

ERISTYKSESTÄ AVOHOITOOON

Kirjallisuuskatsaus suomalaisen mielenterveyshoitotyön menetelmien historiasta

Elisa Manninen
Hanna Ritanen

Opinnäytetyö
Helmikuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) MANNINEN, Elisa RITANEN, Hanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 13.2.2012
	Sivumäärä 59	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi ERISTYKSESTÄ AVOHOITON Suomalaisen mielenterveyshoitotyön menetelmien historiaa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KUHANEN, Carita., RAITIO, Katja		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö perehtyy suomalaisen mielenterveyshoitotyön menetelmien historiaan aina 1600-luvusta 1900-luvun loppupuolelle saakka. Työn tarkoituksena oli koota tietopaketti oleellisimmista ja konkreettisimmista Suomessa käytössä olleista mielenterveyshoitotyön menetelmistä ja toimenpiteistä sekä tuoda esille niiden kehitystä. Opinnäytetyö käsittää myös sairaanhoitajan roolin kehitystä ja muuttumista aikojen saatossa. Tavoitteena oli kehittää ja syventää omaa ammatillista osaamista ja teoreettista tietoa mielenterveyshoitotyöstä sekä tarjota tähän mahdollisuus alan opiskelijoille ja työssä toimiville sairaanhoitajille.</p> <p>Työ on ajankohtainen, sillä miellämme historian opiskelun tärkeänä osana aiheen kokonaisvaltaista hahmottamista ja ymmärtämistä. Historian opiskelu on tärkeää myös tulevaisuuden näkökulmasta; Tampereen yliopiston (2000) eräissä julkaisuissa todetaankin, että historiaa opiskellaan nimenomaan tulevaisuuden vuoksi, sillä historiaan syventymien auttaa ymmärtämään ja jäsentämään nyky maailmaa.</p> <p>Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja siinä pyrittiin ottamaan huomioon kaikki saatavilla olevat julkaisut, tutkimukset ja materiaalit. Tiedonhaussa huomioon otetut materiaalit olivat tarkoin valittuja ja lopullisessa opinnäytetyössä käytetyt julkaisut rajattu aihepiiriä täsmällisesti koskettaviin tietokantoihin. Käytössä ollut materiaalia tarkasteltiin kriittisesti ja johdonmukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voitane havaita, miten radikaalisti yleinen käsitys, asenne ja tietämys mielenterveyspotilaita ja –hoitotyötä kohtaan on muuttunut vuosien saatossa. Tieteen ja psykiatrian kehittyminen sekä yleisen maailmankuvan muuttuminen on avannut mahdollisuuden myös mielenterveyshoitotyön kehittymiselle ja inhimillistymiselle. Epäinhimillinen ja -tieteellisiin uskomuksiin pohjautuva hoidonmuoto on muovautunut nykypäiväiseksi yksilön näkökulmasta toteutuvaksi ja tutkittuun faktaan ja tieteeseen pohjautuvaksi mielenterveyshoitotyöksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Mielenterveyshoitotyö, menetelmät, historia, sairaanhoitaja, kehitys, psykiatria, kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot		



Author(s)	Type of publication	Date
MANNINEN, Elisa	Bachelor's / Master's Thesis	13.2.2012
RITANEN, Hanna	Pages	Language
	59	Finnish
	Confidential	Permission for web publication (X)
Title		
From isolation to non-institutional care - History of finnish mental health nursing		
Degree Programme		
Nursing		
Tutor(s)		
KUHANEN, Carita., RAITO, Katja.		
Assigned by		
Abstract		
<p>This thesis takes a look into the history of methods in finnish mental health nursing from 1600's all the way to the end of 1900's. The intention was to compile information about the most essential and concrete methods used in Finland throughout history and review the progress in that field. The thesis also discusses the development of nurse's role through times. The goal was to develop and deepen our professional knowledge and theoretical skills in mental health nursing and also provide a chance for other students and nurses in the field.</p> <p>We perceive the study of history as an important part when understanding and viewing the subject as a whole. It is also important from the future perspective; Tampere University states in one of their publications (2000) that by studying history in depth helps us understand and parse the modern world.</p> <p>Thesis was realized as a literature review. We endeavoured to take into account every work, release and material available. The information retrieval was systematic and all the material observed during the process were delicately chosen. The material used in the final work was cropped into databases that fit the topic strictly.</p> <p>Examining the literature review one can discover how radically the overall conception, attitude and knowledge towards the mental health patients and -nursing have changed during the years. The evolution of science and psychiatrics but also a change in the worldview provided a possibility for mental health nursing also to develop. Inhuman treatment based on scientific myths has morphed into a modern individual-point-of-view nursing powered by examined facts and pure science.</p>		
Keywords		
Mental health nursing, methods, history, nurse, development, psychiatry, literature review		
Miscellaneous		

