobotomiaa käytettiin lisäksi vakavissa kiputiloissa, jos ei ollut mitään muuta mahdollisuutta hoitaa kipua. (Kaila 1964, 72.) Kaiken lisäksi oli muistettava, että lobotomia ei koskaan parantanut potilasta. Sillä saatiin potilaan oireita vähennettyä. Esimerkiksi skitsofreniapotilaalla harhat eivät poistuneet, mutta potilas ei enää reagoinut omiin harhoihinsa samalla tavalla kuin ennen hoitotoimenpidettä. Lobotomian käyttö perusteltiin aiheelliseksi, koska muutakaan hoitomuotoa ei ollut. Lääkehoidon tullessa mukaan mielenterveystyöhön tämä psykokirurginen hoitomuoto hävisi kokonaan mielenterveystyöstä. (Kinnunen 1964, 185.)

Lobotomian vaikutukset olivat peruuttamattomat. Potilaan tilassa saattoi tapahtua erittäin paljon psyykkisiä muutoksia. Toimenpiteen onnistuessa lobotomian avulla, saatiin hävitettyä mielisairauden mukanaan tuomat vaikeat käytöshäiriöt. Potilaan aggressiivisuus, tuhoamishalu, levottomuus ja äänekkäs käyttäytyminen saattoivat hävitä kokonaan. Potilaan käytöksen toivotut piirteet olivat rauhallisuus ja potilaan parantunut käytös verrattuna ennen leikkausta olleeseen käytökseen. Tämä oli lobotomian perustarkoitus. Lobotomian haittapuolia oli myös erittäin paljon, näitä olivat potilaan toiminta- ja aloitekyvyn laskeminen, tunne-elämän latistuminen ja yleinen välinpitämättömyys kaikkiin arkipäivän toimintoihin. (Kinnunen 1964, 184.) Lobotomian aiheuttaman lopullisen vaikutuksen vuoksi lääkärin tuli aina keskustella hoitotoimenpiteestä potilaan kanssa ennen hoitotoimenpiteen tekemistä. (Kraatari & Vähä 1975, 127).

Lobotomialla oli erittäin suuri vaikutus potilaan tilaan. Potilaan psyykessä näitä kaikkia muutoksia ei välttämättä kuitenkaan tapahtunut. Voitiin siis sanoa, että potilas oli terve, vaikka sairauden jo aiheuttaman potilaan henkisen ja emotionaalisen tilan laskulle ei voitu enää tehdä mitään. (Kinnunen 1964, 184.) Lobotomia saattoi myös aiheuttaa Korsakowin syndroomaa eli aivovauriota, jos toimenpide epäonnistui. (Kaila 1964, 72).

Katsottaessa lobotomiaa sairaanhoitajan näkökulmasta, voidaan huomioida, että sairaanhoitajan tehtäväkenttä on ollut erittäin kliininen. Verenpaineen- ja kuumeen mittauksen lisäksi sairaanhoitajan työtehtäviin on kuulunut erittäin paljon potilaan elämisen toimintojen seuranta. Missä kunnossa potilas on? Miten hän voi? Sairaanhoitajalle lobotomia toimenpiteenä on ollut erittäin toimenpidekeskeinen, jos hän on antanut lääkkeitä, avustanut lääkäreitä ja tukenut potilasta. Hoitotoimenpiteen jälkeen sairaanhoitajan tehtäviin on kuulunut potilaan fyysisen, henkisen ja emotionaalisen tilan seuranta ja tukeminen. Potilaan kuntouduttua hoitotoimenpiteestä sairaanhoitajalla on ollut erittäin iso rooli kuntouttaessa potilasta. Sosiaalinen vuorovaikutus, kuten keskustelut, sekä potilaan henkisen ja emotionaalisen tilan tukeminen ovat olleet potilaan kuntoutuksen kannalta tärkeitä asioita. (Lindström 1988, 123.) Katsottaessa lobotomiaa sairaanhoitajan nykypäivän kompetensseista ovat niihin kuuluneet kliininen osaaminen, lääkehoito, potilaan eettinen kohtelevuus ja ohjaaminen ja opettaminen. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24).

Lobotomialeikkauksen perusteena saattoi olla useita erilaisia syitä. Valinta ja peruste lobotomian toteuttamiseen olivat yleensä potilaan kärsimä hoitoresistenssi sairaus. Lobotomia ei tehty diagnoosin perusteella, vaan taudinkuvan ja sen etenemisen perusteella. Alun perin lobotomia ei ollutkaan kovin suosittu hoitomuoto mielenterveystyössä, koska potilaiden suuri kuolleisuusprosentti varjosti hoitomuotoa. Lobotomiaa ei koskaan myöskään ole voitu selittää eettisesti. Walter Freeman, joka kiersi ympäri Yhdysvaltoja tekemässä lobotomioita, teki elämänsä aikana noin 26 000 lobotomiaa. Näistä nuorin leikattu potilas oli vasta 4 vuotta vanha. Kun ajatellaan, kuinka suuret muutokset lobotomia aiheutti potilaan tulevassa elämässä, on vaikeaa kuvitella lobotomiasta saatavia hyötyjä. Varsinkin, kun ajatellaan, kuinka lähellä oli esimerkiksi ensimmäisten antipsykoottisten lääkkeiden tuleminen markkinoille 1950-luvulla. Toisaalta voidaan myös pohtia sitä, että tuohon aikaan mielisairaaloissa työskennelleet ihmiset olivat odottaneet jotain ”mullistavaa hoitomuotoa” jo pitkään. Kun muualta ei saatu vastausta, ratkaisu oli lobotomia.

1930 – luvun fyysikaalisten hoitojen aaltoon sisältyi yksi psyko kirurginen epäonnistunut esimerkki, lobotomia eli yhden aivolohkon erään osan tuhoaminen. (Shorter 2005, 264).

2.6 Internet ja mielenterveys

Internet on koko ajan kasvava maailmanlaajuinen tietoliikenneverkko, josta voi hankkia monenlaista tietoa aiheesta kuin aiheesta. Monipuolisen tiedon lisäksi internet tarjoaa mahdollisuuden monipuolistaa palveluja ja hankkia uusia kohderyhmiä. Tämän vuoksi internetistä löytää tietoa myös mielenterveystyöstä ja sen historiasta. Internet nostaa esiin myös eettisiä kysymyksiä. Internetiä ei voida esimerkiksi pitää varmana tiedonlähteenä johtuen jokaisen ihmisen mahdollisuudesta lisätä tietoa Internetiin. Tämä voi aiheuttaa epätietoisuutta siitä, onko internet oikea tapa tiedon hankkimiseen? Internet nostaa myös paljon kysymyksiä esiin siitä, minkälaista tietoa se voi tarjota mielenterveyden hoitotyöstä? Onko internetistä haettu tietoa luotettavaa ja laadukasta? (Aaltonen 2003, 4-5, 45.)

Mielenterveystyön eettisenä huolenaiheena on yksityisyyden säilyttäminen. Sen vuoksi mielenterveyden hoitotyössä on pyritty säätelemään ongelmia erilaisilla menetelmillä. Yleensä järjestöt ovat laatineet käyttäjilleen toimintaohjeet, joiden tarkoitus on suojella yksityisyyttä ja

eettisyyttä internetin kautta käytävissä keskusteluissa. Tällä on myös suuri vaikutus siihen mielenterveystyöhön, jota Internetin välityksellä tehdään. (Aaltonen 2003, 45 – 46.)

Nykypäivän Internet tarjoaa ihmisille paljon erilaisia vaihtoehtoja hankkia tietoa mielenterveydestä. Ongelma on siinä, että useiden korkealaatuisten tekstien ja lähteiden lisäksi löytyy paljon sellaista tietoa, joka laadullisesti kelpaamatonta. Tiedon laadukkuuteen vaikuttaa myös erityyppiset sivustot, jotka antavat ja kertovat informaatiota tai sitten sivustot, jolloin päälimmäinen tarkoitus on markkinoida tai myydä jotain. Tässä nousee eettisen kontrollin ja laadun tärkeys, kun aletaan siirtää tietoa mielenterveystyöstä kotisivustoille. On myös arvioitu ja pohdittu, että Internetillä on yllättävän suuri vaikutus asiakkaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutus suhteeseen, koska asiakas on voinut jo lukea Internetistä tietoa esimerkiksi hänen sairastamastaan sairaudesta. (Aaltonen 2003 13 – 14.)

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT, TARKOITUS JA TAVOITE

Ensimmäinen tutkimustehtävä on kuvata historiallisia lääkkeettömiä hoitomuotoja lääketieteen näkökulmasta. Toinen tutkimustehtävä on kuvata hoitomuotoja sairaanhoitajan näkökulmasta. Mielenterveystyön historiassa sairaanhoitajalla on ollut monenlaisia tehtäviä, jotka poikkeavat jonkin verran nykypäivän tehtävistä. Sairaanhoitajan tehtävistä käytettävät termit ovat myös muuttuneet vuosien kuluessa. Eräs johtohenkilönä psykiatrisessa hoitotyössä toiminut johtohenkilö Gertrud Schwing julkaisi vuonna 1940 kirjan, jossa hän kertoo, että potilaille pitäisi tarjota juuri sitä mitä heiltä on lapsuudesta puuttunut. Tällä tarkoitetaan sairaanhoitajan toimimisesta eräänlaisessa äidillisessä roolissa. Tätä käsitettä voi verrata nykypäivän holding-käsitteeseen eli sairaanhoitajan toiminen potilaalle äidin korvikkeena. (Lindström 1988, 123.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda opinnäytetyön kirjallisesta osiosta kotisivu Internetiin Harjamäen sairaalamuseolle. Opinnäytetyöhön on etsitty lähteitä mielenterveystyön historiasta päänsääntöisesti kirjallisuudesta, tutkimuksista ja Internetistä. Internetissä oleviin tietoihin täytyy kuitenkin suhtautua kriittisesti, koska lähteiden alkuperä pitää varmistaa ja olla tiedossa. Tämän vuoksi mielenterveyden historiasta kertoville sivustoille on tarvetta. Harjamäen sairaalamuseon ja Niuvanniemen sairaalan sivuiltaakin löytyy tietoa mielenterveystyön historiaan liittyen, mutta suurimmaksi osaksi ne ovat vain alustus mielenterveystyön historiaan. Näillä sivustoilla kerrotaan vain kyseisen sairaalan historiasta ja sen toiminnasta.

Opinnäytetyön tavoite on perehtyä historiallisiin hoitomuotoihin ja kehittää omaa ammatillisuuttaan. Opinnäytetyössä perehdytään aikaan, jolloin ei vielä ollut käytössä antipsykootteja eli psykoosilääkkeitä, antidepressiiveja eli masennuslääkkeitä ja anksiolyyttejä eli rauhoittavia lääkkeitä mielenterveystyön lääkeshoidossa. Opinnäytetyössä perehdytään aikaan, jolloin mielenterveystyössä hoitomuotoina käytettiin erilaisia fysikaalisia hoitomuotoja ja terapioita. Olen lukenut ja tutustunut opinnäytetyössäni rajattuihin mielenkiintoihin hoitomuotoihin, joita tutkiessani olen syventänyt ammatillista kokemusta ja tietouttani. Mielenterveystyön historiasta ei ole tehty koulussani opinnäytetyötä ja mielestäni aihe vaatii ehdottomasti lisää tutkimista siitä heräävien epäluuloisten mielipiteiden ja niiden todenperäisyyksien vuoksi. Tavoitteena on tutustua syvemmin mielenterveystyön historiaan sekä parantaa ammatillista osaamista teoreettisella tasolla.

4 KOTISIVUJEN TUOTTEISTAMISPROSESSI

Tuotteistamisella tarkoitetaan palvelun suunnittelua, kehittämistä ja tuottamista. Tuotteistamisen tavoitteena on yleensä parantaa asiakashyötyä ja työn vaikuttavuutta, jotta siitä saatava hyöty olisi mahdollisimman suuri. Tuotteistamista voidaan pitää ajattelutapana ja tuottamisen käytännön toteuttamisena. Kun tuote on edennyt palvelukokonaisuudeksi, sitä voidaan vastata silloin pitää tuotteistamisena. (Sipilä 1996, 12.) Tuote voi olla joko aineellinen tai aineeton (Holma 1998, 12). Tässä tapauksessa tuote on aineeton, koska kyse on kotisivusta.

Tutkimusmenetelmä tarkoittaa eräänlaista tutkimuksen menetelmällistä ratkaisua (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 123). Tutkimusmenetelmänä oli tarkoitus kerätä aineistoa mielenterveystyön historiaan liittyvistä hoitomuodoista, jotka on rajattu aiheeseen liittyen. Tietoa hankittiin kirjallisuudesta, koska lähteet ovat laadukkaita ja niihin pystyy suhtautumaan kriittisesti. Tarkoitus oli myös hankkia informaatiota Harjamäen sairaalamuseolta, jolla on kattava kokoelma kirjallisuutta, kuvia ja esineitä mielenterveyden historiaan liittyen. Kuvamateriaali hankittiin itsenäisesti pääasiassa kirjallisuudesta, mutta joitakin kuvia haettiin myös Internetistä. Kotisivuista tuli museon kotisivut ja sen vuoksi mahdollista kuvamateriaalia olisi voinut hankkia myös museolta.

Tuotteistamisen päällimmäisenä ideana on kehittää uusi tuote, tässä tapauksessa tuote on internet-kotisivut (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2008). Opinnäytetyön tuotteistaminen myös auttaa paremmin tavoitteeseen pääsemistä (Jämsä & Manninen 2000, 9). Kotisivujen tarkoitus on toimia internetissä Harjamäen sairaalamuseon mainoksena. Varsinaista kohdeyhmää kotisivuille ei ole määritelty, koska Internetissä informaatio on vapaasti kaikkien luettavissa. Sivustot on suunnattu psykiatrisessa hoitotyössä työskenteleville työntekijöille, opiskelijoille ja muille psykiatrisen hoitotyön historiasta kiinnostuneille henkilöille. Internet-sivuston laajuus on päätetty asettaa kolmiosaiseksi. Jokaisesta hoitomuodosta on noin 3 - 6 sivua tietoa ja lisäksi jokaisesta hoitomuodosta on 1 - 4 kuvaa.

Tutkittavaa aihetta voidaan lähteä lähestymään monesta eri näkökulmasta. Erilaisten näkökulmien vuoksi lähteitä on monenlaisia. Lähdekritiikki eli harkinnan käyttäminen lähteiden hankinnassa on tärkeää, jotta löydetään oikeanlainen ja laadukas informaatio tuotteistettuun opinnäytetyöhön. Lähdekritiikkiin vaikuttaa lähteen ikä, uskottavuus ja kirjoittajan tunnettuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 101 - 102.) Suurin osa lähteistä on haettu kirjalli-

suudesta. Internet-lähteitä on pyritty käyttämään mahdollisimman vähän. Käytetyt lähteet ovat vanhoja, koska tietoa hoitomuodoista ei oikein ole. Tämä johtuu niiden poisjäämisestä psykiatrisesta hoitotyöstä. Kriittinen suhtautuminen lähteitä etsiessä on tärkeää, jotta opinnäytetyöhön kerätty tieto on luotettavaa. Lähteissä toistuvat samat tekijät ja tuottajat antavat lähteille uskottavuutta ja tunnettavuutta. Tämä ilmenee, kun joissakin lähteissä esiintyy samoja tekijöitä. Tuotteen tarkoitus on myös vastata asiakkaan mahdollisia odotuksia. Kotisivujen tuottamiselle on tarvetta, koska tähän on tullut mahdollisuus sairaalamuseolta.

Opinnäytetyön avulla on vaikeaa lähteä etsimään vastauksia erilaisiin eettisiin kysymyksiin. Lähinnä tärkeänä pidän opinnäytetyössä olevan tiedon todenperäisyyden tarkistamista. Tämä tarkoittaa sitä, että haen työhön lähteitä luotettavista tahoista, joita ovat esimerkiksi kirjallisuuslähteet. Aion lukea esimerkiksi joitain tutkimuksia aluksi kriittisesti. Tarkoitukseni on käyttää hyviä tutkimuslähteitä. Myös tulevan kotisivuston lukijalle haluan luoda luottamuksellisen olon ja näin ollen saan uskottavuutta opinnäytetyölleni.

Luotettavuus ja eettisyys ovat tärkeitä aiheita, koska tuotettu informaatio opinnäytetyötä varten siirretään internetiin tehtävien kotisivujen aineistoksi. Nykypäivänä internetiin pystyy kuka tahansa lisäämään informaatiota, joten tiedon todenperäisyys ei ole välttämättä luotettavaa. Käyttämällä luotettavia lähteitä aineiston hankinnassa voidaan vähentää sitä riskiä, että tieto ei olisi riittävän luotettavaa. (Aaltonen 2003, 4-5.)

Kotisivujen sisällön tuotin itse ja konkreettiseen tiedon siirtämisen internet-sivuille teki henkilö, joka työskentelee Siilinjärven kunnan atk-henkilönä. Valvoin itse kotisivujen valmistusta ja tuottamista. Opinnäytetyön tekemiseen kuului myös rehellisyys. Halusin kerätä tietoa, josta voitiin tuottaa kotisivut. Samalla tein kirjallisen osion opinnäytetyöstä rehellisyyden periaatteita noudattaen. Kotisivuille halusin laittaa paljon kuvamateriaalia. Tämä sen vuoksi, että ihmiset näkisivät muun muassa erilaisia instrumentteja, joita on käytetty mielenterveyden hoitotyössä. Toisten henkilöiden ottamia valokuvia tai mahdollisia piirroksia en voinut käyttää ilmaa lupaa opinnäytetyössä.

Tuotteistamisen tarkoituksena on luoda laadukas tuote, joka sisältää luotettavaa tietoa opinnäytetyön aiheesta. Tuotteen tarkoitus on myös vastata asiakkaiden vaatimuksiin kyseisestä aiheesta. Tuotteella pitää myös olla mahdollisuus kehittää sitä lisää, jos siihen vain on mah-

dollisuus. Tuotteen täytyy olla asiakasystävällinen, jotta sillä olisi tarvetta tulevaisuudessa. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2008.)

4.1 Käsikirjoitussuunnitelma

Opinnäytetyö sisältää informaatiota kahdeksasta historiallisesta lääkkeettömästä mielenterveystyössä käytetystä hoitomuodosta. Tämä tieto siirrettiin sairaalamuseon internet-kotisivulle. Hoitomuodot ovat ammehoito, kierrehoito, pakkokeinot ja eristys, työterapia, insuliinishokkihoito, sähköshokkihoito, malariahoito ja lobotomia. Opinnäytetyöstä tehtävään tuotteeseen valitut hoitomuodot on valittu toimeksiantajan toivomuksesta. Kotisivusto on kolmiosainen eli kolmiportainen. Kotisivuilla hoitomuodot tulevat olemaan pääsivulla eli ensimmäisellä sivulla hoitomuodot -linkin alla. Hoitomuodot -linkistä klikkaamalla pääsee sivuston toiselle sivulle, jossa on luettelo kahdeksasta hoitomuodosta. Tämä on värillinen ja kuvia sisältävä sivu. Kuvat liittyvät hoitomuotoihin. Hoitomuodosta klikkaamalla pääsee yksittäiseen hoitomuotoon, jossa on tietoa ja kuvamateriaalia tästä historiallisesta hoitomuodosta.

Opinnäytetyön aiheeseen rajatut hoitomuodot on valittu sen vuoksi, koska työelämän toimeksiantajalta on tullut toive näiden hoitomuotojen valintaan. Näitä kaikkia hoitumuotoja on myös käytetty Harjamäen sairaalassa. Amme- ja kierrehoito on valittu sen vuoksi, koska ne ovat erittäin vanhoja ja paljon käytettyjä vaihtoehtoisia hoitumuotoja eristykselle ja potilaiden rauhoittamiselle. Pakkokeinojen ja eristyksen valintaa vaikutti niiden käyttö mielenterveystyön historiasta nykypäivään asti. Työterapian on valittu sen vuoksi, koska tätä hoitomuotoa käytettiin Harjamäelle sairaalassa erittäin paljon. Insuliinishokkihoidon valintaan vaikutti sen paljon kiisteltyä huomiota saama maine mielenterveystyössä. Sähköshokkihoito valittiin sen vuoksi, koska se on yksi kuuluisimmista mielenterveystyön historiassa käytetyistä hoitomuodoista, jota käytetään vielä tänäkin päivänä, tosin eri tavalla. Malariahoidon valintaa vaikutti se, että tämä hoitomuoto mursi myytin siitä, ettei mielisairauksia voida parantaa. Lobotomia on yksi mielenterveystyön kiistellyimmistä ja kuuluisimmista hoitumuodoista. Sen vuoksi se on yksi aiheeseen rajatuista ja valituista hoitumuodoista.