Sisältö

1	JOHDANTO.....	4
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1	Mielenterveyshoitotyö osana mielenterveystyötä	6
2.2	Mielenterveyshoitotyön menetelmät	7
2.3	Kirjallisuuskatsaus.....	8
2.4	Aineiston keruu.....	8
3	OPINNÄYTTEEN TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	9
4	OPINNÄYTTEEN TULOKSET	10
4.1	SEILIN HOSPITAALI	10
4.2	MIELENTERVEYSHOITOTYÖN MENETELMIEN KEHITYS	12
4.2.1	Pakkokeinot ja eristys.....	12
4.2.2	Kierre –ja ammehoidot	15
4.2.3	Malaria- ja muut kuumehoidot	17
4.2.4	Lobotomia	19
4.2.5	Shokkihoidot.....	22
4.2.6	Aversio- eli inhotushoito	28
4.2.7	Lääkehoito	31
4.2.8	Lääkityksen myötä avohoitoon	32

5	MIELISAIRAANHOITAJASTA PSYKIATRISEKSI SAIRAANHOITAJAKSI.....	34
5.1	Psykiatrinen hoitotyö kehitty 35	35
5.2	Muuttuvia käsityksiä hoidon etiikasta.....	36
6	POHDINTA	37
6.1	Opinnäytetyöprosessin eteneminen	37
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	38
6.3	Johtopäätökset	39
	LÄHTEET.....	42
	LIITTEET	48
	Liite 1. Lähdemateriaalitulukko.....	48

1 JOHDANTO

On luultavaa, että tulevien vuosikymmenien ihmiset arvostelevat meitä samoin kuin meillä on taipumus arvostella menneitä sukupolvia. Tämä on hyvä muistaa ajattellessamme psykiatrian historiaa, joka opettaa meille paljon. Psykiatrian tärkeimpiä näkökulmia on ihmisen kunnioittaminen. Achte (1974, 251.)

Miten sairaanhoitajan rooli on kehittynyt äidinkorvikkeesta sairaanhoitajaksi? Millaisia tunteita sähkösokkihoito herätti potilaassa? Entä mikä oli perusteluna potilaan täydelliseen eristämiseen? Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus ja siinä haemme vastauksia muun muassa edellä mainittuihin kysymyksiin ja käsittelemme suomalaisen mielenterveyshoitotyön menetelmien historiaa ja niiden kehitystä aina 1600-luvusta 1900-luvun lopulle. Opinnäytetyö on rajattu kuuteen käytetyimpään historialliseen hoitomuotoon ja opinnäytetyössä sivutaan myös lääkehoidon kehityksen vaiheita. Hoitomuotoja tarkastellaan lääketieteen ja sairaanhoitajan näkökulmasta. Tuomme työssämme esille potilaiden kokemuksia käytetyistä hoitomenetelmistä.

Aiheen valinnan takana on henkilökohtainen kiinnostus mielenterveystyötä ja sen historiaa kohtaan sekä halu koota yhteen oleellinen tieto jo olemassa olevasta materiaalista.

Sari Autio-Sarasmon (2010) tutkimuksessa todetaan:

Historiaa kannattaa tutkia yksinkertaisesti siksi, ettei nykyisyyttä voi ymmärtää ilman menneisyyttä. Menneisyys on nykyisyyden ankkuri ja suuntaviitta tulevaisuudelle. Katsomalla menneisyyteen pystymme luomaan laajan analyysin menneisyydestä ja erottamaan tekijät, jotka kulloinkin ovat historialliseen kehitykseen vaikuttaneet. Historiantutkimus auttaa näin menneisyyden avulla ymmärtämään nykyisyyttä ja arvioimaan tulevaisuutta.