Kotisivulla kerrotaan hoitomuodosta lähtökohdat kuten milloin, miten, mihin ja miksi hoitomuotoa on käytetty. Hoitomuotoon tulee lääketieteellinen ja sairaanhoidollinen näkökulma. Tekstissä kerrotaan myös milloin hoitomuoto on kehitetty ja milloin se on otettu käyttöön Harjamäen sairaalassa tai Suomessa. Lisäksi tekstissä kerrotaan, minkälainen hoitovaste

hoitomuodolla on ollut potilaaseen. Tekstin loppuun tulee pohdinta ja yhteenveto hoitomuodosta ja siitä, kuinka sitä on onnistuttu käyttämään. (Anu Rissasen haastattelu 29.5.2008.)

Tuotteessa eli internet-kotisivuilla on informatiivinen ”tietopaketti” edellä mainituista kahdeksasta hoitomuodosta. Tuotteen luettavuus ja ymmärrettävyys on tärkeää ja erityisesti ymmärrettävyyttä pidetään hyvän kieliasun osatekijänä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 264). Informaatio tulee olla ihmisläheistä ja helposti ymmärrettävää, jotta se olisi helppoluukuista ja tietoa antavaa.

4.2 Tuotantosuunnitelma

Aluksi tuotettiin opinnäytetyön kirjallinen versio. Toteutuksessa käytettiin pääsääntöisesti kirjallisuutta. Kun informatiivinen osio opinnäytetyöstä on toteutettu, opinnäytetyöstä saatava tieto siirrettiin Harjamäen sairaalamuseon internet-kotisivuiksi, joka on Siilinjärven kunnan tietokannassa.

Tuotteen tuotti opinnäytetyön tekijä. Siilinjärven kunnan atk-henkilö siirsi tuotetun tiedon internetiin Harjamäen sairaalamuseon kotisivuiksi. Sivuston tekemiseen käytettiin lähteenä opinnäytetyön kirjallista osuutta. Kotisivusta tuli kolmiosainen, mikä tarkoittaa, että ensimmäinen sivu on Harjamäen sairaalamuseon pääsivu. Pääsivulla on linkki, jossa lukee hoitomuodot. Hoitomuodosta klikkaamalla pääsee sivulle, missä on hoitomuoto valikko eli luettelo. Hoitomuodosta klikkaamalla pääsee itse hoitomuotoon, josta avautuu tietoa sisältävä teksti kyseisestä hoitomuodosta. Sivustojen taustaväri on vihreä ja kirjoitetun tekstin väri on musta. Päätekstin fonttikoko on 12 ja fontti Times New Roman-teksti ja Otsikot tulevat fonttikoolla 16. Päätekstissä on kuvia kyseisestä hoitomuodosta, välineistä tai hoitomuodon käyttämisestä. Sivun kuvat ovat Harjamäen sairaalamuseon arkistosta tai kirjoista skannattuja. Kuvat liittyvät hoitomuotoon, välineisiin tai itse hoitotilanteeseen.

4.3 Tuotteen arviointisuunnitelma

Tuotteen arviointi on tärkeää, jotta voidaan nähdä tuotteesta saatava hyöty. Tuotteen arviointiin liittyy muutamia yksityiskohtia. Tuotteen arviointia voidaan seurata sen kysyttävyydellä eli minkälainen on tuotteen menekki. Näin voidaan huomata onko tuotteella kysyntää.

Tuotteen vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin on tärkeää, jotta tiedetään vastaako tuote sitä, mitä asiakas on halunnut ja vaatinut. (Holma 1998, 15.)

Opinnäytetyön tuotteistaminen on tärkeää, koska se edistää laatuvaatimusten noudattamista sosiaali- ja terveysalalla (Jämsä & Manninen 2000, 9). Tuotetta voidaan arvioida siinä vaiheessa, kun informaatiota on ensimmäisen kerran laitettu kotisivuille. Arviointiin liittyy se, että vastaako tuotteen sisältö ja ulkoasu tavoitteena ollutta kuvaa. Tuotetta arvioidaan koko valmisteluprosessin ajan, jolloin saadaan työelämän ohjaajan ja ohjaavan opettajan arvio siitä, miten tuote on onnistunut. Atk-henkilöt myös arvioivat tuotteen toteutusta. On myös tärkeää, että saadaan asiakkaan näkökulma tuotteesta, jotta tiedetään onko sen sopivuus hyvä. Tämä kertoo, minkälainen on uuden tuotteen käytettävyys. Tuotteen ominaisuudet täytyy myös arvioida, jotta tiedetään, vastaavatko ne asiakaslähtöistä kotisivun käyttöä ja onko sisältö kattava. Tuotteen laatua tulee myös arvioida koko prosessin ajan. Tuotteen laadun takaa kriittisistä ja luotettavista lähteistä hankittu informaatio.

Sosiaali- ja terveysalalla tuotteesta täytyy ottaa huomioon, että tuotteella voi olla asiakkaita monilta eri tahoilta (Jämsä & Manninen 2000, 21). Tuote on suunnattu pääasiassa terveydenhuollon parissa työskenteleville ja opiskelijoille. Sivut on myös suunnattu kaikille henkilöille, jotka ovat kiinnostuneita mielenterveystyön historiasta. Olisi toivottavaa, että mahdollisimman moni henkilö tutustuisi sivustoon. Tuotteen viimeinen varsinainen arviointitilaisuus tulee olemaan valmiin opinnäytetyön aiheen raportointi. Tässä tilanteessa annetaan selvitys tuotteen laadusta, käytettävyydestä, ominaisuuksista ja laajuudesta. Parantamis- ja kehittämisehdotuksia saadaan erityisesti raportoinnin yhteydessä. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2008.) Raportoinnin jälkeen tuote on internetissä vapaasti luettavissa ja arvioitavissa.

Tuotetta voidaan markkinoida joko sisäisesti tai ulkoisesti. Sisäinen tuotteen markkinointi kohdistuu itse tuotteen tekijöihin tai tekijään. Ulkoinen markkinointi kohdistuu asiakkaaseen, jotta asiakaskunta ostaisi tuotetta mahdollisimman paljon. (Jämsä & Manninen 2000, 118 & 119.) Tässä opinnäytetyössä markkinointi on pääasiassa ulkoista. Opinnäytetyötä markkinoidaan Harjamäen sairaalamuseon opaskierroksella ja opaslehtisessä. Tuote on myös lisäksi kaikkien vapaasti luettavissa internetissä. Opinnäytetyön arviointi tapahtui siten, että lähetin käsikirjoitussuunnitelman tuotteesta työelämän ohjaajalleni, josta hän antoi sitten oman arviionsa. Käsikirjoitussuunnitelma lähetettiin myös ohjaavalle sekä koordinoivalle opettajalle. Opinnäytetyön lopullisessa esityksessä raportoitin ja arvioitiin kotisivujen onnistuminen. Tarkoitus oli myös, että kotisivuista tulisi jonkinlainen mainos Harjamäen sairaalamuseosta.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen on aloitettu syksyllä 2007. Koko opinnäytetyön tekoon lähteminen tuntui aluksi erittäin haastavalta ja hyvin stressaavalta, koska minulla oli ongelmia työstää opinnäytetyötä koko prosessin alusta lähtien. Opinnäytetyön tekeminen kävi koko ajan haasteellisemmaksi ja työstä nousi paljon erilaisia ongelma-kohtia. Mietin aiheen rajausta sekä sitä, kuinka lähestyä erilaisista näkökulmista opinnäytetyön aihetta. Tässä pohdinnassa syvennän omia ajatuksiani koko opinnäytetyöprosessista ja opinnäytetyöhön rajatusta sisällöstä.

Harjamäen sairaalamuseosta tuli myönteinen suhtautuminen opinnäytetyöhön ja kotisivuihin. Opinnäytetyötä varten sain paljon hyödyllistä materiaalia, lähteitä ja erilaista tutkimustietoa. Opinnäytetyötä varten myönnettiin myös lupa, jonka avulla sain käyttää Harjamäen sairaalamuseon materiaalia opinnäytetyön sisällössä hyväksi. Työelämän ohjaajani Anu Rissanen esitti erittäin mielenkiintoisia näkökulmia, joista lähdettiin lähestymään opinnäytetyössä rajattua hoitomuotoja.

Opinnäytetyössä esiintyviä hoitomuotoja on lähdetty lähestymään lääketieteellisestä ja sairaanhoitajan näkökulmasta. Työstäessäni huomasin, että lähestyminen hoitomuotoja lääketieteellisestä näkökulmasta oli huomattavasti helpompaa, kuin sairaanhoitajan näkökulmasta lähestyminen. Tämä johtui siitä, että tiedon löytäminen sairaanhoitajan tehtävistä jokaisen hoitomuodon toteuttamisessa oli vaikeampaa. Tiedon löytäminen lääketieteellisistä näkökulmista oli helpompaa, koska sitä oli tarjolla enemmän. On kuitenkin muistettava, että opinnäytetyön sisältämät hoitomuodot ovat erittäin vanhoja. Suurinta osaa näistä hoitomuodoista ei enää käytetä tänä päivänä. Tämä aiheuttaa laadukkaiden lähteiden löytämisen vaikeuden. Lähteitä on haettu vanhasta kirjallisuudesta, koska sieltä on löytynyt kyseessä olevien hoitomuotojen tietoisuus, kokemus ja ammattitaito, joka hoitajilla on ollut. Potilaiden hoitaminen on ollut epäkiitollista ja kovaa työtä, mutta tämän vuoksi sairaanhoitajia on eniten tarvittukin. Ymmärrys, oireiden käsittäminen, päämäärätietoinen hoitaminen ja tukeminen ovat olleet asioita, jotka merkitsevät potilaalle paljon, vaikka he eivät sitä välttämättä hoitajille näyttäneetkään. (Neuman - Rahn 2003, 242, 244.)

5.1 Oma asiantuntijuus

Opinnäytetyön tulisi antaa valmiuksia tunnistaa mielenterveyden ongelmia ja antaa valmiuksia vastata mielenterveyspotilaiden tarpeisiin. Valmiuksien pitäisi olla myös avuksi tunnistettaessa potilaan yksilöllisiä tarpeita ja tapoja. (Nikkonen 1993, 8 - 9). Nykypäivän hoitomuotoihin verrattuna entisajan hoitomuodot ovat olleet erittäin rankkoja. Perusteettomien syytösten, fyysisen ja henkisen väkivallan aiheuttaminen on ollut potilaille erittäin yleistä. Kuitenkin nämä hoitomuodot herättävät mielenkiintoa nykypäivän ihmisissä. (Achte & Tamminen 1998, 10.) On tärkeää, että nykyään hoitumuotoja peilataan historiaan. Tällä tavoin voidaan tietää, kuinka paljon parempia nykyiset hoitomuodot ovat verrattuna historiallisiin hoitomuotoihin. Tutkimustehtävät ovat myös valottaneet erilaisia hoitomuotojen näkökulmia, koska hoitumuotoja lähestytään sekä lääketieteellisestä että sairaanhoitajan näkökulmasta.

Sairaanhoitajan toimenkuva on muuttunut siitä, jolloin näitä kyseisiä hoitumuotoja käytettiin. Ennen vanhaan sairaanhoitajan kompetensseja on ollut viisi (Lindström 1988, 123.) mutta nykypäivänä niitä on kymmenen. Ennen vanhaan kompetensseiksi määriteltiin äidin korvikkeena oleminen, lääkärin avustaminen, johtamis- ja hallintotehtävät, opetustehtävät ja sosiaaliset kontaktit potilaisiin. (Lindström 1988, 123.) Nykypäivän kompetensseiksi määritellään ensinnäkin eettinen toiminta, terveyden edistäminen, sairaanhoitajan päätöksenteko sekä ohjaus ja opetus. Lisäksi kompetensseja ovat yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. Voisi sanoa, että nykypäivän sairaanhoitajan kompetenssien sisältöä on tarkennettu, koska niiden sisältö on laajempi ja niiden luokittelua tarkennettu. Nykypäivänä sairaanhoitajien kompetensseihin ovat lisäksi tulleet muun muassa terveyden edistäminen ja monikulttuurinen hoitotyö. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.) Omasta mielestäni hoitajan rooli on muuttunut ”vartijasta hoitajaksi”, koska käsitys mielisairauksien parantumattomuudesta aiheutti aikanaan sen, että potilaat olivat sairaita ja elivät lopun elämänsä mielisairaalassa. Käsitys siitä, että mielisairaita voitiin parantaa, antoi ja toi sairaanhoitajille mahdollisuuden lähestyä potilas hoidollisesta näkökulmasta.

Opinnäytetyön tekemisen pohjalta olen kehittänyt omaa ammatillista osaamistani. Mielestäni pystyn paremmin tunnistamaan, lähestymään ja hoitamaan mielenterveysongelmista kärsivää potilasta. Olen lisännyt tietouttani mielenterveystyön historiasta ja pystyn näin ollen vertaamaan nykypäivän mielenterveystyötä historialliseen mielenterveystyöhön. Pystyn käyttämään hyväksi oppimaani teoreettista tietoa ja hyödyntämään sitä käytännön mielenterveystyössä. Lisäksi olen kehittänyt omaa ammatillista osaamista etsiessäni laadukkaita lähteitä kirjallisuudesta.

Opinnäytetyötä tehdessä olen kehittänyt myös ammatillisuuttani tehdä yhteistyötä erilaisten yhteistyökumppanien kanssa. Yhteistyökumppanina on toiminut muun muassa Harjamäen sairaalamuseo. Olen tuottanut kirjallista tietoa ja skannannut kuvia internet-sivuja varten. Tämä antaa valmiuksia tulevaisuutta varten, koska tällöin tietotekniikkaa käytetään yhä enemmän hyödyksi mielenterveystyössä. Opinnäytetyön esittäminen antoi loistavan tilaisuuden kehittää omia esiintymis- ja vuorovaikutustaitoja. Henkilökohtainen kirjallinen osaaminen on parantunut tehdessäni opinnäytetyötä, kun olen joutunut etsimään tietoa lähteistä ja tuottamaan kirjallista tekstiä. Opinnäytetyön tekemisen ajankohta oli omasta mielestäni oikea, mutta itse opinnäytetyöprosessi on mielestäni kestänyt liian pitkään. Opinnäytetyöstä nousseet ongelmat ovat parantaneet ongelmanratkaisukykyäni. Tämä antaa tulevaisuudessa mahdollisuuden vastata töissä tuleviin haasteisiin ennakkoluulottomammin.

Opinnäytetyön tekeminen yksin on ollut haasteellista, koska tiedon etsiminen ja tekstin tuottaminen on ollut vaikeaa. Yksin tietoa etsiessään ei ole mahdollisuutta kysyä toisen henkilön mielipidettä lähteestä ja tuotetusta tekstistä. Olen joutunut päättämään lähteen tarpeellisuuden. Tämä on kehittänyt omaa päätöksentekokykyäni. Olen huomannut, että omalle tekstille ”sokeutuu” sitä työstäessään, koska siitä ei enää itse lukiessaan löydä virheitä. Luultavasti näin käy, koska tekstin on lukenut monta kertaa läpi. Tämän vuoksi vertaisten sekä opettajien ja toimeksiantajan tuki on ollut tärkeää. Työstäessäni opinnäytetyötä yksin etuna on ollut se, että ei tarvitse suunnitella aikataulua muiden mukaan, vaan aihetta voi itsenäisesti työstää omaan tahtiin.

Opinnäytetyölle asetettu tavoite on täyttynyt, koska olen etsinyt tietoa hoitomuodoista. Minun on ollut mahdollisuus tällä tavoin kehittää omaa ammatillisuuttani teoreettisesta näkökulmasta ja pystyn soveltamaan tätä tietoa käytännön mielenterveystyöhön. Teoreettisen tietoisuuden kehittyminen hoitomuodoista mahdollisti sen, että pystyn paremmin ymmärtämään mielenterveysongelmista kärsivän potilaan hoitoa. Johtuen siitä, koska nyt tiedän paremmin miten mielisairauksia on hoidettu ennen ja miten niitä hoidetaan nykypäivänä. Tämä antaa erilaisen näkökulman siitä, miten mielenterveysongelmista kärsivää potilasta pitäisi lähestyä ja suhtautua.

5.2 Tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyöhön rajatut hoitomuodot ovat erittäin paljon ajatuksia herättäviä. Opinnäytetyössä esiintyvät ensimmäiset hoitomuodot ovat amme- ja kierrehoito, jotka saattavat kuulostaa potilasläheisiltä hoitomuodoilta. Ne ovatkin olleet potilasläheisiä hoitomuotoja tuohon aikaan johtuen niiden potilaslähtöisestä näkökulmasta ja hoidon keveydestä potilasta kohtaan. Erityisesti ammehoitoa voidaan pitää potilaslähtöisenä. Näillä kahdella hoitomuodolla yritettiin hakea vaihtoehtoja potilaiden eristämiseen ja rajoittamiseen hoidettaessa sekavia ja aggressiivisia potilaita.

Pakkokeinoilla ja eristämällä on kunniakas, mutta myös julma maine mielenterveystyössä. Tätä hoitomuotoa käytetään vielä tänäkin päivänä mielenterveystyössä, mutta sen käyttäminen on tullut entistä tarkemmaksi ja potilaslähtöisemmäksi. Tätä hoitomuotoa kutsutaan nykyään turvahoidoksi. Ensinnäkin potilaan täytyy olla tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa hoidossa, jotta hänen kohdallaan voidaan toteuttaa turvahoidon. Tahdosta riippumattomalle psykiatrisella hoidolle on vaatimukset määritelty mielenterveyslaissa ja turvahoidon toteuttamisellekin pitää olla syy. Turvahoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää nykyään aina lääkäri. Pakkokeinoilla ja eristämällä on aina pyritty rauhoittamaan potilasta. Nykyään tätä hoitomuotoa pidetään ja pyritään korostamaan hoitavana eikä rankaisevana hoitomuotona. Kuitenkin täytyy muistaa, että potilaan rajoittamiseen ei ole aina tarvittu lääkärin lupaa, vaan potilas on esimerkiksi voitu viedä ”koppiin” tupakan varastamisesta. Potilaan kohtelu ei ole myöskään aina ollut niin hellävaraista ja humaania kuin se olisi voinut olla.

Työterapia hoitomuotona on omasta mielestäni yksi nerokkaimmista ja parhaista hoitomuodoista kuntouttaessa ja parantaessa mielisairauksia. Se on potilaslähtöinen hoitomuoto ja sillä on ollut paljon mielenterveyttä edistäviä puolia. Se kohottaa potilaan itsetuntoa, potilaat kokevat itsensä hyödylliseksi, kun saivat mahdollisuuden tehdä työtä ja sillä oli ”tervettä unta” antavia vaikutuksia. Lisäksi potilaat saivat siitä ahkeruusrahaa tai jotain muuta heitä hyödyttäviä asioita. Potilaan edetessä hoidossa hänen työterapiamahdollisuutensa paranivat, joka motivoi potilasta oman hoitonsa suhteen. Työterapialla saatiin kaiken lisäksi yliahdettujen sairaaloiden potilasmääriä laskettua, kun potilaita ei enää tarvittu pitää huoneissaan lukittujen ovien takana. Potilaat pystyivät käyttämään omaa energiaansa työhön, eikä mielisairauden aiheuttaman sairaan maailman tukemiseen ja tästä aiheutuvaan levottomuuteen ja väkivaltaisuuteen. Työterapian käyttö on vähentynyt huomattavasti maamme psykiatrisissa sairaalois-

sa, mutta joissakin sairaaloissa sitä käytetään edelleen laajassakin mittakaavassa, esimerkiksi Niuvanniemen psykiatrisessa sairaalassa Kuopiossa.

Insuliinishokkihoitoa voidaan pitää ristiriitaisena hoitomuotona. Se on nerokas tapa hoitaa potilaita, mutta se on myös julma hoitomuoto, koska potilaiden kuolemaan johtaneita hoitokertoja on paljon. Kuulostaa pelottavalta, että annetaan injektio eli pistetään yliannostus insuliinia ja odotetaan, että se johtaa insuliinikoomaan ja kouristuksiin. Tätä on vaikea ymmärtää nykyaikaisenkin lääketieteen kehityksen kannalta katsottuna. Insuliinishokkihoito vaatii ehdotonta potilaan seuranta vaarallisuutensa vuoksi. Vaikka hoitomuoto kuuluu ehdottomasti ”mustaan psykiatriaan”, sen hoitavia vaikutuksia esimerkiksi skitsofrenian hoidossa on vaikeaa kiistää.

Sähköshokkihoito on edelleen yksi niistä hoitomuodoista, joita käytetään onnistuneesti mielenterveystyössä. Se on yksi tehokkaimmista hoidoista hoidettaessa lääkeresistenssistä vaikeaa masennusta. Monet ihmiset kuitenkin luulevat, että sähköshokkihoitoa ei enää käytetä. Tämä on ihan ymmärrettävää johtuen muuan muassa antipsykiatrisen liikkeen toiminnoista sähköshokkihoitoa vastaan. Sähköshokkihoidolla on tosin pahamaineinen historia, joka juontaa juurensa ajasta, jolloin sähköshokkihoidossa ei käytetty anestesiaa, eikä lihasrelaksantteja. Tuolloin erilaiset luunmurtumat ympäri kehoa olivat yleisiä haittavaikutuksia hoidon aikana. Luunmurtumat aiheutuivat siitä syystä, että potilasta jouduttiin monesti pitämään paikallaan sähköshokin aiheuttamien kouristusten vuoksi. Sähköshokkihoidon huonoa mainetta ovat myös paljon edesauttaneet jotkut elokuvat, jossa sähköshokkihoitoa toteutetaan enemmänkin rangaistavana hoitona, kuin parantavana hoitona. Kuitenkin sähköhoitoa käytetään edelleen onnistuneesti mielenterveystyössä ja sillä on saatu paljon hyviä hoitotuloksia hoidettaessa lääkeresistensseistä mielisairauksista kärsiviä potilaita.

Malariahoitoa voidaan pitää yhtenä tärkeimmistä kuumehoidoista ja sen hoitavaa vaikutusta hoidettaessa aivokupan sairastuttamia potilaita on myös vaikeaa kiistää. Malariahoito on yllättävän yksinkertainen ja nerokas hoitomuoto, koska siinä sairautta käytetään hyväksi parannaessa toista sairautta. Hoitomuodon ongelmana oli sen fyysinen raskaus potilaille, joka johtui malarian aiheuttamista kuumeen nousuista. Kaiken lisäksi se oli vielä hyvin kallista toteuttaa.

Lobotomia on yksi mielenterveystyön kiistellyimmistä hoitomuodoista, johtuen sen peruuttamattomasta vaikutuksesta potilaan henkiseen ja fyysiseen käyttäytymiseen. Lobotomian

puolesta on vaikeaa puhua nykypäivänä. Tuohon aikaan, jolloin lobotomiaan käytettiin, ei ollut paljon muita ratkaisuja hoitaa aggressiivisesti käyttäytyvää potilasta. Moni tuon ajan hoitaja on mahdollisesti miettinyt kerrankin näkyvää tulosta potilaiden hoidossa, kun lobotomia on alettu käyttää mielenterveystyössä. Omasta mielestäni lobotomiaa on vaikea lähteä puolustamaan hyvänä hoitomuotona mistään näkökulmasta katsottuna, johtuen sen suurista eettisistä ja moraalisisista ongelmista. Aikana jolloin lobotomiaa käytettiin, ei varmaan ollut paljon vaihtoehtoja hoidettaessa potilaita. On helppo sanoa nyt, että se ei ollut oikea hoitomuoto, kun ei ole ollut itse kokemassa vanhan mielisairaalan arkea. Potilaiden hoitoon haettiin vastauksia monista paikoista, mutta kun vastausta ei löytynyt, niin ratkaisu oli lobotomia.

Miksi sitten hoitomuodot on otettu alun perin käyttöön? Mikä on ollut niiden käyttötarkoitus ja siitä saatu hyöty? Historiallisista hoitomuodoista tulee ottaa huomioon se, että potilaalla harvoin oli suuresti päätösvaltaa oman hoitonsa kulusta ja tulevaisuudesta. Vaikka potilaalla ei ollut päätösvaltaa hoitonsa suhteen, on esimerkiksi lobotomialla ollut peruuttamattomat vaikutukset potilaan elämään. (Anu Rissasen haastattelu 29.5.2008.) Mielenterveystyön historiassa potilaiden rajoittamista on ollut paljon ja hoitohenkilökunnan käyttäytyminen potilaita kohtaan on ollut varmasti hyvin autoritääristä. Hoitohenkilökunnan käyttämä rajoittava toimintatapa potilaita kohtaan on ollut todennäköisesti joka päiväistä. Se on ollut sen hetken toimintatapa, jota ei ole kritisoitu. On varmaan ajateltu, että koska näin on tehty aikaisemminkin, niin miksi ei jatkossa. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tulee muistaa, että ennen lääkkeiden tuleamista mielenterveystyöhön mielisairaalat ovat olleet vaarallisia ja erittäin levottomia hoitolaitoksia. Tämä on johtunut siitä, että on ollut hyvin vähän keinoja rauhoittaa potilaita. Tässäkin voi olla yksi syy miksi hoitohenkilökunnan toimintatapa on ollut potilaita kohtaan niin rajoittavaa.

Olen vahvasti sitä mieltä, että näillä kahdeksalla hoitomuodolla on pyritty hoitamaan mielisairauden mukanaan tuomia oireita, eikä itse sairautta. Tarkoitus on kyllä ollut hoitaa mielisairautta, mutta monesti tähän tarkoitukseen ei ole päästy. Kaikesta huolimatta pidän näitä hoitomuotoja nerokkaina ratkaisuinä hoitaa mieliterveysongelmista kärsiviä potilaita, vaikka hoitomuotojen käyttö herättää erittäin paljon eettisiä ja moraalisia kysymyksiä. Ottaen huomioon hoitomuotojen toteutusajan, sen hetkisen lääketieteellisen kehityksen ja antipsykoottisten lääkkeiden puuttumisen mielenterveystyössä, luulen, että näillä hoitomuodoilla on aikanaan saavutettu hyviä hoitotuloksia mielenterveystyössä.

Opinnäytetyön tavoite on saavutettu etsittäessä laadukkaita lähteitä kirjallisuudesta ja tutkimuksista kriittisestä näkökulmaa käyttäen. Pystyn omasta mielestäni tiukkaan lähdekritiikkiin, koska hoitomuodoista löytyvää tietoa on monenlaista. Oikean tiedon valitseminen on ollut erittäin haastavaa. Joistakin hoitomuodoista löytyvä tiedon määrä on ollut erittäin suppeaa, joten olen joutunut kriittisesti valitsemaan oikeanlaista tietoa hoitomuodoista. Ongelmana on ollut löytää lähteitä, jotka ovat sisältäneet oikeanlaista tietoa hoitomuodoista.

Opinnäytetyölle asetettu tarkoitus on täytynyt, kun opinnäytetyön kirjallisen osion pohjalta on toteutettu Internet- kotisivut. Opinnäytetyössä on kuvattu hoitumuotoja lääketieteellisestä näkökulmasta, joka on ollut ensimmäinen tutkimustehtävä opinnäytetyössä. Toisena tutkimustehtävänä on ollut tarkoitus lähestyä hoitumuotoja sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön kirjallisessa sisällössä jokainen hoitomuoto sisältää sairaanhoitajan kompetenssit sisältävän osion.

5.3 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyden pohdinta liittyy ammattitaidon hankintaan, informaation tuottamiseen ja informaation käyttämiseen. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2008). Opinnäytetyön aiheen valinta jo itsessään voidaan määritellä eettiseksi ratkaisuksi (Hirsjärvi 1997, 26). Omasta mielestäni kiinnostus aiheen valintaan ja sen vaatimuksiin on ollut erittäin suuri, koska aihe on erittäin mielenkiintoinen, teoriapohjainen ja lisäksi siihen liittyy oma kiinnostukseni historiaan. Olen tunnollisesti ja rehellisesti työstänyt opinnäytetyötä eteenpäin koko prosessin ajan. Tämän voi esimerkiksi huomata lähteiden hankinnasta, lähdekriittisyydestä ja itsenäisestä työskentelystä. Opinnäytetyön tiedonintressit ovat hoitomuodoista hankitun teorian käyttäminen ja hyödyntäminen Harjamäen sairaalamuseon kotisivujen tuottamiseen. Tämä on onnistunut omasta mielestäni hyvin. Näin ollen opinnäytetyötä voidaan pitää oikeutettuna. Informaation käyttämisen eettisyys ja siihen liittyvää vastuu liittyvät opinnäytetyön pohjalta toteutettuiden kotisivujen julkaisemiseen. Kotisivuilla käytetty informaatio on hyväksytty työelämänohjaajan kautta, joka lisää eettisyyttä informaatiolle. Tuotetta hyödynnetään Harjamäen sairaalamuseon kotisivuilla.

Omasta mielestäni olen hyvin onnistunut kehittämään omaa teoreettista osaamistani, jonka voin soveltaa käytäntöön tulevassa ammatissani. Eettisyyden ongelmakohtia ilmenee hoitomuotojen käytössä mielenterveytyksessä. Tämä johtuu siitä, että mielisairaiden kohtelu ei ole

ollut niin humaania kuin nykypäivänä. Hoitomuotojen käytöstä mielenterveystyön historian potilaslähtöisestä näkökulmasta ei ole aina ollut varmuutta. Hoitomuotoja on monesti käytetty ilman potilaiden suostumusta tai niiden käytöllä on ollut rangaistava eikä hoitava tarkoitus.

5.4 Luotettavuus

Luotettavuutta käsitellään tässä opinnäytetyössä uskottavuuden, todeksi vahvistamisen, toistuvuuden, kyllästeisyyden ja siirrettävyyden näkökulmasta. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2008). Luotettavuutta opinnäytetyön teossa on pyritty lisäämään etsimällä kirjallisuudesta luotettavia lähteitä. Lähteiden hakemiseen on myös saatu apua työelämänohjaajalta Anu Risaselta. Uskottavuuden näkökulmasta katsottuna opinnäytetyö on antanut paljon. Uskottavuudesta tutkittavaan aiheeseen, olen oppinut tutkiessani aiheita miten mielenterveystyössä on suhtauduttu potilaisiin. Olen oppinut ymmärtämään jonkin verran millaista on ollut ennen mielisairaalan arki.

Todeksi vahvistamista voidaan tarkastella opinnäytetyöhön käytettyjen lähteiden kautta. Lähteet ovat olleet laadukkaita ja luotettavia, joten todeksi vahvistaminen on onnistunut hyvin. Toistuvuus eli reliaabelius tarkoittaa samojen tulosten toistuvuutta eli esimerkiksi jos kaksi tutkijaa saa saman tuloksen, aiheita voidaan pitää reliaabelina. (Hirsjärvi 1997, 216). Opinnäytetyön sisältöä reliaabeliuden kannalta katsottuna täytyy sanoa, että tarkasteltuja hoitomuotoja ei ole kovinkaan paljon tutkittu nykypäivän mielenterveystyössä. Tämän voi huomata lähteiden vähytenä hoitomuodoista.

Opinnäytetyön tarkastelu kyllästeisyyden näkökulmasta on tärkeää. Opinnäytetyötä tehdessäni olen pyrkinyt etsimään oleellista tietoa, joka vastaa aiheen rajausta. Omasta mielestäni opinnäytetyön siirrettävyys onnistui hyvin, koska teksti opinnäytetyön sisällössä on suurimaksi osaksi teoriapohjainen. Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan vielä katsoa validiuksen eli pätevyyden näkökulmasta. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän pätevyyttä mitata tutkittua aiheita. (Hirsjärvi 1997, 216). Tiedon etsiminen kirjallisuudesta on mielestäni pätevä tapa tutkia tätä aiheita. Esimerkiksi haastattelun tekeminen olisi jo huomattavasti vaikeampaa johtuen haastateltavien vähydestä. Hoitomuodot ovat vanhoja ja niiden silloiset tekijät iäkkäitä.

Opinnäytetyössä olen löytänyt oikeanlaisia lähteitä ja pystynyt kriittisesti käyttämään niitä. Vaikka joidenkin hoitomuotojen kohdalla lähteiden vuoropuhelua ei olekaan paljon, olen onnistunut mielestäni kriittisesti arvioimaan ja valitsemaan oikeanlaisen tekstin opinnäytetyön sisältöön.

Lähteiden vanhuudesta ja vähydestä on otettava huomioon aiheen liittyminen historiaan. Suurin osa opinnäytetyöhön rajatuista hoitumuodoista on jo jäänyt pois mielenterveystyöstä. Tämän vuoksi on vaikeaa lähteä etsimään lähteitä aiheista, josta on vähän kirjallisuutta. Olen joutunut käyttämään joidenkin hoitumuotojen kohdalla lähteitä rajallisesti. Mielestäni jokainen lähde on kuitenkin ollut luotettava ja laadukas.

Opinnäytetyön aihetta on ollut helpompi lähestyä lääketieteellisestä näkökulmasta, kuin sairaanhoitajan näkökulmasta. Lähteiden löytäminen on ollut erittäin vaikeaa ja varsinkin lähteiden löytäminen sairaanhoitajan näkökulmasta. Lääketieteellisiä lähteitä löytyy jonkin verran, mutta niistä useat ovat muun eri maiden kielillä painettuja, kuin suomenkielellä. Sairaanhoitajan näkökulmasta löytyviä lähteitä on erittäin harvassa. Voidaan miettiä, kuinka paljon näitä asioita ja tietoja on dokumentoitu aikoinaan kirjoiksi ja tutkimuksiksi. Hoitajille on ollut kokemus ja ”hiljainen tieto” apunaan, kun he ovat olleet töissä. Vaikeus löytää kattavia lähteitä näkyy ehdottomasti lähdeluettelon pituutena, koska kattavia lähteitä on yksinkertaisesti niin vähän.

5.5 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyöprosessin aikana mieleeni on tullut omaa aihettani koskevia jatkotutkimusehdotuksia. Jatkotutkimuksena voisi olla esimerkiksi kotisivujen hoitumuodoista kertovan informatiivisen osan laajentaminen. Tämä tarkoittaa esimerkiksi yhden tai kahden hoitomuodon erilaisista näkökulmista tarkastellun tiedon lisäämisestä kotisivulle. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla, että tutkitaan Harjamäen sairaalassa käytettyjä hoitumuotoja vuodesta 1952 eteenpäin. Tuolloinhan ensimmäiset varsinaiset antipsykoottiset lääkkeet tulivat mielenterveystyöhön.

LÄHTEET

- Aaltonen, K. 2003. Internet ja mielenterveystyö. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura
- Achte, K., Tamminen, T. 1998. Psykiatrian käsikirja. Jyväskylä: Gummerus
- Achte, K. 1974. Satakolmekymmentä vuotta psykiatria: Keuruu: Otava.
- Achte, K., Alanen, Y & Tienari, P. 1982 Psykiatria meille kaikille. Juva: WSOY
- Achte, K., Suominen, J & Tamminen, T. 1983 Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria. Helsinki: Suomen psykiatri yhdistys r.y.
- Elomaa, E. & Taipala, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto
- Hirsijärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Holma, T. 1998. Tuotteistaminen tutuksi. Helsinki: Suomen Kuntaliitto
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino OY
- Kaila, M. 1967. Mielitaudit. Porvoo: WSOY
- Kaila, M. 1964. Psykiatria. Helsinki: Multor
- Kaplan, H & Sadock, B. 1995. Comprehensive textbook of psychiatry/ VI Sixth Edition Volume 2. Baltimore, Maryland, USA: Williams & Wilkins
- Karlson, K. W. 1977. Käytännön psykiatria. Porvoo: WSOY.
- Kinnunen, L. 1964. Mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY.
- Kraatari, V & Vähä, E. 1975. Oulun keskusmielisairaala 1925 - 1975. Oulu: Osakeyhtiö Kaleva

- Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1995. Psykiatrinen Hoitotyö. Juva: WSOY
- Lepola, T. 1976. Harjamäen sairaala 1926 - 1976. Porvoo: OY Kuopion Kansallinen Kirjapaino
- Lindström, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Helsinki: Karisto Oy
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2007. Psykiatria . Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY
- Neuman-Rahn, K. 2003. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa: Jyväskylä: Gummerus
- Nikkonen, M. 1993. Työnä mielen hoito. Naismielisairaanhoitajan elämäntarina. Jyväskylä: Gummerus
- OPS-Tiimi. 2004-2005. Opinto-opas. Espoo: Kajaanin Ammattikorkeakoulu
- Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäispistemäärät.
- Rinkel, M & Himwich, H. Insulin treatment in psychiatry 1958. New York: Philosophical Library
- Salovaara, I., Immonen, S., Tyybäkinoja, M. 1997. Koppiin vai kahleisiin. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto
- Schwartz, M., Shockley, E. 1976. Sairaanhoitaja ja psykiatrinen potilas. Porvoo: WSOY
- Shorter, E. 2005. Psykiatrian historia. Helsinki: Mielenterveystyön keskusliitto
- Sipilä, J. 1996. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Porvoo: WSOY
- Ulkotyöryhmän hoitofilosofia Niuvanniemen sairaalassa
- Anu Rissasen haastattelu 29.5.2008

INTERNET-LÄHTEET:

Finlex, 2008. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 23.9.2008

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116008>

Kajaanin ammattikorkeakoulu, opinnäytetyöpakki 2008. Viitattu 16.5.2008

<http://193.167.122.14/Opari/ontTukiToimSuunn.aspx#Tuotantokasikirjoitus>

Suomen mielenterveysseura 2008. Viitattu 17.5.2008.

<http://www.mielenterveysseura.fi>

Siilinjärvi kunta. 2008. Harjamäen sairaalamuseo. Viitattu 4.9.2008

http://www.siilinjärvi.fi/matkailu/museot/index.php?we_objectID=1741

[Kirjoita teksti]

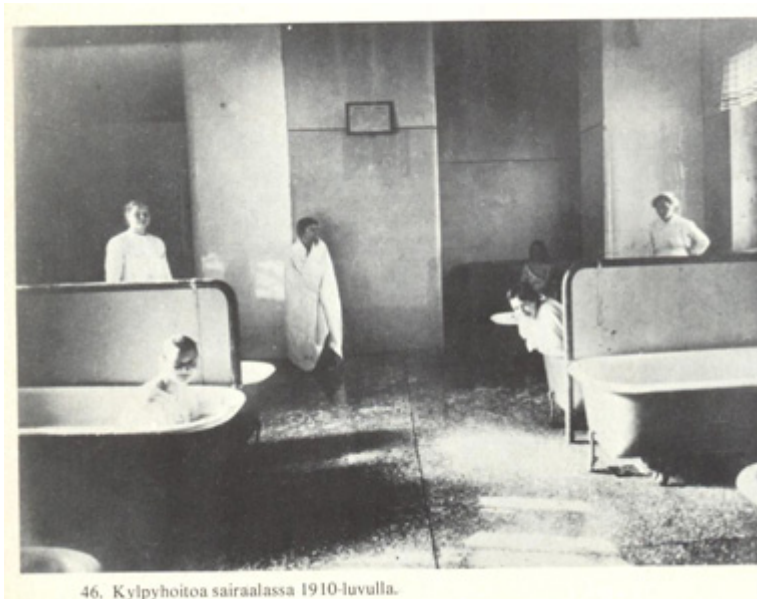
LIITTEIDEN LUETTELO

LIITE 1: Lääkkeettömät hoitomuodot Harjamäen sairaalamuseossa vuonna 1926-1952
_Internet-kotisivut

AMME- JA KIERREHOITO

”Jo Hippokrates mainitsi kirjoituksissaan kääreet, hauteet ja kylvyt” (Elomaa & Taipale 1996, 41).

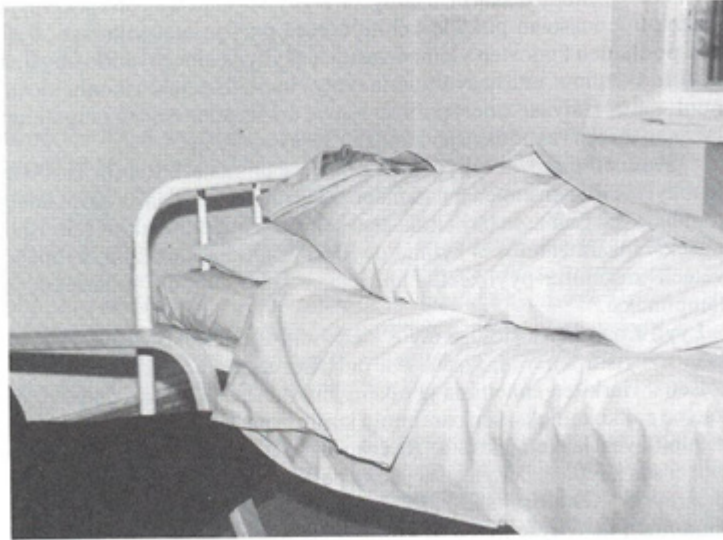
Kierrehoito on erittäin vanha hoitomuoto mielenterveystyössä. Hippokrateenkin kerrotaan puhuneen sen hoitavasta ja edistävästä vaikutuksesta auttaessaan mielisairauksista kärsiviä potilaita. Ammehoidon esi-isänä pidetään Vincenz Priessniziä, joka oli tehnyt havaintoja siitä, että haavoituneet eläimet hakeutuvat veteen parantuakseen. Hänen johtopäätöksensä mukaan samaa voitaisiin toteuttaa ihmisen kohdalla. Vincenz Priessnizillä ei kuitenkaan ollut mitään lääketieteellistä koulutusta. Molempia hoitomuotoja toteutettiin erilaisilla tavoilla ja niin kutsuttuja kutsumanimiä näillä kahdella hoitomuodolla on useita. Amme- ja kierrehoito luettiin hydroterapiaan. (Neuman – Rahn 2003, 286.) Amme- ja kierrehoitoa toteutettiin pääasiassa 1800-luvulta 1930-luvulle, jolloin fysikaaliset hoitomuodot, kuten sähköshokkihoito alkoivat kehittyä. (Achte 1974, 38).