Mielestämme historian opiskelu on tärkeää aiheen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen ja hahmottamisen kannalta. Tampereen yliopiston historiatieteiden sähköisessä opinto-oppaassa todetaankin, että historiaa opiskellaan tulevaisuuden vuoksi, sillä historiaan syventymien auttaa ymmärtämään ja jäsentämään nyky maailmaa. Tavoit-

teena on menneisyyttä koskevan tiedon kriittinen tarkastelu ja siihen sisältyvien merkitysten ymmärtäminen. (Tampereen yliopisto 2010.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on koota tietopaketti mielenterveyshoitotyön konkreettisten menetelmien historiasta ja tarjota aiheen oppimisen mahdollisuus kaikille sitä haluaville opiskelijoille. Tarkoituksena on selvittää kirjallisuuden pohjalta mielenterveyshoitotyön kehitystä Suomessa ja sairaanhoitajan roolin muuttumista.

Opinnäytteemme tavoitteena on kehittää ja syventää omaa ammatillista osaamista ja teoreettista tietoa mielenterveyshoitotyöstä sekä tarjota tähän mahdollisuus alan opiskelijoille ja työssä toimiville sairaanhoitajille.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mielenterveyshoitotyö osana mielenterveystyötä

Mielenterveyshoitotyö on osa mielenterveystyötä (Sairaanhoitajaliitto 2011). Käsitteenä mielenterveys tarkoittaa yksilön itsetuntoa, elinvoimaisuutta, elämänhallintaa ja henkistä vastustuskykyä. Hyvä toimintakyky ja kyky luoda ihmissuhteita mielletään myös mielenterveyden tunnusmerkeiksi. Positiivinen mielenterveys mahdollistaa täysipainoisen elämän. Mielenterveystyön lähtökohtana tuleekin olla yksilön voimavarojen kasvun mahdollistaminen. (Mielenterveystyön kokonaissuunnitelma 2008-2015 2007)

Mielenterveyshäiriöt voivat olla tilapäisiä, joista osa ovat normaaleja reaktioita elämän erilaisiin tilanteisiin. Psykiatrisesta sairaudesta tai mielenterveyshäiriöstä puhutaan silloin, kun ongelmat ovat vakavia ja pitkittyneitä ja häiriö aiheuttaa ihmisille huomattavia oireita. Tällöin ihminen tarvitsee joko tilapäistä tai pidempiaikaista mielenterveyspalvelua selviytyäkseen. (Tölli 2009)

Mielenterveyslain (Finlex 1116/90) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden ja toimintakyvyn kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyö kattaa myös väestön elinolosuhteiden kehittämisen niin, että ne ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä ja edistävät ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu mielisairauksien ja mielenhäiriöiden vuoksi annettavat mielenterveyspalvelut.

Mielenterveyshoitotyön toteuttaminen edellyttää sairaanhoitajalta taitotietoa ja ydinosaamista mielenterveystyön alueelta. Mielenterveyshoitotyössä sairaanhoitajan ydinosaamista on asiantuntijuuteen perustuva yhteistyösuhde potilaan ja hänen määrittelemiensä läheisten kanssa. Yhteistyösuhteessa potilaalla on mahdollisuus

kertoa kokemuksensa dialogissa sairaanhoitajan kanssa. Suhde edellyttää sairaanhoitajalta vuorovaikutukseen liittyvien toimintatapojen hallintaa ja kykyä käyttää persoonallisuutta työvälineenä. Keskustelu, kuuntelu ja havainnointi ovatkin mielenterveyshoitotyön keskeisimpiä auttamismenetelmiä. (Sairaanhoitajaliitto 2011.) Tölli (2009) toteaaakin että perusedellytys mielenterveyshoitotyön toteuttamiselle on sairaanhoitajan itsetuntemus ja riittävä hoitotieteellinen tietoperusta.

2.2 Mielenterveyshoitotyön menetelmät

Mielenterveyshoitotyön menetelmät voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään; hoitaviin, kuntouttaviin ja terveyttä edistäviin hoitomenetelmiin. *Hoitavat menetelmät* ovat niitä käytännön keinoja, jolla pyritään auttamaan potilasta erilaisissa elämäntilanteissa turvaamalla ja vahvistamalla potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, päivittäisistä toiminnoista selviämistä, hyvän olon tunnetta, inhimillistä kasvua ja ihmissuhteiden kehittymistä. (Hägg 2011)