46. Kylpyhoitoa sairaalassa 1910-luvulla.

”Kylpyhoitoa sairaalassa 1910-luvulla” (Achte 1974).

Ammehoidon eli kylpyhoidon tarkoituksena oli hoitaa epäsiistejä, epäsosiaalisia ja levottomia potilaita kylpyammeessa. Ammehoidolla saatavan rauhoittavan vaikutuksen vuoksi se oli vaihtoehtoinen tapa rauhoittaa potilasta muuten kuin eristämällä. Varsinkin suurissa sairaaloissa tätä hoitomuotoa pyrittiin toteuttamaan vuorokauden ympäri. Ammehoitoa oli pääasiassa kahta erilaista tyyppiä. Oli niin kutsuttuja lyhyitä kylpyjä, jotka saattoivat kestää puolesta tunnista muutamaan tuntiin. Pitkäaikaisissa kylvyissä eli pitkitetyissä kyvyissä hoitoaika saattoi kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja ja jopa vuosia. (Neuman - Rahn 2003, 279.) Kierrehoidon tarkoituksena taas oli kietoa potilas lakanoihiin, jotta hänen olonsa rauhoittuisi. Kierrehoitoa käytettiin tietyn ajan kuuriina, joka tarkoitti, että potilas laitettiin 1 – 3 kertaa päivässä muutaman päivän ajan lakanoihiin. Hoitoa voitiin myös käyttää tilapäisesti pakkokeinona. (Elomaa & Taipale 1996, 44.)



"Rekonstroitu kuva kierrehoitosta, jossa potilas on kuin kapaloituna" (Elomaa & Taipale 1996, 43)

Ammehoito järjestettiin yleensä sellaiselle osastolle, joka oli tarkoitettu kylpemiseen. Tämä sen vuoksi, jotta ammehoitoa voitaisiin toteuttaa mahdollisimman monen potilaan kohdalla. Potilas laitettiin makuulle kylpyammeeseen, jonka veden lämpötila piti olla noin 34- 36°C astetta. Potilasta valvottiin koko hoidon ajan. Erityisesti itsetuhoisten potilaiden ammeet olivat lähimpinä hoitajia, jotta potilaat eivät päässeet hukuttautumaan. Vettä vaihdettaessa potilas nostettiin pois ammeesta ja hänet laitettiin pyyhkeisiin, jotta hän ei päässyt vilustumaan. Kylvyn pituudesta riippuen ammeen vesi vaihdettiin kolmesti päivässä tai jos se oli päässyt likaantumaan. Veden piti olla oikean lämpöistä, jotta potilaan iho ei päässyt palamaan. Potilas saattoi olla vastahakoinen menemään ammeeseen, täytyi muistaa, että häntä ei saanut sinne pakolla laittaa. Koska potilas olisi voinut kiihdyttää itsensä pelkästä vastustamisen halusta ja tämä olisi vaikeuttanut hänen hoitoaan. Kun kylpy lopetettiin, potilas kuivattiin ja hänet puettiin, koska potilas ei ollut välttämättä itse tähän kykenevä. (Neuman - Rahn 2003, 280, 282.)

Kierrehoitossa potilas kiedottiin viltteihin ja lakanoihin, jotka olivat kylmällä tai kuumalla vedellä kasteltuja. Potilaan sängylle aseteltiin 3 - 4 vilttiä ja niiden päälle sekä märkä että kuiva lakana. Potilas meni alasti makaamaan vilttien ja lakanoiden päälle, jonka jälkeen potilas kiedottiin lakanoihin ja lakanoiden päälle laitettiin vielä viltit. Potilaan ihonpinnat eivät saaneet koskettaa toisiinsa, koska märkyys voi aiheuttaa haavaumia potilaan liikkuesssa. Päälle laitettiin vielä vahakangas, jotta tasainen lämpö saavutettaisiin. Potilaan otsalle laitettiin kylmääre ja leuan alle pyyhe. Potilaan ollessa sekava tai hyvin aggressiivinen, hoito voitiin myös toteuttaa potilaalle seisten siten, että lakana laitettiin potilaan selän kautta potilaan päälle. Käsittely kesti noin kaksi tuntia, jolloin potilaan tilasta seurattiin muun muassa ihoväriin muutoksia, hengityksen tiheyttä sekä pulssia. Kuten ammehoito, kierrehoitokin pyrittiin toteuttamaan erityisessä paikassa, koska potilaan mahdollinen aggressiivisuus ja tästä johtuva vastarinta saattoivat häiriinnyttää muita potilaita. Hoidon jälkeen potilas aina pestiin ja kuivattiin huolellisesti. Hoidon haittavaikutuksena oli, että potilas ei rauhoittunut, vaan käyttäytyi sekavasti koko hoidon ajan. Oli myös mahdollista, että potilaan somaattinen vointi ei kestänyt hoitoa. Tällä tarkoitettiin useimmiten potilaan hengityksen vaikeutumista niin paljon, että potilas ei saanut henkeä. Tässä tapauksessa hoito täytyi keskeyttää. (Neuman - Rahn 2003 288 – 289.)

Ammehoidolla hoidettiin potilaita, jotka kärsivät erilaisista mielisairauden mukana tuomista oireista. Tällaisia oireita olivat levottomuus, väkivaltaisuus, sekavuustilat, stupor eli jännitystilä, epäso-
siaalisuus, epäsiisteys ja halvaukset. Ammehoitoa ei suositeltu, jos potilas kärsi verenkiertohäiri-

östä, anemiasta, sydänongelmista tai ahdistus- ja masennustiloista. Pitkät kylvyt vaikuttivat potilaisiin myös väsyttävästi. Tämä johti siihen, että potilaat nukkuivat aiempaa paljon paremmin. (Neuman - Rahn 2003, 279 – 280.) Kierrehoidon käyttöä käytettiin pääasiassa synnytyksen jälkeiseen psykoosiin sairastuneiden potilaiden kohdalla. Sitä käytettiin myös levottomasti ja ärtyisesti käyttäytyvien katatonisten potilaiden hoidossa. Kierrehoidolla hoidettiin myös hysteriaa ja kaatumatautista levottomuutta. (Neuman - Rahn 2003, 287.)

Amme- ja kierrehoidon toteuttamiseen johtavia syitä oli varmasti useita. Yksi tärkeimmistä pääsyyistä on ollut sekavien ja aggressiivisten potilaiden rauhoittaminen. Amme- ja kierrehoidolla on haettu vaihtoehtoisia toimintatapoja hoidettaessa potilaita, joita muuten olisi pitänyt hoitaa eristyspotilaina. Amme- ja kierrehoidon etuna oli myös se, että epäsiistien potilaiden puhtaana pitäminen helpottui. Lämmin vesi toimi hyvin potilaan rauhoittamiseen, mikä johti siihen, että potilasta väsytti enemmän ja hänen ruokahalunsa oli parempi kuin aikaisemmin. Kun potilas nukkui ja söi enemmän, hänen käyttäytymisensä oli rauhallisempaa ja hän pystyi hallitsemaan itseään paremmin. (Neuman - Rahn 2003, 279.)

Kierrehoidon käyttämiseen mielenterveystyössä on paljon erilaisia syitä. Kierrehoidon voidaan suurelta osin luokitella pakkokeinoksi, koska potilas kiedottiin märkiin tai kuviin lakanoihin niin tiiviisti, että hän tuskin pääsi liikkumaan. Kierrehoidon pidettiin jopa pahempaan pakkokeinona kuin perinteistä pakkopaitaa. Tämä johtui siitä, että lakanat piti kietoa niin tiukkaan, että potilas ei pystynyt vahingoittamaan itseään liikkumalla lakanoiden sisällä. Potilas harvoin laitoi vastaan näissä tilanteissa. (Neuman - Rahn 2003, 287.)

Sairaanhoitajan näkökulmasta voidaan huomioida, että amme- ja kierrehoidon toteutus on ollut teknillinen. Hoitomuodon toteutuksessa tärkeinä osina ovat olleet sairaanhoitajan työkokemus ja perehtyminen näihin kahteen hoitomuotoon. Hoitojen aikana on aina ollut tärkeää seurata potilaan somaattista vointia, kuten verenpainetta ja pulssia ja ulkoisia muutoksia potilaissa, kuten tajunnantaso, ihonväri ja hengittämistä. Hoitaja on ollut aina seuraamassa potilasta hoidon ajan. Sosiaalinen vuorovaikutus potilaan kanssa on ollut tärkeää, koska keskusteleminen auttaa usein potilasta rauhoittumaan. Potilaan tukeminen ja avustaminen hoitoon liittyvissä asioissa on ollut myös tärkeää. (Lindström 1988, 123.) Verraten nykypäivän kompetenssiin sairaanhoitaja on toteuttanut kliinistä hoitotyötä, yhteistyötä potilaan kanssa ja eettistä toimintaa (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24). amme- ja kierrehoidon toteutuksessa. Eettisenä toimintana amme- ja kierrehoidon toteutuksessa voidaan pitää potilaan humania kohtelua eli pyritään hoitamaan potilas ihmisläheisesti, eikä liian rajoittavasti.

Amme- ja kierrehoidon olivat oman aikansa vastaus pyrittäessä torjumaan mielenterveysongelmien aiheuttamia oireita potilaiden joukossa. Sekavuuden ja aggressiivisuuden torjuminen näillä kahdella hoitomuodolla antoi jo suuntaa antavaa käsitystä inhimillisemmästä tavasta kohdella potilaita. Nämä hoitomuodot varsinkin ammehoito, kuulostavat paljon potilasystävällisimmiltä, kuin monet muut historialliset hoitomuodot. Hoitomuodoilla haettiin ratkaisuja suurien eristyslukumäärien vähentämiseen, koska eristykset kuormittivat osastojen toimintaa. Pitää muistaa se asia, että vaikka amme- ja kierrehoidosta on usein puhuttu eristyksen korvaavina hoitomuotoina, eivät ne poistaneet potilaiden eristämistä mielenterveystyöstä. Potilaat, jotka olivat vastustaneet eristämistä aikaisemminkin, todennäköisesti vastustivat myös näiden hoitojen toteuttamista. Erityisesti kierrehoidon oli usein hyvin rajoittava hoitomuoto katsottaessa sitä potilaan näkökulmasta.

LÄHTEET:

Achte, K. 1974. Satakolmekymmentä vuotta psykiatria: Keuruu: Otava.

Elomaa, E. & Taipala, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto

[Kirjoita teksti]

Lindström, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Helsinki: Karisto Oy

Neuman-Rahn, K. 2003. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa: Jyväskylä: Gummerus

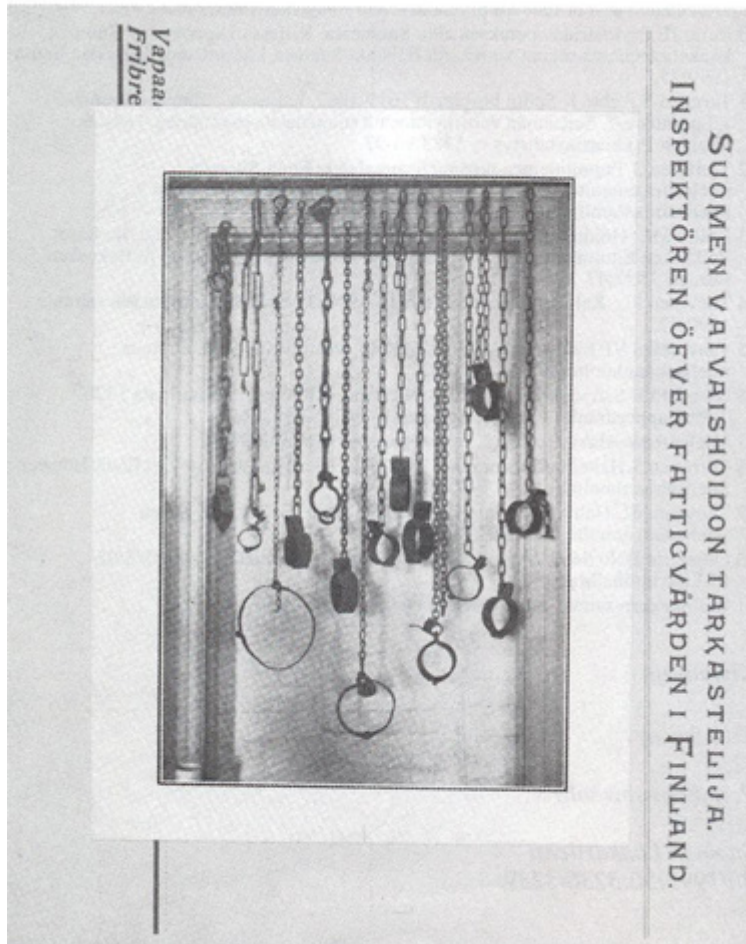
Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammatti-
korkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskei-
set opinnot ja vähimmäispistemäärät.

[Kirjoita teksti]

Pakkokeinot ja eristys

Pakkokeinojen, kuten esimerkiksi eristämisen käyttäminen psykiatrisissa sairaaloissa ovat vanhoja, mutta edelleen käytössä olevia hoitomuotoja. Nykypäivään tultaessa potilaan kohtelu on muuttunut humanimmaksi ajoista, jolloin eristysmuotojen tarkoitus oli toimia lähinnä pelotteena, eikä hoitavana ratkaisuna. Mieliterveystyössä eristämällä yleensä tarkoitettiin potilaan siirtämistä eristyshuoneeseen, jossa potilaan vointia pystyttiin seuraamaan, hoitamaan ja rauhoittamaan. (Elomaa & Taipale 1996, 81.)

Eristämisellä on pitkä ja maineikas, joskaan ei kovin kunnias perinne mielenterveystyön historiassa. Niin pitkään kuin mielenterveystyössä on hoidettu potilaita, heitä on myös eristetty. Suomessa ensimmäinen psykiatrisen sairaala oli Seilin hospitaali. Sairaala perustettiin 1617 ja se oli alun perin leprapotilaitten ja mielisairaiden hoitopaikka. Seilin hospitaalista on raportoitu ensimmäiset Suomessa toteutetut pakkokeinot ja eristykset. (Elomaa & Taipale 1996, 81 – 82.) Harjamaan sairaalassa lopetettiin vuonna 1958 pakkopaitojen ja piha-aitojen käyttö. (Lepola 1976, 52).

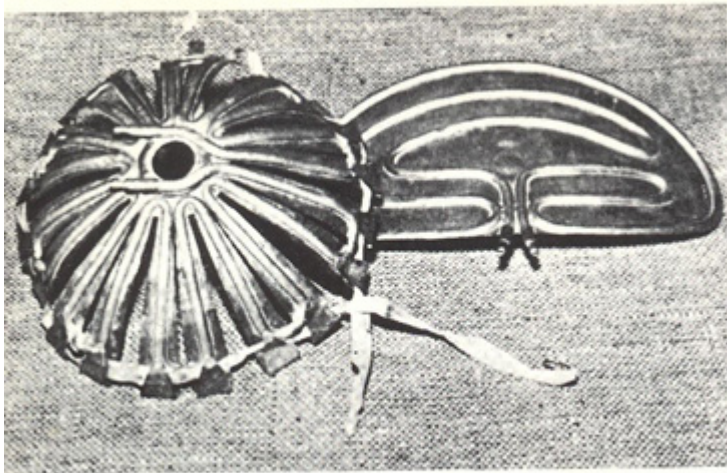


"Seinähullujen pitimiä ja kahleita Suomessa." (Elomaa & Taipale 1996, 88).

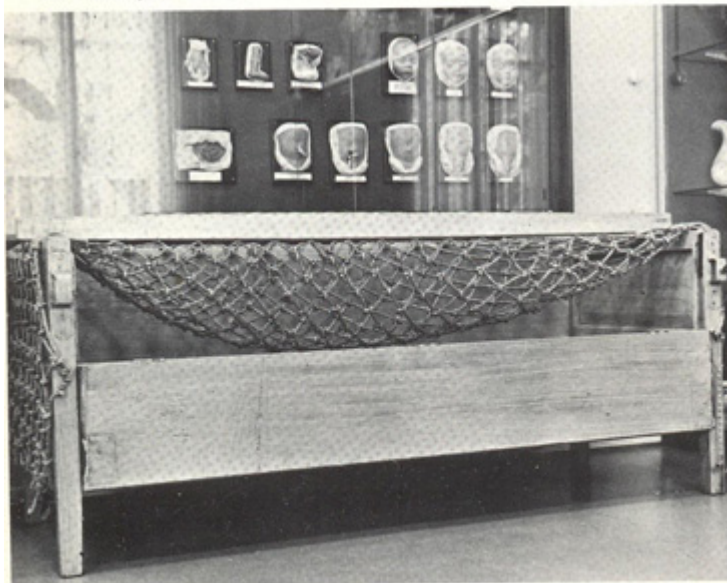
Ensimmäisiä varsinaisia eristystapoja mielisairaloissa olivat "hulluinarkut", joiden toimintaperiaate on ollut, että potilas on laitettu arkkuun ja arkun kansi on suljettu. Myöhemmin tulivat käytän-

[Kirjoita teksti]

töön "hullujen säiliöt", jotka sijaitsivat kaupunkien ulkopuolella. Nämä tulivat käytäntöön jo 1460-luvulla. Pakkokeinoihin luettiin myös kahlehtiminen ja häkkiin tai koppiin sulkeminen. Mielen-vevstyössä on pitkään käytetty monenlaisia keinoja eristää tai rajoittaa potilaita. Yleisin keino on ehkä eristyshuone, jonne potilas on voitu eristää joko pystyeristykseen tai leposide-eristykseen. Potilaita on voitu myös rajoittaa pakkopaidalla, pakkokäsineillä ja pakkotuolilla. (Kinnunen 1964, 12.) Pakkomuhvi oli myös yksi tapa rajoittaa potilasta. Se oli pussin näköinen laite, jolla sidottiin molemmat potilaan kämmenet, jotta potilas ei voinut käyttää niitä. Potilaan pään viilennyslaite oli nahkasta valmistettu kypärää muistuttava väline, jonka avulla yritettiin rajata potilaan levotonta käyttäytymistä. Oli myös olemassa instrumentteja, joiden avulla potilaan suu saatiin tukittua tai avattua. (Achte 1974, 39 – 40.)



14. Potilaan pään viilennyslaite. (Lääketieteen historian museon kokoelmat)



15. »Hulluinarkku». Tuskin käytetty Lapinlahdessa, mutta jota on käytetty Nikkilässä 1910-luvulla.

Ylempi kuva: Potilaan pään viilennyslaite. Alempi kuva: Hulluinarkku. (Achte 1974).