Kuntouttavilla menetelmillä käsitetään ne keinot, joilla pyritään palauttamaan sairauden aiheuttama heikentynyt toimintakyky, tukemaan potilaan selviytymistä muuttuneessa elämäntilanteessa ja edistämään hänen osallistumistaan päivittäisiin toimintoihin ja sosiaaliseen elämään. (Hägg 2011)

Menetelmillä, joiden tarkoitus *edistää ja yllä-pitää terveyttä*, tarkoitetaan hoitotyön keinoja, jolla pyritään lievittämään psyykkisen pahan-olontunteen lisäksi myös fyysistä huonoloisuutta ja sosiaalista voimattomuutta. Näiden menetelmien toteuttaminen pohjautuu hyvin vahvasti moniammatilliseen yhteistyöhön. (Hägg 2011)

Menetelmien toteutus rakentuu potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön välisen yhteistyösuhteen ympärille. Jokaisen potilaan hoitosuunnitelma on yksilöllinen ja hoidon tavoitteet ja se lopettaminen suunnitellaan yhteistyössä potilaan kanssa. Terapeuttisen yhteistyösuhteen tavoitteena on käynnistää psyykkisiä kehitysprosesseja sekä tietoisesti että ammatillisesti. Päämääränä on saada pysähtynyt kehitys jatkumaan ja korjata vääristynyttä kehitystä. Potilaan omien voimavarojen käyttö hoitotyössä on ehdottoman tärkeää potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2004.)

2.3 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus toimii sekä tutkimuksen teoreettisena pohjana että itsenäisenä, kokoavana katsauksena (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 111,112). Se sisältää tutkimuksen kannalta tärkeimmät ja jo aikaisemmin olemassa olevat tiedot ja tutkimukset. Se selvittää, mitä aihealueesta on aikaisemmin tutkittu, miten aihetta on tutkittu, milloin, mistä materiaalista ja kuka on tutkinut. Kirjallisuuskatsaus kokoaa tiedon siitä, mitä asiasta jo tiedetään. (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1997, 23.)

Syitä kirjallisuuskatsauksen tekemiselle on monia: kunnianhimoinen tavoite kehittää ja arvioida olemassa olevaa teoriaa ja siten myös rakentaa uutta sellaista. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta ja pyrkiä tunnistamaan ongelmia ja haasteita. Se tarjoaa myös mahdollisuuden kuvata tietyn teorian kehitystä historiallisesta näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri osaan eri erityispiirteiden perusteella. Pääsääntöisesti kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kuvailevaan ja systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä meta-analyysiin. (Salminen 2011, 3-6.)

Kirjallisuuskatsaus voi toimia myös esimerkiksi oman tutkimuksen- tai työnteon apuvälineenä. Jotta tekijä pystyy etsimään ja perustelevaan oman näkökulmansa, on katsaus välttämätön. Kirjallisuuskatsaus voi antaa katsauksen tekijälle myös hyviä lähtökohtia ja uusia näkökulmia oman aiheensa tarkasteluun. (Tawast 2011.)

2.4 Aineiston keruu

Opinnäytteemme aiheesta on aikaisemmin tehty jonkin verran tutkimuksia, mutta niiden julkaisuajankohdat sijoittuvat reilusti 1900-luvun loppupuolelle. Aikaisempia, esimerkiksi 1800-luvun puolella tehtyjä tutkimuksia, ei tullut kohdallamme vastaan. ”Puhutuimmista” hoitomenetelmistä löytyi runsaasti kirjallisuutta ja verkkomateriaalia, mutta esimerkiksi pienemmistä toimenpiteistä, kuten kestonarkoosista ja aversiohoidosta, ei löytynyt yhtä kattavasti tietoa.

Opinnäytteemme aiheeseen sopivilla hakusanoilla haimme materiaalia internetistä Googlen, Medicin, Lindan, VESA-verkkosanaston, Nelli-portaalin ja Duodecimin tietolähteistä. Tiedonhaussa käytimme muun muassa seuraavia hakusanoja; mielisairaanhoito, mielenterveyshoitotyö, houruinhoito, psykiatria, lobotomia, malariahoito, sähköshokkihoito, insuliinishokkihoito, aversiohoito, inhotushoito, amme- ja kierrehoito, pakkokeinot, pakkohoito, psykiatriset sairaalat, psykiatriset potilaat; kokemukset, psykiatrinen hoito; kehitys, psykiatrisen hoidon historia; Suomi, psykiatrinen sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja, psyykelääkkeet, avohoito; kehitys.