Eristämisen kulttuuri on vaihdellut eri aikakausittain. Tämä johtuu siitä, että mielisairauksien hoitoon on löydetty uusia hoitomuotoja ja erilaisia suuntauksia, joiden avulla on saatu eristämisiä vähennettyä ja ehkäistyä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei eristämistä olisi silti käytetty. Eristäminen on käytännössä tapahtunut yleensä siten, että hoitohenkilökunta on joutunut käyttä-

[Kirjoita teksti]

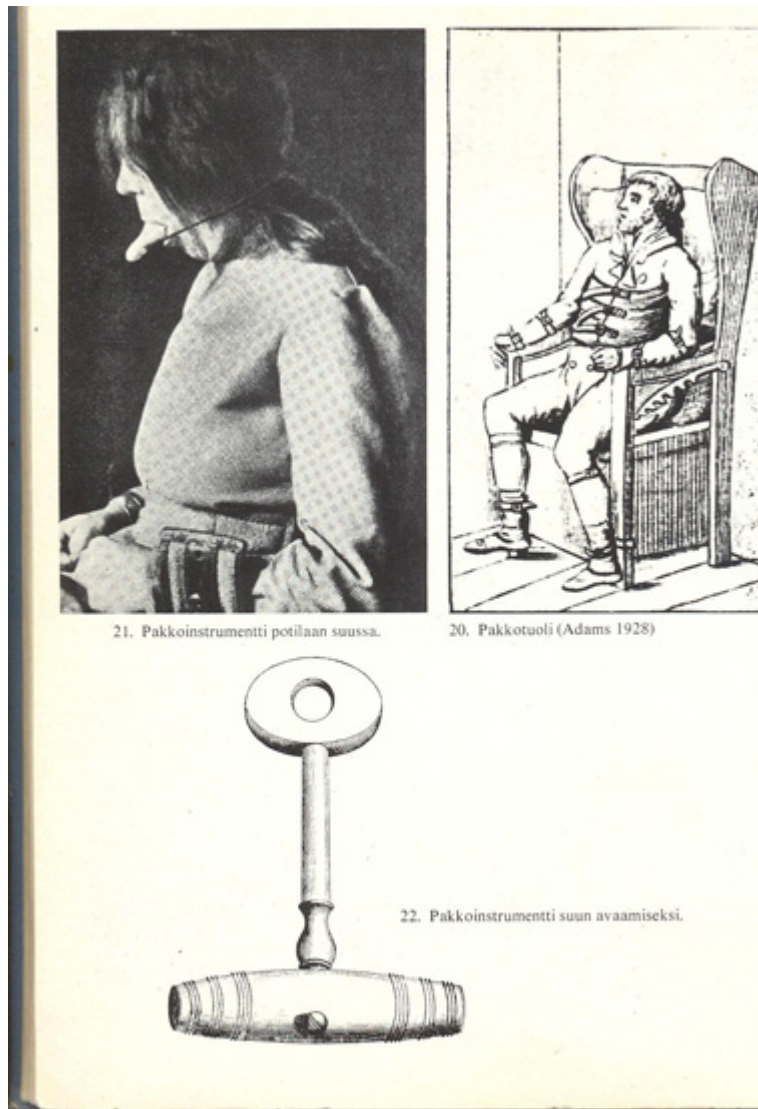
mään fyysistä rajoittamista potilaan levottoman, aggressiivisen tai väkivaltaisen käyttäytymisen vuoksi. Eristämiseen vaikuttavat tilanteen vakavuus, hoitohenkilökunnan määrä ja hoitohenkilökunnan ammattitaidot ja kokemukset. (Neuman- Rahn 2003, 293.)



Ylemmissä kuvissa: Pakkopaitoja. Vas. alempi kuva: Pakkomuhvi. Oik. alempi kuva: Pakkokäsine (Achte 1974).

Sairaanhoitajan näkökulmasta katsottuna potilaan eristäminen on melkein aina tilanne, jossa potilaan käyttäytymistä joudutaan rajoittamaan. Tämä voi olla potilaan ohjaamista, saattamista tai fyysistä rajoittamista, riippuen potilaan sen hetkisestä voinnista. Eristämisessä pitää aina ottaa huomioon potilaan eettinen kohteleminen, vaikka itse tilanne voi olla molemmin puolin fyysisesti erittäin raskas. Mahdollisessa potilaan rajoittamisessa pitää ottaa huomioon, että potilas voi olla sairaanhoitajaa kohden vihamielinen, kun sairaanhoitaja riistää tai estää potilas rajaamalla hänen käyttäytymistään. (Schwartz & Shockley 1976, 227.) Verrattaessa vanhoihin sairaanhoitajan

kompetensseihin, potilaan eettinen kohtelu on tullut tärkeämmäksi nykypäivän mielenterveys-työssä. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24).



Vas. ylempi kuva: "Pakkoinstrumentti potilaan suussa". Oik. ylempi kuva: "Pakkotuoli". Alempi kuva: "Pakkoinstrumentti suun avaamiseksi." (Achte 1974).

Pakkokeino ja eristäminen eivät ole koskaan olleet parantavia hoitokeinoja, vaikka niitä on joskus sellaisina pidettykin. Potilaiden eristämiseksi ja rajoittamiselle on useita eri syitä. Potilaan rajoittamisella on yleensä hoidettu levotonta, väkivaltaista ja aggressiivista potilasta, joka omalla käyttäytymisellään on vaaraksi itselleen tai muille potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Pakkokeinoilla ja eristämällä on hoidettu potilaan mielisairauden oireita, ei mielisairautta. Yleensä potilas on eristetty huoneeseen, jotta häntä voidaan tarkkailla, lääkittää ja kontrolloida paremmin. (Elomaa & Taipale 1996, 81.) Nykypäivänä potilaiden eristämisestä käytetään termiä turvahoito ja potilaan täytyy olla tahdosta riippumattomassa psykiatrisessa pakkohoidossa, jotta hänet voidaan eristää. (Salovaara, Immonen & Tyybäkinoja 1997, 61).

LÄHTEET:

[Kirjoita teksti]

Achte, K. 1974. Satakolmekymmentä vuotta psykiatria: Keuruu: Otava.

Elomaa, E. & Taipala, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto

Kinnunen, L. 1964 Mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Lepola, T. 1976. Harjamäen sairaala 1926 - 1976. Porvoo: OY Kuopion Kansallinen Kirjapaino

Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammatti-
korkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskei-
set opinnot ja vähimmäispistemäärät.

Neuman-Rahn, K. 2003. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa: Jyväskylä: Gummerus

Salovaara, I., Immonen, S., Tyybäkinaja, M. 1997. Koppiin vai kahleisiin. Vantaa: Mielentervey-
den keskusliitto

Schwartz, M., Shockley, E. 1976. Sairaanhoitaja ja psykiatrinen potilas. Porvoo: WSOY

Työterapia

Työterapialla on pitkät perinteet mielenterveystyössä ja sitä on käytetty mielisairaalossa jo 1800-luvulta lähtien. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 454). Pitkään on jo tiedetty, että työllä on positiivisia vaikutuksia hoidettaessa mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Työterapialle haasteensa on tuonut kuitenkin alkuaikoinaan käsitys siitä, että mielenterveysongelmia ei voida parantaa tai vaikuttaa niiden oireisiin. Sen vuoksi työterapiaa on pitkään pidetty ei-kuntouttavana ratkaisuna. (Kinnunen 1964, 113.) Harjamäen sairaalassa työterapia oli yksi tärkeimpiä hoitomuotoja koko sairaalan toiminnan ajan. Työterapiaa alettiin käyttää Harjamäen sairaalassa vuonna 1928 ja sitä käytettiin hoitomuotona koko sairaalan toiminnan ajan. (Lepola 1976, 57.)

Vuonna 1924 tapahtui muutos työterapian alalla, kun saksalainen tohtori Herman Simon, Gutersloh'n mielisairaalan johtaja, esitti hätkähdyttäviä ja menestyksellisiä muutoksia työterapian käytöstä hoidettaessa mielenterveyspotilaita. Herman Simon esitti kirjassaan, että potilas tuntee itsensä hyödylliseksi ja tarpeelliseksi yksilöksi, kun hän saa tehdä töitä yhteisön hyväksi. Potilas kokee tekemänsä työnteon arvokkaaksi ja tuottavaksi. Tämä johtaa siihen, että potilaan itsetunto kasvaa, mikä helpottaa häntä kuntoutumaan mielisairauden mukana tuomista ongelmista. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 454.) Tällaiset tutkimustulokset herättivät paljon mielenkiintoa, minkä johdosta työterapiaa alettiin toteuttaa monissa mielisairaalossa. Työterapian vuoksi erityisesti sairaaloiden osastot, joissa hoidettiin kroonisia potilaita, saivat erilaisen ilmeen ja luonteen. Tämä johtui siitä, että osastoilla olevien potilaiden aktiivisuus kasvoi. (Kinnunen 1964, 113.)

Työterapian hyvin tuomaa muutosta kuvasi tohtori Simon tällä tavoin: ”Muutos johtuu ennen kaikkea siitä, ettemme etsi potilaasta ensisijaisesti sitä, mikä on sairaalloista, puutteellista ja hukkaanjoutunutta, vaan sitä, mikä on jäljellä terveestä ihmisestä, hänen terveitä voimiaan ja kykyjään, ja että yritämme saattaa tämän jäljellä jääneen sopusointuun olemassaolon välttämättömyyksiensä kanssa, että määräämme hänelle velvollisuuksia, ei mielivaltaisesti laadittuja, vaan sellaisia, jotka johtuvat välittömästi niistä vaatimuksista, joita sairas asettaa elämälleen”. (Kinnunen 1964, 113.) Työterapian tarkoituksena oli kehittää, herättää ja säilyttää potilaan positiivisia ja terveitä ominaisuuksia, sekä ehkäistä sairauden tuomia oireita. (Kinnunen 1964, 113 & Lepola 1976, 63.) Työterapian aloittamisen jälkeen mielisairaalat eivät enää olleet potilaiden säilytyspaikkoja. Mielisairaalossa alettiin kuntouttaa potilaita mahdollisimman hyvin, jotta he olisivat palaamaan takaisin yhteiskuntaan. (Lepola 1976, 58.)

Työterapian päämääränä oli potilaan terveydentilan parantaminen. Potilaiden työskentelystä haettiin myös muita hyödykkeitä. Mielisairaalat olivat olleet jo pitkään kuluttavia laitoksia. Tämän vuoksi potilaiden sosiaalisen käyttäytymisen paranemisen lisäksi myös sairaalan taloudellinen hyöty kasvoi jossain määrin, koska potilaat tekivät ja saivat aikaan jotain konkreettista hyötyä. Täytyy kuitenkin korostaa sitä, että vaikka potilaiden tekemästä työstä saatu aineellinen hyöty ei ollutkaan suuri, työstä johtuva taloudellinen hyöty ei koskaan saanut mennä potilaan kuntoutuksen edelle. Työn ja toiminnan tärkeys ihmiskehölle oli välttämätöntä. Työn tekeminen erityisesti ulkoilmassa kiihdytti aineenvaihduntaa, tervettä väsymystä ja ruokahalua. Nämä kolme asiaa ovat tärkeitä edellytyksiä terveille ja luonnolliselle unelle. Fyysinen kunnon kohennus tulee myös nähdä henkisenä toipumisena mielisairaudesta. Työterapialla oli siis paljon hyviä puolia, kuten potilaan keskittymiskyvyn, itsehillinnän ja aloitekyvyn lisääntyminen. Työterapialla oli mahdollista myös saada joitakin mielisairauksien mukana tuomia lieveilmiöitä poistettua, joita olivat esimerkiksi masentuneisuus, kiihtymys, hävittämishalu ja estyneisyys. Joka tapauksessa nähtiin, että paras tapa potilaalle päästä pois sairaasta maailmasta todellisuuteen, oli juuri työn tekeminen. (Kinnunen 1964, 114.)

Työterapialla oli tietyt kriteerit potilaitensa suhteen. Tämä tarkoitti sitä, että kaikki potilaat eivät voineet työskennellä kaikenlaisissa työtehtävissä, mitä työterapialla oli mahdollisuus tarjota. Tämän vuoksi potilaille oli tarjolla monenlaisia työterapiamahdollisuuksia, joissa otettiin huomioon potilaan psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet. Perusideana oli, että mitä huonommassa kunnossa

potilaan psyykkinen vointi on, sen yksinkertaisempaa työtä potilaalle tarjotaan. Lisäksi potilaan äkillinen liikuttelu eri työryhmästä toiseen ei ollut suotavaa, vaan oli tarkoitus, että potilas ehtisi kiintyä työhönsä. Tämä antaisi potilaalle enemmän positiivisia onnistumisen kokemuksia. Muutos saattoi vaikuttaa ratkaisevasti potilaan kuntoon. Ensisijaisesti lääkäri määräsi, mihin työterapiaryhmään potilas menisi, samoin lääkäri päätti minkä kokoisia työterapiaryhmät olivat. Hoitaja jakoi eri työtehtävät ryhmän sisällä potilaiden kesken. Potilasta määrättäessä tiettyyn ryhmään ja työtehtävään painotettiin potilaan aikaisempaa osaamista, mielenkiintoa ja ennen kaikkea potilaan psyykkistä vointia. Työn täytyi olla sekä kiinnostavaa, että haastavaa. Se ei saanut olla liian vaikeaa tai liian helppoa. Voidaan todeta, että potilaan työterapian lähtökohdat olivat potilaskeskeiset. (Kinnunen 1964, 115.)

Hoitomuotona työterapia asetti myös tietyt vaatimukset sairaalalle ja henkilökunnalle. Työterapiassa on erittäin monta tapaa, miten sitä voidaan toteuttaa ja käyttää hyväksi potilaiden hoidossa. Mielisairaalassa tuli olla puitteet toteuttaa maanviljelyä, puutarhanhoitoa ja karjanhoitoa. Lisäksi sisätoista voidaan mainita paljon erilaisia vaihtoehtoja, kuten leipomo, keittiö, kutomo, pesula, käsityöverstas ja ompelimo. Painotettiin, että toimipisteiden, joissa työterapiaryhmät työskentelivät tuli olla avoimia, ilmavia ja valoisia, jotta potilaille olisi hyvät puitteet toimia työtehtäviensä parissa. Työterapiaan tarvittiin lääkäreiden ja hoitajien lisäksi myös tiettyjen alojen ammattiosaajia, joka tarkoitti muuan muassa seppiä, suutareita ja räätäleitä. Tämä sen vuoksi, että työssä osamista voitiin tukea siinä määrin, että potilas hyötyisi siitä. (Kinnunen 1964, 115.)

Tuohon aikaan erilaiset työterapiavaihtoehdot määriteltiin tiettyihin alaryhmiin. Yksinkertaisen askartelun ryhmän tarkoitus oli toteuttaa mahdollisimman yksinkertaista työtä, joka piti potilaan erilaisia motorisia ja mekaanisia kykyjä yllä. Tohtori Simon oli järjestänyt käsipesuloita, jossa potilaat pesivät pyykkiä hoitajien valvonnan alaisina. Osastolla suoritettavaan käsityön ryhmään kuului erittäin paljon erilaisia työterapiamahdollisuuksia. Ompelu ja paikkaustyö, muovi-, nahka-, rotinki ja keramiikkatyöt olivat tärkeässä osassa osastoilla olevien potilaiden työterapiaa. Tämä työ saattoi olla jo erittäin vaativaa potilaalle, mutta se oli tarkoitettu potilaille, jotka tarvitsivat enemmän hoitajan tukea ja läsnäoloa. (Kinnunen 1964, 116.)

Osaston siivous- ja taloustyön ryhmän tarkoitus oli, että potilaat siivosivat ja auttoivat siivoojia osastolla tai sen ulkopuolella. Potilaat olivat hoitajien valvonnan alaisina koko ajan. Potilailla oli mahdollisuus päästä työskentelemään osaston keittiöön, jos he pystyivät toimimaan tarpeeksi siististi ja hyvin. Osaston ulkopuolella hoitajan valvonnassa suoritettavat työt olivat joko käsityösaleissa tapahtuvia töitä tai erilaisia ulkotöitä. Käsityösali sijaitti yleensä eri paikassa kuin itse osastot, joista potilaat tulivat sinne. Potilaat työskentelivät tietyn tuntimäärän ohjaajien ohjauksen ja valvonnan alaisuudessa. Potilaiden työtä johti käsityöopettaja. Naisille oli suunnattu käsityösaleissa erityisesti kutominen eri tavoilla, kuten kangaspuilla. Miespuolisille potilaille oli suunnattu metalli- ja puutöitä, mutta myös kutominen ja ompeleminen kuuluivat miespotilaiden työterapian piiriin. Tähän työterapiamahdollisuuteen yleensä osallistuivat ne potilaat, jotka olivat lievemmin sairaita ja psyykkisesti parempikuntoisia. Työ oli jo mielenkiintoisempaa ja potilaat oppivat uusia asioita. Lisäksi tämä toi vaihtelua päivittäisiin arkirutiineihin ja he pääsivät vierailemaan osaston ulkopuolella. (Kinnunen 1964, 117.)

Ulkotöissä työskentelevät potilaat oli jaettu useisiin erilaisiin ryhmiin potilaiden kunnosta riippuen. Potilaat oli määrätty ryhmiin psyykkisen kunnan, työmotivaation ja luotettavuuden mukaan. Ulkotyöryhmässä oli usein noin 6 - 8 jäsentä. Alin ulkotyöryhmä oli vaunuryhmä, jonka tehtäviin kuului muuan muassa roskientienti, hiilien ja halkojen kuljetus ja lumityöt. Tässä työryhmässä oli yleensä paljon katatonialta sairastavia potilaita, jotka olivat tylsistyneet tai estyneet oma-aloitteeseen työhön. Tämä ryhmä vaati paljon pitkäjänteistä ohjausta, koska potilaat eivät välttämättä itse kyenneet tekemään työtä itsenäisesti. Oli tärkeää, että potilaiden aloitekykyä saatiin kasvatettua ja he saivat raikasta ilmaa, koska he muuten viettivät erittäin paljon aikaa osastolla. (Kinnunen 1964, 118.)

Seuraavat ryhmät olivat niin kutsutusti vaativampia, koska niissä työskentelevät potilaat olivat parempikuntoisia. Näiden työryhmien tehtäviin kuuluivat raivaus ja maasiirtotyöt, sekä nurmikoiden ja puistojen siistiminen. Kaikkein parhaimmassa kunnossa olevat ja luotettavimmat potilaat työskentelivät pelloilla ja puutarhoissa. Syksyisin nämä potilaat osallistuivat myös sadonkorjuuseen. (Kinnunen 1964, 118-119.) Potilaat, jotka suorittivat työt ammatillisen valvonnan alaisina, eivät olleet enää hoitajien valvonnan alaisina, vaan he työskentelivät esimerkiksi räätälin, puusepän tai maalarin alaisuudessa. Potilaat olivat näiden henkilöiden valvonnan alaisina. He ohjasivat ja opettivat potilasta. Selvää oli, että potilas joka pääsi tällaiseen työtehtävään, oli huomattavasti edennyt jo omassa hoidossaan. Tällaisesta potilaasta annettiin paljon tarkemmat tiedot työpisteeseen, jotta hänet voitiin sinne ottaa ja potilas olisi kykenevä tekemään sellaista työtä. Tiedot muuan muassa sisälsivät tietoa potilaasta ja sairaudesta, jota hän sairasti. Lisäksi saatiin tietoa siitä, miten potilasta tuli kohdella ja ohjata. (Kinnunen 1964, 120.)

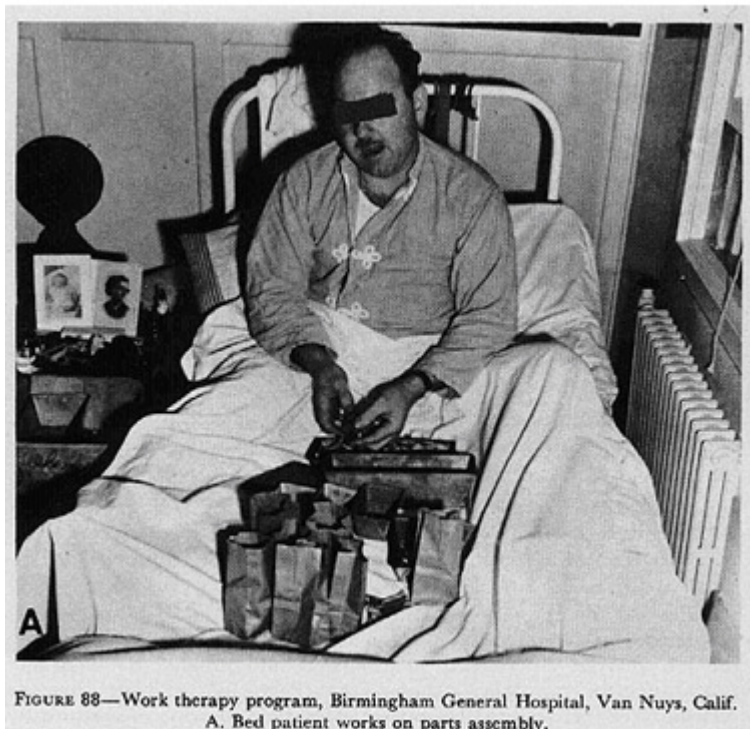
Työterapian muodon korkein aste oli potilaan itsenäinen työskentely. Potilaalle annettiin töitä ja tehtäviä, joita potilaan tuli suorittaa itsenäisesti ilman välitöntä valvontaa. Tarkoitus oli, että kun heille oli osoitettu luottamusta kyettä työskentelemään itsenäisesti, heidän itseluottamuksensa ja vastuuntuntonsa nousi. Tähän ryhmään kuuluvat työtehtävät olivat jotkin kansliatyöt, hevostmiehen työt ja talonmiehen tehtävät. (Kinnunen 1964, 120.)

Työterapian tarkoitus oli kuntouttaa potilasta. Työterapia ei saanut koskaan olla sellaista, että se olisi tukenut potilaan sairastaman sairauden oireita. Potilaan aloittaessa työterapiaa oli huomioitava, että potilas ei välttämättä kykene suoriutumaan hänelle annetusta tehtävästä. Tällöin potilas täytyy opettaa ja ohjata, jotta hän innostuisi tekemään hänelle määrättyä työtehtävää. Mikäli potilas kieltäytyy tekemästä työtä, on otettava selvää mistä tällainen mahdollinen käytös voisi johtua. Potilaan mielestä työ voi olla liian raskasta ja vaativaa, mutta se voi myös olla päinvastoin, eli potilas kokee työnsä liian helpoksi ja mitättömäksi. (Kinnunen 1964, 120 – 121.) On huomattu, että potilaiden työskentelymotivaatio kasvaa, kun he saavat siitä jonkinlaisen palkkion, kuten tupakkaa tai esimerkiksi ylimääräiset kahvit. (Kinnunen 1964, 122.)

Sairaanhoitajan tehtäväkenttä työterapiassa oli erittäin laaja. Työterapian tullessa käytäntöön myös hoitajien toimenkuvat muuttuivat. Voisi jopa sanoa, että entisen vartijan tilalle tuli hoitaja, jolta vaadittiin ammattitaitoa, älykkyyttä ja oikeanlaista suhtautumista mielisairauksista kärsiviin potilaisiin. Hoitajien tehtäviin kuului potilaiden ohjaus, opetus ja tarkkaileminen, kun potilaat olivat päivittäisissä työterapiapisteissään. Tämä asetti hoitajille tiettyjä vaatimuksia, jotta he pystyisivät toimimaan tarpeeksi ammatillisesti työterapiassa. (Kinnunen 1964, 122.) Verrattaessa nykypäivän sairaanhoitajan kompetensseihin sairaanhoitajan vaatimukseen kuului eettinen toiminta potilaita kohtaan. Hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus ja yhteistyö potilaiden kanssa kuuluivat sairaanhoitajan kompetensseihin, kun työterapiaa käytettiin hoitomuotona. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.)

Suomessa käytetään työterapiaa vielä tänäkin päivänä joissain maamme psykiatrisissa sairaaloissa. Työterapia on selvästi vähentynyt, johtuen mielenterveystyön siirtymisestä nykyaikana entistä enemmän avohoidon piiriin ja työterapia on saanut uudenlaisia muotoja. Varsinaisissa psykiatrisissa sairaaloissa esimerkiksi Niuvanniemen sairaalassa, jossa hoitajaksot voivat olla potilailla erittäin pitkiä, työterapiaa toteutetaan edelleen. (Ulkotyöryhmän hoitofilosofia Niuvanniemen sairaalassa). Toisaalta myös on nähtävissä, että kaikkia työterapiaan liittyviä työtehtäviä ei enää kutsuta työterapiaksi, vaan se voi esimerkiksi liittyä osaston rutiineihin. Tällaisia voivat esimerkiksi olla ruuanlaitto, siivoaminen ja erilaiset taloudelliset arkipäivän työt. On ollut mielenkiintoista huomata, kuinka tällä hoitomuodolla on pystytty tyhjentämään potilaista täyteen ahdetut osastot ja kuntouttamaan potilaita. Potilaat ovat siinä kunnossa, että esimerkiksi terveen unen saanti on saanut aikaan sen, että potilaita ei tarvitse eristää niin paljon kuin ennen työterapian mahdollisuutta.

[Kirjoita teksti]



Työterapia

history.amedd.army.mil/.../default.htm

LÄHTEET:

Achte, K, Alanen, Y, Tienari, P. 1982 Psykiatria meille kaikille. Juva: WSOY

Kinnunen, L. 1964. Mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY

Lepola, T. 1976. Harjamäen sairaala 1926 – 1976. Porvoo: OY Kuopion Kansallinen Kirjapaino

Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammatti-
korkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskei-
set opinnot ja vähimmäispistemäärät.

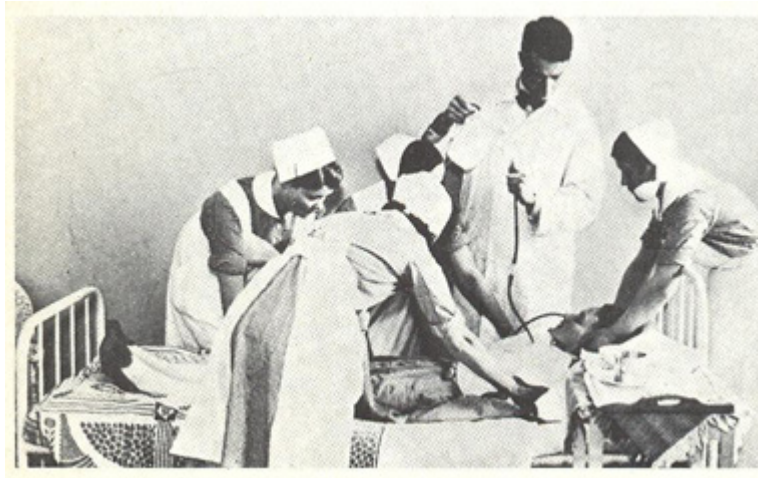
Ulkotyöryhmän hoitofilosofia Niuvanniemen sairaalassa

www.history.amedd.army.mil/.../default.htm

Insuliinishokkihoito

”Vaikka insuliinishokkihoito luokitellaan kuuluvaksi psykiatrian mustaan menneisyyteen, sen tehokkuutta joidenkin skitsofrenia muotojen hoidossa on vaikeaa kiistää” (Elomaa & Taipale 1993, 12).

Insuliinishokkihoito oli yksi shokkihoitoihin kuuluva hoitomuoto, jota käytettiin ensimmäisen kerran 1920-luvulla mielenterveystyössä. Tämän hoitomuodon varhainen kehittäjä oli itävaltalainen lääkäri nimeltään Manfred Sakel. 1920-luvulla Sakel huomasi työskennellessään morfiinivieroituspotilaiden kanssa, että insuliinilla voitiin ehkäistä vieroituksen tuomaa oksentelua ja ripulia positiivisella tavalla. Insuliinihormonin oli löydetty vuonna 1922. Tuohon aikaan jo tiedettiin, että insuliinia oli käytetty aikaisemminkin erilaisten sairauksien hoidossa. Mielisairaaloissa insuliinia oli käytetty ruokahalun lisäämiseen ja yleistilan nostamiseen aliravitsemuksen ja anoreksia nervosan hoidossa. Psykkisen tilan paraneminen potilaalla oli lähinnä sattuman aiheuttama positiivinen vaikutus. (Rinkel & Himwich 1958, 20.) Työskennellessään vieroituspotilaiden kanssa Sakel huomasi, että koomasta herättyään vieroituspotilaat olivat päässeet morfiiniriippuvuudesta. Kaiken lisäksi potilaiden ”ailahteleva ja levoton käyttäytyminen” oli vähentynyt. Potilaiden kanssa oli helpompi keskustella ja he olivat sosiaalisempia. Sakelille heräsi ajatus insuliinishokin positiivisesta hoitovasteesta vakavien mielisairauksien hoidossa ja potilaiden psykkisen voinnin parantaminen suurilla insuliiniannoksilla. (Shorter 2005, 245; Kaila 1964, 157; Karlson 1977, 75.) Harjamäen sairaalassa insuliinishokkihoitoa alettiin käyttää vuonna 1937 ja sitä käytettiin aina vuoteen 1964 asti. (Achte, Suominen & Tamminen 1983, 146).



”Insuliinishokkihoitoa annetaan ensimmäinen kerran Lapinlahden sairaalassa”(Achte 1974, 176).

Insuliinishokkihoito oli fysikaalinen hoitomuoto. Insuliinishokkihoidon perustarkoituksena oli aiheuttaa potilaalle hypoglykemia, jossa elimistön insuliinitasoa nostettiin epäfysiologisen korkeaksi niin paljon, että potilas vaipui insuliinikoomaan. Kun insuliinin määrä elimistössä on riittävä, potilas nukahtaa ja vaipui insuliiniorrokseen, ja lopulta unen kautta insuliinikoomaan. Kun potilas oli ollut koomassa puolesta tunnista kahteen tuntiin, hänelle annettiin sokeria, että elimistö palautuisi hypoglykemisestä tilasta ja potilas heräisi. Jollei potilaalle annettu sokeria, potilas kuoli. Insuliinishokkihoito toteutettiin yleensä osastoilla, jotka olivat erityisesti rakennettu insuliinishokkihoidon toteutukseen. (Kinnunen 1964, 156 - 157 & Karlsson 1977, 75.) Insuliinishokkihoidon toteuttamistekniikka oli kriittinen ja suoraviivainen. Potilaan saattaminen hypoglykemiseen tilaan toteutettiin antamalla potilaalle injektiona eli pistämällä insuliinia, jotta hänen verensokeritasonsa laski. Insuliinihormonin vaikutuksesta lihaksisto alkoi poistaa glukoosia verenkierrosta.

[Kirjoita teksti]

Glukoositason laskettua liian alhaiseksi elimistö joutui hypoglykemiseen eli matalan verensokerin tilaan. (Shorter 2005, 245.)

Insuliinishokkihoidon toteutukseen kuului kolme eri vaihetta. Ensimmäinen oli hakuvaihe. Hakuvaiheen aikana potilaalle annettiin aamuisin insuliiniannos, joka vaihteli potilaskohtaisesti. Potilaalle etsittiin oikea insuliinimäärä, joka johti koomatilaan. Annoskoko vaihteli 15 - 450 yksikköön insuliinia. Alkuannos oli 12 - 16 yksikköä ja lisäysannokset 8 - 12 yksikköä päivittäin. Ensimmäisen vaiheen kesto saattoi olla jopa viikkoja. Hakuvaihetta pystyttiin tiivistämään kaksinkertaistamalla insuliiniannoksen määrä. Insuliinin vaikutukset potilaan käyttäytymisessä voidaan huomata alkuvaiheessa väsymyksenä ja ruokahalun nousuna. Insuliiniannosta nostettaessa potilaalla alkoi esiintyä motorista levottomuutta, hikoilua ja äänekkästä käytöstä. Nämä menivät ohi, kun insuliinin vaikutus tehostui, joka johti lopulta potilaan tajuttomuuteen. (Kinnunen 1964, 160 & 163 - 164.)

Hoidon toista vaihetta kutsuttiin nimellä koomavaihe. Koomavaiheeseen on aina ollut vaikea määrittellä tiettyä rajaa, milloin se alkoi. Sen vuoksi hypoglykeminen tila oli jaettu kahteen eri osaan, soporiin ja varsinaiseen koomaan. Sopori tarkoittaa sitä, että potilas ei pystynyt enää vastaamaan suullisesti hänelle esitettyihin kysymyksiin, vaan hän reagoi niihin vain ilmein ja elkein. Koomassa potilas ei enää reagoinut näihin kysymyksiin millään tavalla. Aamulla annetun insuliiniannoksen johdettua koomaan, potilas pidettiin koomassa yleensä noin puoli tuntia, jonka jälkeen potilas herätettiin antamalla potilaalle rypälesokeria nesteenä nenämahaletkulla. Potilas saatettiin koomaan 5 - 6 päivänä viikossa, kunnes psykoottiset oireet olivat hävinneet. Jos potilaan oireet eivät olleet hävinneet 30 - 40 insuliinikooman jälkeen, hoito keskeytettiin. Potilaan herättyä, hoitajan oli välittömästi luotava häneen kontakti, koska yleensä tässä vaiheessa potilaalla oli "selvempi hetki", vaikka hänet oli vasta herätetty koomasta. (Kinnunen 1964, 164, 165.)

Kolmas ja viimeinen vaihe oli polarisaatiovaihe. Polarisaatiovaihe oli hoidon lopetusvaihe. Potilaalle annettiin insuliinia joka aamu pienenevien annoksien. Tätä vaihetta ei aina toteutettu hoidon lopuksi. (Kinnunen 1964, 160 - 161; Elomaa & Taipale, 1996, 13.)

Insuliinishokkihoidon vaarallisuuden vuoksi potilas oli koko hoidon ajan erityisen tarkkailun alla. Insuliinishokkihoitoon liittyi erittäin paljon komplikaatioita ja hoitoa ei saanut antaa potilaalle, jos hän kärsi sydänviasta, korkeasta verenpaineesta tai sokeritaudista. Koko hoidon toteuttamisen ajan oli säännöllisesti seurattava potilaan ruumiinlämpöä, verenpainetta, hengitystä ja pulssia. Lisäksi oli tärkeää huomioida potilaan ulkoisia piirteitä, kuten potilaan ihon väriä, hikoilua, unen-syvyyttä ja lihaskouristuksia. (Kinnunen 1964, 160 - 161.)

Insuliinishokkihoitoa käytettiin vieroitushoidoissa, masennustilojen hoidossa ja skitsofrenian hoidossa. Skitsofrenian hoidossa insuliinishokkihoitoa käytettiin erityisesti hebefreenisen skitsofrenian ja joskus paranoidisen skitsofrenian hoidossa (Kaila 1964, 133.) Potilaan herättyä insuliinikoomasta hänen mielisairautensa mukana ilmenevät oireet olivat hävinneet tai lievittyneet. (Shorter 2005, 246.)



Kuvateksti. Insuliinihoitoa Kellokosken sairaalassa 1950-luvulla.

”Insuliinishokkihoitoa Kellokosken sairaalassa 1950-luvulla.” (Elomaa & Taipale 1996, 14).

Insuliinishokkihoidolla pyrittiin parantamaan mielenterveyspotilaita. Insuliinishokkihoidolla saatiin myös lievitettyä potilaan oireita. Tämä tarkoitti sitä, että potilaan kanssa keskusteleminen oli huomattavasti helpompaa insuliinishokkihoidon antamisen jälkeen. Hoidolla tavallaan pohjustettiin hyvät lähtökohdat potilaan ja sairaanhoitajan välisen vuorovaikutuksen luomiselle. Insuliinishokkihoitoon päädyttäessä hoidon valintaan vaikutti yleensä potilaan sairaushistorian pituus, taudinkuva ja potilaalla ilmenevät oireet. Akuutimmat tapaukset olivat etusijalla, koska hoitovaste oli näissä tapauksissa parempi kuin pitkään sairastaneiden kohdalla. Pitkään sairastaneiden potilaiden kohdalla insuliinishokkihoidon tavoite oli yleensä sairauden ilmenemismuotojen lievittäminen. (Kinnunen 1964, 160, 173.) Vuonna 1934 Manfred Sakelin julkaiseman raportin mukaan insuliinishokkihoidolla oli viidenkymmenen skitsofreniapotilaan hoidossa saatu hätkähdyttäviä tuloksia. Potilaista 70 prosenttia parani ja 18 prosenttia kuntoutui yhteiskuntakelpoisiksi. (Shorter 2005, 246.)

Kun katsotaan insuliinishokkihoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta, sairaanhoitajan tehtäviin kuului lääkärin avustaminen hoitotoimenpiteessä, tarkkaileminen ja kirjaaminen. (Lindström 1988, 123). Sairaanhoitajille insuliinishokkihoito oli erittäin työläs ja paljon vaivaa vaativa hoitomuoto, koska sen toteutus oli erittäin tekninen. Sen käyttäminen vaati paljon perehtymistä hoitomuodon toteutukseen. (Lepola 1976, 46.) Toisaalta voidaan myös huomioda se, että insuliinishokkihoitoa käytettäessä näkyi myös hoidon tulos, koska hoitovaste oli tässä hoitomuodossa yllättävän hyvä. (Kinnunen 1964, 173). Insuliinishokkihoitoa katsottaessa sairaanhoitajan näkökulmasta, nykypäivän sairaanhoitajan kompetensseista kuuluu kliininen hoitotyö, ohjaus ja opettaminen ja potilaan eettinen kohteleminen. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24).

Suomessa insuliinishokkihoitoa käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1936 Kellokosken sairaalassa, ja vuonna 1947 sitä käytettiin jo 18:sta mielisairaalassa Suomessa. (Elomaa & Taipale 1996, 14). Harjamäen sairaalassa insuliinishokkihoitoa alettiin käyttää loppuvuodesta 1937 skitsofrenian hoitoon ja viimeisen kerran sitä toteutettiin vuonna 1964. (Lepola 1976, 46, 52). Insuliinishokkihoidon käyttäminen mielenterveytyössä hävisi kuitenkin hiljalleen tultaessa kohti 1950-lukua, jolloin neuroleptit eli antipsykoottiset lääkkeet alkoivat tulla markkinoille. (Elomaa & Taipale, 1996, 15).

[Kirjoita teksti]

Oliko insuliinishokkihoidolla parantavia, edistäviä tai kuntouttavia vaikutuksia hoidettaessa mielenlinterveyspotilaita? Mielenterveystyön sen hetkisen kehitykseen verrattuna kyllä oli. Insuliinishokkihoidon ansiosta potilaiden kotiuttamiset kaksinkertaistuivat ja hoidon jälkeen potilaalla oli yleensä ”parempi ja tasaisempi kausi”. Tosin insuliinishokkihoito vaati lääkäreiltä ja hoitajilta potilaan erityisseurantaa ja ammattitaitoa, koska hoitomuodon kuolleisuusprosentti oli lähes yksi. (Shorter 2005, 250). Insuliinishokkihoidon synkstä maineesta huolimatta, sen vaikutuksia joidenkin mielisairauksien hoidossa, on vaikea kiistää.



Potilas palautetaan tajuihin insuliinikoomasta 1940-luvun lopussa tai 1950-luvun alussa. ”Miehelle jonka nenässä on kumiletku, on annettu glukoosiliuosta. Väkevää glukoosiliuosta kaadetaan suoraan vatsalaukkuun, jotta estetään kooman kehittyminen kuolettavaksi.” (Shorter 2005, 247).

LÄHTEET:

Achte, K. 1974. Satakolmekymmentä vuotta psykiatriaa: Keuruu: Otava.

Achte, K., Suominen, J & Tamminen, T. 1983 Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa. Helsinki: Suomen psykiatri yhdistys r.y.

Elomaa, E. & Taipala, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto

Kaila, M. 1964. Psykiatria. Helsinki: Multor

[Kirjoita teksti]

Karlson, K. W. 1977. Käytännön psykiatria. Porvoo: WSOY.

Kinnunen, L. 1964 Mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Lepola, T. 1976. Harjamäen sairaala 1926 - 1976. Porvoo: OY Kuopion Kansallinen Kirjapaino

Lindström, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Helsinki: Karisto Oy

Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammatti-
korkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskei-
set opinnot ja vähimmäispistemäärät.

Rinkel, M & Himwich, H. Insulin treatment in psychiatry 1958. New York: Philosophical Library

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

Sähköshokkihoito

Mielisairauksien oireiden parantamiseen ja lievittämiseen etsittiin kuumeisesti ratkaisua koko 1930-luvun ajan. Jälleen kerran otettiin askel lähemmäs mielisairauksien parantamista, kun italialaiset Ugo Cerletti ja Lucio Binin kehittivät sähköshokkihoidon vuonna 1938. Sähköä oli hyödynnetty mielenterveystyössä jo aikaisemminkin, mutta Cerletti oli kehittänyt uuden menetelmän, jossa sähkö annettiin potilaan aivoihin kouristuksen tuottamiseksi. Sähköshokkihoitoa ei ole kuitenkaan koskaan voitu pitää parantavana hoitomuoto, vaan oireita helpottavana hoitomuotona. Suomessa sähköshokkihoidon aika alkoi vuonna 1941, jolloin saatiin ensimmäiset sähköshokkikoneet. (Kinnunen 1964, 174.) Sähköshokkihoitoa annettiin eniten Harjamäen sairaalassa 1940- ja 1950-luvuilla. (Achte ym. 1983, 146).

Sähköshokkihoito (nykyisin nimellä sähköhoito) oli fysikaalinen hoitomuoto. Sähköshokkihoidon tarkoituksena oli aiheuttaa potilaalle aivoissa tajuttomuustila ja kouristuskohtaus, joka auttaa potilaan mielisairaudesta tuomiin oireisiin. Sähköä eli tässä tapauksessa käytettävää vaihtovirtaa johdettiin säännöstellty määrä 0,1 - 1,0 sekunnin ajan potilaan aivoihin. Virta johdettiin koneen kautta puihoja pitkin elektrodeille, jotka olivat asetettu potilaan ohimoiden seuduille. Kone antoi noin 80–150 voltin iskun, riippuen siitä paljonko lääkäri oli määrännyt sähköä annettavaksi. (Kinnunen 1964, 174.)

Sähköshokkihoitoa on käytetty kaksisuuntaisen mielialahäiriön, vaikean masennuksen, synnytyksen jälkeisen masennuksen ja skitsofrenian hoitoon. Sähköä käytettiin myös epilepsian hoitoon ja joissakin tapauksissa sillä saatiin myönteisiä hoitotuloksia. (Kinnunen 1964, 178 & Achte, Alanen & Tienari 1982, 191.) Lothar Kalinowsky luonnehti sähköshokkihoitoa parhaaksi fysikaaliseksi hoitomuodoksi. Se oli muita fysikaalisia hoitoja nopeampi, tehokkaampi ja kaiken lisäksi se ei ollut potilaiden joukossa epäsuosiossa. (Shorter 2005, 262.) Sähköshokkihoidon toteuttamisen helppouden vuoksi, sitä voitiin antaa sekä levottomille että kroonistuneille potilaille. (Kinnunen 1964, 177).