Olemme pyrkineet löytämään opinnäytettä varten mahdollisimman paljon sekä kirjallista että sähköistä tietomateriaalia sekä aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Olemme hyödyntäneet opinnäytteessämme myös yhtä englanninkielistä tietolähdettä.

3 OPINNÄYTTEEN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota tietopaketti mielenterveyshoitotyön menetelmien historiasta ja tarjota aiheen oppimisen mahdollisuus kaikille sitä haluaville opiskelijoille. Tarkoituksena on selvittää kirjallisuuden pohjalta mielenterveyshoitotyön kehitystä Suomessa ja sairaanhoitajan roolin muuttumista.

Opinnäytteen tavoitteena on kehittää ja syventää omaa ammatillista osaamista ja teoreettista tietoa mielenterveyshoitotyöstä sekä tarjota tähän mahdollisuus alan opiskelijoille ja työssä toimiville sairaanhoitajille.

Opinnäytteellämme haemme vastauksia kysymyksiin:

1. Miten hoitomuodot ovat kehittyneet?
2. Miten sairaanhoitajan rooli on kehittynyt?

4 OPINNÄYTTEEN TULOKSET

4.1 SEILIN HOSPITAALI

Seilin hospitaali on ehkä yksi aikamme tunnetuimmista ja puhutuimmista suomalaisista mielisairaaloista. Sen toiminnan on mielletty kuvaavan jopa koko suomalaisen psykiatrian eri vaiheita uudella ajalla. Hospitaalin aikakirjat ja muistiot antavat karun, mutta valitettavan totuudenmukaisen käsityksen suomalaisen mielenterveyshoitotyön ja psykiatrian historiasta. Seilin toiminta on jossain vaiheessa ollut jopa niin kaottinen ja surkea, että potilaiden törkeä laiminlyönti herätti kauhistusta tarkastusviranomaisissa. (Turunen, Achté 1983, 93).

Seilin hospitaali perustettiin vuonna 1619, kun Kustaa II Aadolf määräsi mantereella sijaitsevan Pyhän Yrjön hospitaalin potilaat siirrettäväksi Nauvon Seiliin rakennuttamiinsa sairastupiin Turun saaristoon. (Neuman-Rahn 1927, 31.) Siirto Seiliin merkitsi samaa kuin elinikäinen karkotus normaalista yhteiskunnasta ja kukin potilaista veloitettiin ottamaan ruumisarkku mukaansa – paluuta takaisin ei ollut, ainakaan elävänä. (Neuman-Rahn 1927, 32.)

Siirron jälkeen potilaiden elämä kävi vieläkin surkeammaksi, kuin mitä se aikaisemmin oli ehkä ollut. 1670-luvulla tuvat kuvataan niin ränsistyneiksi, ”että sairaat hädintuskin voivat niissä tulla toimeen pakkasilla ja rajuilmoilla”. Pari vuosikymmentä myöhemmin kirjoihin on merkitty ”nelihuoneinen, kolmella munalukolla varustettu hulluinhuone” ja 1697 hankittiin ”kaksilahkeiset jalkaraudat, muutamia kaksilukkoisia käsirautoja sekä viiloja, joita käytettiin vankeja irti päästäessä”. (Neuman-Rahn 1927, 32.)

Neuman-Rahn (1927, 32) mukaan lääkäri kävi laitoksessa vain kerran 1600-luvulla. Tämä lääkäri oli silloisen lääketieteen professori Elias Tilladz (Achte 1974, 14). Hän

suoritti spitaalisilla toimenpiteitä, suoneniskuja, varmistaakseen, voisiko heistä jonkun kuitenkin mahdollisesti päästää pois saarelta (Turunen ym. 1983, 95).

Isovihan jälkeen sairaala oli kurjemmassa kunnossa kuin koskaan. Hoitohenkilökunta, mukaan lukien sekä johtaja että pappi olivat paenneet Isovihaa Ruotsiin ja jättäneet potilaat oman onnensa nojaan. (Neuman-Rahn 1927, 32.) Suomen erottua Ruotsista laitosta kävi katsomassa eräs hallituksen jäsenistä ja hän kuvaili vaikutelmaa muun muassa seuraavanlaisesti: ”kopit ovat 3½ kyynärää pitkät, 3 kyynärää leveät, hoidokit puolialastomia, miehet ja naiset yhdessä, ei mitään ilmanvaihtoa, ei olkia, pelkkä lattia.” (Neuman-Rahn 1927, 33.)