Sähköshokkihoidon hoitovaste oli vaihteleva. Sillä saatiin erittäin hyviä tuloksia akuutissa vaiheessa oleville potilaille yllättävän nopeasti. Potilaan selvimmät oireet saattoivat lievitä ja hävitä jo muutaman sähköshokkihoidon jälkeen. Potilas saattoi myös pysyä täysin oireettomana. Mielisairaudesta oireet kuitenkin saattoivat tulla takaisin kun hoito oli lopetettu, mikä kertoo siitä, että sähköshokkihoito ei ollut parantava hoitomuoto. Kroonisten potilaiden kohdalla sähköshokkihoidon hoitovaste ei ollut niin hyvä ja tulokset olivat hyvinkin vaihtelevia. Sähköshokkihoitoa käytettiin yleensä hoitoresistenssien potilaiden hoidossa, koska lääkähoidolla ei ole saatu tarpeeksi hyvää hoitovastetta. (Kinnunen 1964, 178.)

Sähköshokkihoidon toteutusta potilaalle piti suunnitella tarkasti. Ennen kaikkea potilaan kanssa piti keskustella asiasta, jotta hän suostuisi siihen vapaaehtoisesti ja hänellä olisi luottamus kyseistä hoitoa kohtaan. Tärkeää olisi, että potilas kokisi saavansa tulevasta hoidostaan mahdollista hyötyä. Sähköshokkihoito saattoi herättää potilaassa paljon pelon tunteita, jotka voivat johtua hoitomuodon synkästä maineesta. Itse hoitotoimenpiteeseen liittyy myös paljon muita valmisteluja. Hoitotoimenpide piti toteuttaa erillisessä paikassa, koska ei ollut suotavaa, että toiset potilaat näkivät hoidon. (Kinnunen 1964, 176.)

Sähköhoitoa edeltävänä iltana potilaalle ei annettu unilääkettä. Aamulla potilas ei saanut syödä mitään ennen hoitoon lähtemistä. Potilas meni makaamaan sängylle valmiiksi, jotta hoito voitiin toteuttaa. Ennen kuin potilaalle annettiin sähköshokkihoitoa, hänelle laitettiin kuminen pehmyt kapula suuhun. Kuminen kapula laitettiin potilaalle suuhun sen vuoksi, ettei hän kouristuksen aikana purisi kieltään ja vahingoittaisi hampaitaan. Potilaan ohimot pestiin eetterillä ja tämän jälkeen kasteltiin keittosuolaliuoksella, jotta sähkön johtuminen olisi ollut mahdollisimman tehokasta. Elektrodit kiinnitettiin ohimoille, kun ne oli kostutettu. Lääkäri valitsi oikean volttimäärän ja ai-

[Kirjoita teksti]

kamäärän miten sähkö annettiin. Jos sähköä annettiin oikea määrä, seurasi kouristuskohtaus välittömästi sähköntamamisen jälkeen. (Kinnunen 1964, 176.)

Sähköshokkihoitoa potilaalle ensi kertaa annettaessa oli kiinnitettävä huomiota sähkömäärään eli volttimäärään. Sähkömäärä oli potilaskohtainen, eikä sitä voitu etukäteen määritellä. Virtamäärää alettiin korottaa hitaasti ja sitä voitiin nostaa jopa viisi kertaa peräkkäin. Jos potilas ei saanut kouristuskohtausta, oli virtamäärä liian pieni ja määrää täytyi nostaa. Kouristuskohtaus voisi myös tulla 15- 30 sekunnin päästä sähköntamamisesta, joka kertoi siitä, että sähkömäärä oli edelleen liian vähäinen. Jos potilaalle ei ole löydetty oikeaa virtamäärää viidennen korotuksen jälkeen hoito keskeytettiin, jolloin hoitoa yritettiin uudestaan muutaman päivän päästä. Oikean virtamäärän löytymisen myötä annettiin potilaalle sähköä kaksi kertaa viikossa 2 - 3 viikon ajan. Potilaan vointia tarkkailtiin koko hoidon ajan. Miten annettu hoito vaikutti potilaan vointiin ja sairauden aiheuttamiin oireisiin. (Kinnunen 1964, 176.) 1950- luvulle tultaessa sähköshokkihoitoa alettiin toteuttaa anestesiassa ja potilaalle myös annettiin lihasta relaksoivaa eli lihasjännitystä laukaisevaa lääkettä. Tämä teki hoidosta inhimillisemmän ja hoito ei ollut potilaalle enää niin raskas. (Kraatari & Vähä 1975, 121 – 122.)



Sähköshokkihoitoa
(Shorter 2005, 255).

Sähköshokkihoidon komplikaatiot tulivat suurelta osin ilmi hoidon antamisen jälkeen, jolloin potilas oli juuri saanut hoitoa. Hoidon jälkeen potilas käännettiin kylkiasentoon, jotta hän pystyisi hengittämään paremmin, koska kouristuksen aikana potilas ei hengittänyt juuri lainkaan. Hoidon jälkeinen väsymys, huonovointisuus ja muistinmenetykset olivat normaaleja hoitomuotoon liittyviä sivuvaikutuksia, jotka hävisivät tietyn ajan kuluessa hoidon antamisesta. Tosin jotkut potilaat mieltävät muistin menetyksen hyvänäkin, koska näin he eivät muistaneet mitä oli tapahtunut hoidon aikana. Tässä oli myös yksi syy siihen, miksi potilaat eivät pelänneet hoitoa niin paljon. Sähköshokkihoitoa ei voitu antaa, jos potilaalla oli korkea verenpaine tai sydänvika, koska hoitoon liittyi silloin liian suuri riski. (Kinnunen 1964, 176 – 178.) Sähköshokkihoidon haittapuolena oli myös ennen anestesian ja lihasrelaksantin keksimistä potilaan kova kouristelu sängyllä. Hoitajien piti yleensä pitää tai jopa istua potilaan päällä, jotta potilas ei olisi tippunut alas sängyltä. Tämän kovan kouristelun ongelmana oli taas se, että se aiheutti potilaalle luunmurtumia. (Shorter 2005, 261.)

Sairaanhoitajan tehtäväkenttä sähköshokkihoitoa toteutettaessa on ollut kliininen. Sairaanhoitajan tehtävä on antaa lääkkeitä, valmistella hoitotoimenpide ja kirjata potilaan vointiin liittyviä asioita. Potilaan somaattista vointia on tarkkailtu, esimerkiksi verenpaineen seuranta, sydämen toiminta ja pulssin seuranta on ollut aiheellista. Nämä ovat kuuluneet koko hoitotoimenpiteen aikana seurattaviin asioihin. Potilaan somaattisen voinnin seuraamisen lisäksi potilaan kanssa on keskusteltu ennen ja jälkeen hoitotoimenpiteen, minkälaisia ajatuksia hoito on herättänyt potilaassa. Potilaan kanssa on keskusteltu, jos psyykinen vointi on antanut siihen mahdollisuuden. (Kinnunen 1964, 178.) Sairaanhoitajan toimenkuvaan on myös kuulunut potilaan pitäminen paikallaan hoidon ajan, jos potilaan kouristuskohtaus on ollut erittäin raju. (Shorter 2005, 261).

Sähköshokkihoito oli yksi oman aikansa käytetyimpiä hoitomuotoja. Sen hyödyllisyydestä ja tehokkuudesta kertoo se, että sitä käytetään vielä tätäkin päivän masennuksen, skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon mielenterveystyössä. Yleisesti shokkihoidolla oli erittäin suuri merkitys mielenterveystyössä 1930-luvun lopussa. Se alkoi viimeinkin erottaa psykiatrian neurologiasta. Luis Casamajor kertoi sähköshokkihoidosta näin: ” Voidaan kysyä, onko sokkihoitosta mitään hyötyä potilaille, mutta ei ole epäilystäkään siitä, etteikö siitä olisi ollut valtavaa hyötyä psykiatreille”. (Shorter 2005, 262.)

Sähköshokkihoito on ollut erittäin tehokas hoitomuoto hoidettaessa mielenterveysongelmissa esiintyviä oireita. Sitä onkin käytetty ja kokeiltu erittäin moneen mielisairauteen. Sähköshokkihoito toteutus varsinkin sen kehittämisen alkuvaiheessa on kuulostaa erittäin epäinhimilliseltä. Sen vuoksi, koska hoitoa on toteutettu ilman anestesiaa, puudutusta tai lihasrelaksanttia. Tältä ajalta ovat peräisin varmasti ne ”kauhujutut”, jotka ovat antaneet sähköshokkihoidolle yhtä huonon maineen kuin lobotomialla on tänäkin päivänä. Potilaitten saamat vammat ovat olleet melko merkittäviä verrattuna siihen, että sähköshokkihoito ei kuitenkaan ollut täysin varma hoitokeino. Luunmurtumat sivuvaikutuksena kuulostavat erittäin radikaaleilta haittavaikutuksilta. Tämä on ollut yksi syy, miksi tällä hoitomuodolla on niin synkkä historia.

Sähköshokkihoito on yksi niistä harvoista historiallisista hoitomuodoista, jota käytetään vielä nykyäänkin mielenterveystyössä. Nykyään tätä hoitomuotoa kutsutaan nimellä sähköhoito. Sähköhoitoa käytetään lääkeresistenssin vaikean masennuksen hoitoon, johon voi liittyä jännitystila eli stupor, itsemurhan tai murhan riski. Sähköhoitoa käytetään myös akuutin manian, skitsofrenian ja katatonian eli jäykkyytilan hoidossa. Sähköhoitoa on myös kokeiltu joskus anoreksia nervosan ja delirium- eli sekavuustilan hoitoon. Neurologisten sairauksien kohdalla sähköhoitoa on kokeiltu esimerkiksi Parkinsonin taudin hoitoon. (Kaplan & Sadock 1995 2134 – 2135.)

Nykypäivänä jotkut lääkärit pitävät sähköhoitoa parhaimpana hoitomuotona tiettyjen mielisairauksien hoidossa. Sähköhoito herättää vielä tänäkin päivänä erittäin paljon voimakkaita tunteita, koska sähköhoitoa on kuvattu monissa elokuvissa hyvin epäinhimillisenä ja raakana hoitona. Siitä on annettu myös kuva eräänlaisena rangaistuksena potilaille, jotka eivät ole käyttäytyneet kunnolla. Monet ihmiset luulevat, että sähköhoitoa ei enää edes käytetä hoitomuotona. (Achte, Alanen & Tienari 1982, 191.)

LÄHTEET:

Achte, K., Suominen, J & Tamminen, T. 1983 Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa. Helsinki: Suomen psykiatri yhdistys r.y.

Kaplan, H & Sadock, B. 1995. Comprehensive textbook of psychiatry/ VI Sixth Edition Volume 2. Baltimore, Maryland, USA: Williams & Wilkins

Kinnunen, L. 1964 Mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kraatari, V & Vähä, E. 1975. Oulun keskusmielisairaala 1925 - 1975. Oulu: Osakeyhtiö Kaleva

[Kirjoita teksti]

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

Malariahoito

Melkein koko 1900-luku oli etsitty parannuskeinoa maanis-depressiivisyyden ja skitsofrenian aiheuttamiin kroonisiin psykooseihin. Tätä etsintää on myös hidastanut ja varjostanut käsitys, että mielisairauksia ei ole voitu parantaa. Vuonna 1917 tämä pitkä etsintä tuotti viimeinkin tulosta, kun itävaltalainen psykiatri Julius Wagner- Jauregg löysi parannuskeidon neurosyfiliksen eli aivokupin aiheuttaman aivotulehduksen hoitoon. Hoitomuodon nimi oli malariahoito eli malarialla aiheutettu kuumehoito. (Kinnunen 1964, 151 & Shorter 2005, 225.) Wagner- Jauregg kiinnostui kuumeen hulluutta parantavasta voimasta. Hän kuuli, että eräs naispotilas, joka kärsi streptokokin aiheuttamasta erysipelaksesta eli ruususta, oli parantunut psykoosista. (Shorter 2005, 226.) Wagner- Jaureggille heräsi ajatus siitä, että hän istuttaisi malariakuumeen neurosyfilistä sairastaviin potilaisiin. Malarian etuna oli, että sitä pystyttiin pitämään kontrollissa kiniinillä. Tästä sai alkunsa malarianhoidon käyttäminen mielenterveystyössä. (Shorter 2005, 227.) Malariahoitoa alettiin käyttää Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 1923 Lapinlahden sairaalassa. Harjamen sairaalassa sen käyttäminen mielenterveystyössä alkoi 1940 - luvun loppupuolella. (Lepola 1976, 50.)

Malariahoito oli kuumehoito, jonka tarkoituksena oli sairastuttaa potilaaseen malarian aiheuttama kuume ruiskuttamalla malariaa sairastavasta potilaasta otettua verta mielenterveyspotilaaseen. Kun kuumenousuja oli ollut tarpeeksi, potilaan mielisairausten oireiden pitäisi alkaa lievitä. Malarianhoidon keksimistä pidettiin mullistavana edistysaskeleena uusien hoitomuotojen kokeilemiselle ja tätä kautta yrityksille parantaa mielisairauksia. (Kinnunen 1964, 151, 153.)

Malariahoitoa toteutettiin käytännössä siten, että malariaa sairastavasta potilaasta otettiin kuumevaiheen aikana laskimoverta. Verta otettiin 5 - 6 ml, joka sisälsi malariaplasmodeja. Tämän jälkeen veri annettiin injektiona hoidettavalle potilaalle lihakseen, joko lapaluiden väliin tai olkavarteeseen. Tavallisesti itämisaika oli 1 - 2 viikkoa, mutta oli mahdollista, että sairastuminen malariaan kesti kauemminkin. Potilaalta mitattiin kuume kaksi kertaa päivässä, aamuisin ja iltaisin. Kun potilaalla alkoivat vilunväristykset, hänen seurantaansa tiivistettiin. Potilaan lämpöä ja pulssia seurattiin vähintään kerran tunnissa, kun potilaan kuumenousut alkoivat. Malariaan liittyvät säännölliset kuumenousut tulivat joka toinen päivä, jos tauti eteni tavalliseen tapaan. Kuumeen laskiessa potilaalta seurataan lämpöä kolmen tunnin välein. Potilaalle annettava ruoka tuli olla kevyttä ja ravitsevaa, eikä potilaan tarvinnut syödä säännöllisesti. Potilaan nesteytyksen tuli olla runsasta, koska kuumeen aikana ihmisen nesteytyksen tarve kolminkertaistui. (Kinnunen 1964, 153.)

Hoidon aikana piti huomioida, että kuumenousut voisivat olla potilaan elimistölle raskaita, joten potilaan vointia oli mahdollista stimuloida kamferilla tai kofeiinilla. Sen sijaan kuumenousujen aikana kuumeen nousua ei saanut estää millään tavalla. Potilaalle tulevien kuumenousujen määrän määräsi lääkäri potilaan fyysisen kunnon mukaan. Yleisin kuumenousujen määrä on kahdeksan, jonka jälkeen alettiin antaa potilaalle kiniiniä. Kiniinin tarkoituksena oli tappaa malariaplasmodit eli parantaa potilas malariasta. Potilaalla saattoi olla kuumeoireilua vielä kiniinin aloittamisen jälkeenkin, mutta kuumeilu kuului sairaudenkuvaan. Kiniiniä ja rautalääkettä annettiin kolme kertaa päivässä viiden viikon ajan. Malariahoidosta saatava hyöty oli huomattavissa yleensä jo kuumevaiheen aikana, mutta se saattoi myös ilmetä viikkoja hoidon toteuttamisen jälkeen. Sairausten kestosta riippuen, neurosyfilis saattoi parantua kokonaan tai sitten uusiutua jonkin ajan kuluttua, mikäli potilas oli sairastanut neurosyfilistä pitkään. (Kinnunen 1964, 154 – 155.)

Malariahoitoa käytettiin pääsääntöisesti keskushermostoon vaikuttavan neurosyfiliksen eli aivokupin myöhäisvaiheen hoitoon. Oli tärkeää, että potilas olisi saanut hoidon mahdollisimman pian sairastumisesta, jotta hoidolla olisi ollut mahdollisimman hyvä vaste. Malariahoitoa käytettiin myös joidenkin skitsofreniamuotojen hoidossa. Malariahoitoa kokeiltiin useisiin mielisairauksiin, mutta siitä ei tullut sellaista yleishoitomuotoa, joka olisi tepsinyt kaikkiin mielisairauksiin. (Kinnunen 1964, 152 & Shorter 2005, 228.)

[Kirjoita teksti]

Malariahoidon käyttämiseen mielenterveystyössä on useita eri syitä. Ennen malariahoidon kehittämistä mielenterveystyössä vallinneen käsityksen mukaan mielisairaudet olivat parantumattomia. Kun huomattiin, että malariahoidolla pystyttiin pysäyttämään neurosyfiliksestä johtuva psykoosi, kumosi tämä hoitomuoto näin ollen myytin mielisairauden parantumattomuudesta. Julius Wagner-Jauregg sai malariahoidon kehittämisestä Nobelin palkinnon vuonna 1927. (Shorter 2005, 228.) Vaikka malariahoidon kehittämisellä oli suuri vaikutus mielenterveystyössä, ei se hoitona ongelmatonkaan ollut. Malariahoidon ongelmakohta oli muuan muassa se, että se oli potilaalle erittäin raskas hoitomuoto hoidon aiheuttamien kuumenousujen vuoksi. Hoito piti myös aloittaa mahdollisimman varhain tautiin sairastumisesta, että hoito onnistuisi parhaiten. Myöhään aloitettu hoito ei enää auttanut täydellisesti poistamaan kaikkia oireita. (Kinnunen 1964, 155.) Ongelmana oli myös hoidon vaikea toteutus. Jotta malaria voitiin istuttaa potilaaseen, piti löytää saman veriryhmän potilaita. Oikeatyyppisen malarian löytäminen tuotti lisäksi ongelmia ja kaiken huipuksi hoito oli erittäin kallista. (Shorter 2005, 227.)

Lähestyttäessä malariahoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta on tärkeää huomioida kaikki erilaiset hoitotoimenpiteet, mitkä hoitajan toimenkuvaan ovat kuuluneet. Potilaan kuumeen ja pulssin mittaaminen ja muiden elintoimintojen seuraaminen kuuluivat sairaanhoitajan tehtäviin. Sairaanhoitajan täytyi myös kirjata tiedot potilaspapereihin potilaan voinnista ja hoidon etenemisestä. Hoitajalle kuuluu myös potilaan somaattisesta voinnista huolehtiminen, johon kuului muun muassa ruokailut nesteytys ja lääkkeiden antaminen. Sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu lisäksi lääkärin avustaminen hoitotoimenpiteen aikana. (Lindström 1988, 123.)

Vanhoihin tehtäväkenttiin verrattuna sairaanhoitajalla oli kolme tehtäväkenttää, joita hän toteutti työskennellessään malariahoitopotilaan kanssa. Sairaanhoitaja avustaa potilasta ruokailuissa, siisteydessä ja pukeutumisessa. Sairaanhoitaja toimii lääkärin avustajana hoitotoimenpiteen aikana. Sairaanhoitaja on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, joka tarkoittaa keskusteluja ja läsnäoloa potilaan lähellä. (Lindström 1988, 123.) Verrattaessa nykypäivän kompetensseja vanhempiin tehtäväkenttiin voidaan huomata, että nykypäivänä ne ovat muuttuneet jonkin verran nimiltään, sisällöltään ja niitä on tarkennettu. Sairaanhoitaja tekee yhteistyötä potilaan kanssa, kliinistä osaamista ja lääkärin avustamista korostetaan. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu lisäksi lääkehoidon toteutus. Sairaanhoitaja täytyy myös toimia eettisesti. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.)

Julius Wagner-Jaureggenin kehittämä ensimmäisenä kuumeparannushoitona tunnettu malariahoito oli yksi mielenterveystyön virstanpylväitä sen oireita lievittävän hoitovasteen vuoksi. Malariahoito ei välttämättä parantanut potilasta kokonaan, vaan palautti toimintakykyä dementian uhkaamille potilaille. (Shorter 2005, 227.) Tämä mursi myytin siitä, ettei mielisairaudet voitaisiin parantaa. Wagner-Jaureggin malariahoitoa kokeiltiin muihinkin mielisairauksiin. Malariahoidosta ei kuitenkaan tullut niin sanottua "ihmelääkettä", jota siitä ehkä oli odotettu. Malariahoito väistyi lopulta kokonaan mielenterveystyöstä, kun penisilliini hiljalleen korvasi malariahoidon neurosyfiliksen hoidossa, kun se keksittiin 1940-luvulla. Pitää vielä muistaa, että malariahoito ei ollut ainoa kuumehoito. Kuumehoitoa voitiin myös toteuttaa potilaalle monella muullakin eri tavalla. Malariahoito aloitti kehityksen siihen, että mielisairauksista kärsiviä potilaita voitiin hoitaa kuumeparannuksen avulla. (Shorter 2005, 228.)

Malariahoito hoitomuotona saattoi aluksi kuulostaa omituiselta, mutta myös nerokkaalta. Käytetäänhän siinä yhtä sairautta toisen sairauden parantamiseksi. Jälkeenpäin, kun pohtii malariahoitoa enemmän siihen perehtyneenä, pitää kuitenkin huomioida hoidon pitkä kesto. Malariahoito on myös ollut fyysisesti raskas hoitomuoto potilaalle, koska kuumeennousut ovat fyysisesti elimistölle raskaita. Lopulta kuitenkin penisilliini syrjäytti malariahoidon neurosyfiliksen hoidossa, ei ole kovinkaan suuri ihme. Onhan se huomattavasti nopeampi, potilasystävällisempi ja varmempi hoitokeino neurosyfiliksen hoidossa. Toisaalta en halua epäillä malariahoidon tehokkuutta ja sen toteuttamistarkoitusta. Tuohon aikaan ei vielä ollut muuta mahdollisuutta hoitaa neurosyfilistä, kuin tällä hoitomuodolla. Oli tartuttava siihen mitä oli sillä hetkellä tarjolla.

[Kirjoita teksti]



"Julius von Wager-Jauregg (oik.), wieniläinen psykiatrian professori, katselee kun malariapotilaan käsivarresta otettua verta ruiskutetaan neurosyfilistä sairastavan potilaan käsivarteen. Tämä vuonna 1917 kehitetty ns. malariakuumehoito oli psykiatrian ensimmäinen tehokas fysikaalinen terapia." Kuva vuodelta 1934. (Shorter 2005, 226).

LÄHTEET:

Kinnunen, L. 1964 *Mielisairaanhoido*. Porvoo: WSOY.

Lepola, T. 1976. *Harjamäen sairaala 1926 - 1976*. Porvoo: OY Kuopion Kansallinen Kirjapaino

Lindström, U. 1988. *Psykiatrisen hoito-opin perusteet*. Helsinki: Karisto Oy

Opetusministeriö. 2006. *Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammatti-
korkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskei-
set opinnot ja vähimmäispistemäärät.*

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

[Kirjoita teksti]

Lobotomia

Ajatus aivojen leikkaamisesta sairauden parantamiseksi ei vaikuta sinänsä mahdottomalta (Shorter 2005, 263).

Lobotomia oli 40 - 50-lukujen lupaavin psykiatrinen hoitomuoto, joka myös Suomessa otettiin inostuneesti vastaan (Elomaa & Taipale 1996, 5).

Mielisairauksista kärsivien potilaiden hoito epäinhimillisissä oloissa teljettyinä ylikuormitettuihin mielisairaaloihin oli erittäin yleistä 1700-luvulta lähtien. 1900-luvulle tultaessa kehittyi paljon uusia hoitomuotoja, jotka helpottivat potilaiden kuntoutumista. Toisaalta suurimmalle osalle potilaita ei ollut löytynyt mitään sairautta helpottavaa hoitoa. Tähän toivottomuuteen ja pessimismiin saatiin viimein vastaus, kun lobotomia eli aivoleikkaus keksittiin. Tällä keksinnöllä tuntui olevan viimeinkin näkyvää hyötyä mielenterveyspotilaiden hoidossa. (Elomaa & Taipale 1996, 5.)

Monien kokemusten pohjalta oli huomattu, että jos ihmisen otsalohkojen ja syvemmällä sijaitsevan tunnekeskuksen, thalamuksen väliset hermoradat katkaistiin, oli sillä vaikutus ihmisen tunteisiin. Hermoratojen katkaisulla puolestaan pystyttiin vaikuttamaan ihmisen älylliseen ja ajatusperäiseen toimintaan. Tämä taas johtaa siihen, että ihmisen käyttäytyminen muuttui. Tämä hoitomuoto on nimeltään lobotomia. (Kinnunen, 1964 179 – 180.) Lobotomiaa sanottiin levottomien, tuskaisten ja vaikeahoitoisten potilaiden hoitomuodoksi. (Kraatari & Vähä 1975, 127). Ensimmäisen lobotomialeikkauksen teki portugalilainen neurologi nimeltään Egas Moniz vuonna 1935. Hän huomasi sattumalta poistaessaan potilaalta päästä kasvainta, että potilaan ahdistuneisuus ja tuskaisuus katosivat. (Kaila 1964, 72.) Suomessa lobotomiaa hoitomuotona käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1949 Kellokosken mielisairaalassa. (Elomaa & Taipale 1996, 8).

Egas Moniz:n mukaan lobotomia perustui siihen, että otsalohkojen niin kutsutussa valkeassa aineessa oli psykoosia sairastavilla potilailla poikkeavuuksia verrattuna muihin ihmisiin, jotka eivät olleet sairastuneet psykoosiin. Tämä poikkeavuus esti pelon, vihan ja masennuksen kaltaisten tunteiden normaalin vaihtelun. Jokin näistä tuntemuksista jäi vallitsemaan vaurion vuoksi, jota sitten hoidettiin lobotomian avulla. Ensimmäisissä lobotomialeikkauksissa käytettiin alkoholia, jota ruiskutettiin otsalohkojen motoristen kuorikerrosten eteen kummallekin puolen päätä porattujen reikien kautta. Tämän jälkeen hoitotoimenpiteeseen otettiin mukaan erityisesti tähän leikkaukseen kehitetty instrumentti, jonka nimi oli leukotomi. Tämän kanyylimaisen instrumentin rungosta työntyi ulos metallisilmukka, joka laitettiin sitten leikkausalueelle. Valkeasta aineesta irrotettiin kuusi kudospalasta instrumenttia pyöryttämällä. Lopuksi vielä leikkauksen tehoa voimistettiin alkoholiruiskeella, jos oli tarpeellista. (Elomaa & Taipale 1996, 5.) Egas Monizin käyttämä lobotomiamuoto oli prefrontaalinen leukotomia. (Shorter 2005, 267). Lobotomiaa käytettiin muuan muassa skitsofrenian ja neuroosien hoidossa. (Kaila 1967, 105).

Lobotomia oli fysikaalinen hoitomuoto, jota toteutettiin pääasiassa kahdella erilaisella hoitotavalla. Lobotomian kehittäjä Egas Moniz suositteli käyttämään prefrontaalista leukotomiaa. Yhdysvaltalainen neurologi Walter Freeman oli puolestaan transorbitaalisen lobotomian kannattaja. Hän alkoi käyttää tätä hoitomuotoa vuonna 1946. Transorbitaalinen lobotomia erosi prefrontaalisesta leukotomiasta sillä tavalla, että toimenpiteessä mentiin potilaan aivoihin silmäkuoppien kautta. Walter Freeman suositteli muuan muassa tätä sen vuoksi, että itse toimenpide kesti 3 - 5 minuuttia. (Shorter 2005, 267.)



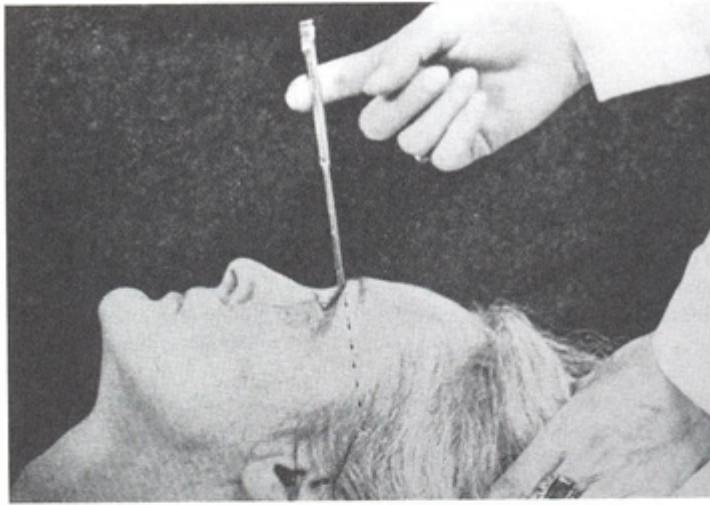
Walter Freeman toteuttamassa transorbitaalista lobotomiaa vuonna 1949(Shorter 2005, 263).

Hoitotoimenpiteen toteuttaminen potilaalle vaati paljon järjestelmällistä valmistelua. Potilaan kallo kuvattiin röntgenissä. Potilaan kanssa keskusteltiin ennen leikkausta, mikäli potilaan psyykinen vointi mahdollisesti keskustelun. Leikkausta edeltävä päivänä potilaalle annettiin ulostuslääkettä aamulla ja peräruiske illalla. Hiukset leikattiin. Potilaalle tehtiin myös virtsan tutkimukset. Leikkauspäivänä potilas ei saanut syödä mitään ennen leikkausta. Potilas käytettiin suihkussa ja hänen päänsä puhdistettiin. Oli tärkeää, että potilas pysyi rauhallisena, koska leikkaus tehtiin paikallispuudutuksena. (Kinnunen 1964, 181.)

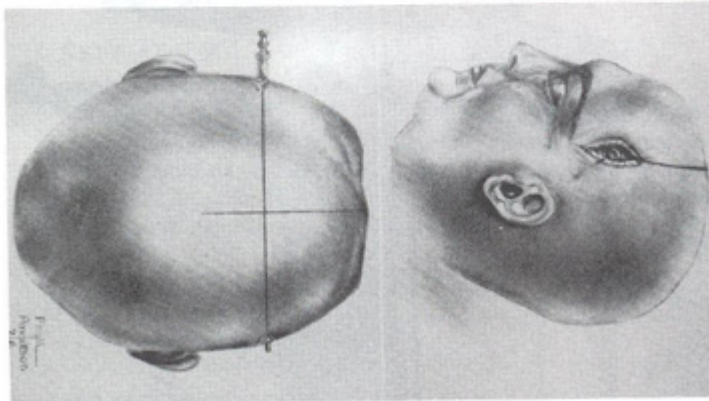
Leikkauksen jälkeisenä päivänä otettiin röntgenkuvat potilaan kallosta. Potilas on vuodelevossa ja hänelle toteutettiin asentohoitoa keuhkokuumeen ehkäisemiseksi. Nesteytys on tarpeen. Seuraavana päivänä piti varmistaa ja toteuttaa nesteytystä. Jos nesteytys ei onnistu suun kautta, voitiin antaa laskimoon keittosuolaliuosta. 1 - 2 vuorokautta leikkauksesta potilaan verenpainetta ja pulssia täytyi mitata joka tunti ja lämmön mittausta tehtiin joka toinen tunti. Verenpaineen laskiessa alle 100 mmHg piti kutsua lääkäri paikalle. 3 - 4 vuorokautta leikkauksesta potilaan verenpainetta ja pulssia piti mitata joka toinen tunti ja lämpö joka neljäs tunti. Potilaan eritystä ja virtsaamista seurataan. Haavojen ompeleet poistetaan 6-8 vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Viiden päivän kuluttua potilas voi istua, jos leikkauksen jälkeen ei ole esiintynyt mitään komplikaatioita. Penisilliiniä voitiin antaa profylaktisesti eli ennaltaehkäisevästi, vaikka kuume ei olisikaan noussut. (Kinnunen 1964, 181.)

Hoitotoimenpiteenä lobotomia oli erittäin kliininen, joten siihen liittyi myös paljon komplikaatioita, jotka saattoivat vaikeuttaa potilaan kuntoutumista. Jotkut näistä komplikaatioista saattoivat olla jopa hengenvaarallisia, kuten keuhkokuume, aivoverenvuoto ja aivokalvontulehdus. Nämä olivat myös yleisimmät hoidon jälkeiseen potilaan kuolemaan johtaneet syyt. Penisilliinin keksimisen jälkeen vaikeimmistakin komplikaatioista selviäminen oli todennäköisempää ja potilaan kuntoutuminen hoidosta helpompaa. Leikkaushaavan infektoituminen oli myös mahdollista, jos toimenpidettä ei tehty tarpeeksi puhtaissa olosuhteissa. Muita pienempiä komplikaatioita olivat lämmön nousu tai hoitotoimenpiteen jälkeen tapahtuva normaali kuumeilu. Komplikaatioita olivat myös epileptiset kohtaukset, joita hoidettiin antiepileptisillä lääkkeillä. Saattoi myös esiintyä epäsiisteyttä, joka johtui potilaan rakon ja suolen hallitsemattomasta käytöstä. Kipu ja arkuus olivat myös yleisiä komplikaatioita, joita esiintyi erityisesti potilaan kasvoilla hoitotoimenpiteen jälkeen. (Kinnunen 1963, 183.)

[Kirjoita teksti]



*Transorbitaalinen (silmäkuopan ylälaidasta tehtävä) lobotomia
(Lähde: Freeman W & Watts J: Psychosurgery, 2nd ed, Charles C
Thong, Springfield IL 1950)*



Lobotomiaviillon paikka ja sondin (koettimen) asettaminen.

(Elomaa&Taipale 1996, 89).

Lobotomian tekemiseen vaikuttavia päätöksiä oli useita. Hoitomuodon valinta ja perusteet olivat usein potilaan pitkällinen hoitoresistenssi sairaus tai luonnollisen paranemisen mahdollisuutta ei enää yksinkertaisesti ollut. Näitä potilaita oli yritetty toistuvasti hoitaa esimerkiksi insuliinishokkihoidolla tai sähköshokkihoidolla. Yleisin syy lobotomian tekemiseen oli, että potilaan levotonta ja väkivaltaista käyttäytymistä pitkästä sairastamisesta huolimatta saataisiin vähennettyä. On erittäin tärkeää huomioida, että lobotomiaa ei tehty potilaalle diagnoosin perusteella, vaan taudinkuvan ja sen kehittymisen perusteella. (Kinnunen 1964, 184 – 185.) Hyviä hoitotuloksia saatiin erityyppisten skitsofrenioiden hoidossa, pakkoneuroosien, pelkotilojen ja vaikean masennuksen hoidossa. Lobotomiaa käytettiin pakkoneuroosien hoidossa erityisesti, jos neuroosi aiheutti lääkkeiden väärinkäyttöä tai työkyvyttömyyttä. Lobotomiaa käytettiin lisäksi vakavissa kiputiloissa, jos ei ollut mitään muuta mahdollisuutta hoitaa kipua. (Kaila 1964, 72.) Kaiken lisäksi oli muistettava, että lobotomia ei koskaan parantanut potilasta. Sillä saatiin potilaan oireita vähennettyä. Esimerkiksi skitsofreniapotilaalla harhat eivät poistuneet, mutta potilas ei enää reagoanut omiin harhoihinsa samalla tavalla kuin ennen hoitotoimenpidettä. Lobotomian käyttö perusteltiin aiheelliseksi, koska muutakaan hoitomuotoa ei ollut. Lääkehoidon tullessa mukaan mielenterveystyöhön tämä psykokirurginen hoitomuoto hävisi kokonaan mielenterveystyöstä. (Kinnunen 1964, 185.)

[Kirjoita teksti]

Lobotomian vaikutukset olivat peruuttamattomat. Potilaan tilassa saattoi tapahtua erittäin paljon psyykkisiä muutoksia. Toimenpiteen onnistuessa lobotomian avulla, saatiin hävitettyä mielisairauden mukanaan tuomat vaikeat käytöshäiriöt. Potilaan aggressiivisuus, tuhoamishalu, levottomuus ja äänekkäs käyttäytyminen saattoivat hävitä kokonaan. Potilaan käytöksen toivotut piirteet olivat rauhallisuus ja potilaan parantunut käytös verrattuna ennen leikkausta olleeseen käytöseen. Tämä oli lobotomian perustarkoitus. Lobotomian haittapuolia oli myös erittäin paljon, näitä olivat potilaan toiminta- ja aloitekyvyn laskeminen, tunne-elämän latistuminen ja yleinen välinpitämättömyys kaikkiin arkipäivän toimintoihin. (Kinnunen 1964, 184.) Lobotomian aiheuttaman lopullisen vaikutuksen vuoksi lääkärin tuli aina keskustella hoitotoimenpiteestä potilaan kanssa ennen hoitotoimenpiteen tekemistä. (Kraatari & Vähä 1975, 127).

Lobotomialla oli erittäin suuri vaikutus potilaan tilaan. Potilaan psyykessä näitä kaikkia muutoksia ei välttämättä kuitenkaan tapahtunut. Voitiin siis sanoa, että potilas oli terve, vaikka sairauden jo aiheuttaman potilaan henkisen ja emotionaalisen tilan laskulle ei voitu enää tehdä mitään. (Kinnunen 1964, 184.) Lobotomia saattoi myös aiheuttaa Korsakovin syndroomaa eli aivovauriota, jos toimenpide epäonnistui. (Kaila 1964, 72).

Katsottaessa lobotomiaa sairaanhoitajan näkökulmasta, voidaan huomioida, että sairaanhoitajan tehtäväkenttä on ollut erittäin kliininen. Verenpaineen- ja kuumeen mittauksen lisäksi sairaanhoitajan työtehtäviin on kuulunut erittäin paljon potilaan elämisen toimintojen seuranta. Missä kunnossa potilas on? Miten hän voi? Sairaanhoitajalle lobotomia toimenpiteenä on ollut erittäin toimenpidekeskeinen, jos hän on antanut lääkkeitä, avustanut lääkäriä ja tukenut potilasta. Hoitotoimenpiteen jälkeen sairaanhoitajan tehtäviin on kuulunut potilaan fyysisen, henkisen ja emotionaalisen tilan seuranta ja tukeminen. Potilaan kuntouduttua hoitotoimenpiteestä sairaanhoitajalla on ollut erittäin iso rooli kuntouttaessa potilasta. Sosiaalinen vuorovaikutus, kuten keskustelut, sekä potilaan henkisen ja emotionaalisen tilan tukeminen ovat olleet potilaan kuntoutuksen kannalta tärkeitä asioita. (Lindström 1988, 123.) Katsottaessa lobotomiaa sairaanhoitajan nykypäivän kompetensseista ovat niihin kuuluneet kliininen osaaminen, lääkehoito, potilaan eettinen kohteleminen ja ohjaaminen ja opettaminen. (Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24).

Lobotomialeikkauksen perusteena saattoi olla useita erilaisia syitä. Valinta ja peruste lobotomian toteuttamiseen olivat yleensä potilaan kärsimä hoitoresistenssi sairaus. Lobotomia ei tehty diagnoosin perusteella, vaan taudinkuvan ja sen etenemisen perusteella. Alun perin lobotomia ei ollutkaan kovin suosittu hoitomuoto mielenterveytyössä, koska potilaiden suuri kuolleisuusprosentti varjosti hoitomuotoa. Lobotomia ei koskaan myöskään ole voitu selittää eettisesti. Walter Freeman, joka kiersi ympäri Yhdysvaltoja tekemässä lobotomioita, teki elämänsä aikana noin 26 000 lobotomiaa. Näistä nuorin leikattu potilas oli vasta 4 vuotta vanha. Kun ajatellaan, kuinka suuret muutokset lobotomia aiheutti potilaan tulevassa elämässä, on vaikeaa kuvitella lobotomiasta saatavia hyötyjä. Varsinkin, kun ajatellaan, kuinka lähellä oli esimerkiksi ensimmäisten anti-psykoottisten lääkkeiden tuleminen markkinoille 1950-luvulla. Toisaalta voidaan myös pohtia sitä, että tuohon aikaan mielisairaaloissa työskennelleet ihmiset olivat odottaneet jotain "mullistavaa hoitomuotoa" jo pitkään. Kun muualta ei saatu vastausta, ratkaisu oli lobotomia.

"1930 – luvun fysikaalisten hoitojen aaltoon sisältyi yksi psykokirurginen epäonnistunut esimerkki, lobotomia eli yhden aivolohkon erään osan tuhoaminen." (Shorter 2005, 264).

LÄHTEET:

Elomaa, E. & Taipala, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto

Kaila, M. 1967. Mielitaudit. Porvoo: WSOY

[Kirjoita teksti]

Kaila, M. 1964. Psykiatria. Helsinki: Multor

Kinnunen, L. 1964 Mielisairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kraatari, V & Vähä, E. 1975. Oulun keskusmielisairaala 1925 - 1975. Oulu: Osakeyhtiö Kaleva

Lindström, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Helsinki: Karisto Oy

Opetusministeriö. 2006. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammatti-
korkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskei-
set opinnot ja vähimmäispistemäärät.

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

[Kirjoita teksti]