Vuonna 1755 kirjoitetussa kuninkaallisessa kirjeessä määrättiin, että Seilin hospitaaliin oli vastedes sijoitettava ensisijaisesti vain mielisairaita (Turunen ym. 1983, 96). Potilaat asuivat pienissä 2 kertaa 2 metrin yhden hengen huoneissa ja laitos oli surkeasti hoidettu. Monen potilaan asema oli säädyttömän huono ja lääketieteen tohtori Fr. W. Radloff kuvailee Seilin toimintaa sanoin ”Potilaiden valvojat näyttävät melkein unohtaneen, että nämä ovat samaa ihmiskuntaa kuin hekin, puhumattakaan siitä, että kohtelisivat näitä sillä hellällä myötätunnolla, jota näiden tila edellyttää -”. Potilashuoneita ei siivottu tai tuuletettu ja keskellä kesääkin ikkunat pidettiin lukittuina, minkä vuoksi haju oli kaamea. Suurin osa potilaista oli miltei alasti ja muutamilla oli päällään vain joitakin ryysyjä. Seilin hospitaalin asukkaiden kohtelu oli huonompaa, kuin yleisten vankiloiden vankien. (Turunen ym. 1983, 96.) Sairaala sai oman lääkärin vasta vuonna 1899; lääketieteen lis. Arthur Dahlin. Hän kävi sairaalassa kerran viikossa. (Turunen ym. 1983, 99.)

Seilin hospitaalin viimeiset vuodet olivat suhteellisen rauhallisia ja sairaalan lopettamisesta alettiin keskustella uudelleen vuonna 1952. Lääketieteen lis. Leena Sibelius, joka toimi tällöin lääkehallituksen mielisairaanhoidon osaston lääkintäneuvoksena, piti mielisairaaloitten eristämistä vanhanaikaisena. Vuoden 1960 jälkeen Seiliin ei enää sijoitettu uusia potilaita ja 1962 viimeisetkin potilaat siirrettiin omien kotikuntiansa

läheisyydessä sijaitseviin mielisairaaloihin ja muihin hoitopaikkoihin. (Turunen ym. 1983, 99.)

4.2 MIELENTERVEYSHOITOTYÖN MENETELMIEN KEHITYS

4.2.1 Pakkokeinot ja eristys

Eristämisellä on pitkä ja maineikas, joskaan ei kovin kunniakas perinne mielenterveyshoitojen historiassa. Ensimmäiset Suomessa toteutetut pakkokeinot ja eristykset on raportoitu Seilin hospitaalista. (Elomaa, Taipale 1996, 81, 82.) Salovaaran, Immosen ja Tyybäkinen (1997, 8) mukaan Suomessa eli 1900-luvun lopulla edelleen voimakkaana eristämisen perinne psykiatrisessa sairaanhoidossa.

Ensimmäisiä varsinaisia eristystapoja mielisairaaloissa olivat ”hulluinarkut”, joiden toimintaperiaate oli, että potilas laitettiin arkkuun ja arkun kansi suljettiin. Myöhemmin tulivat käytäntöön ”hullujen säiliöt”, jotka sijaitsivat kaupunkien ulkopuolella. Nämä tulivat käytäntöön jo 1460-luvulla. Pakkokeinoihin luettiin myös kahlehtiminen ja häkkiin tai koppiin sulkeminen. Yleisin keino on kuitenkin ollut eristys huoneeseen, 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. Pakkokintaat olivat molemmille kämmenille omansa ja niitä käytettiin pakkomuhvin tapaan jos levoton potilas esimerkiksi nyppi kasvojaan. (Jyrkinen 2005, 59.)

Potilaan pään viilennyslaite oli kypärää muistuttava väline, jonka avulla yritettiin rajoittaa potilaan levotonta käyttäytymistä. Oli myös olemassa instrumentteja, joiden avulla potilaan suu saatiin tukittua huutamisen ja puhumisen estämiseksi tai se saatiin pakotetusti avattua. (Achte 1974, 39, 40.)

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 mielisairausten oireita, ei mielisairautta. Yleensä potilas on eristetty huoneeseen, jotta häntä voidaan tarkkailla, lääkittää ja kontrolloida paremmin. (Elomaa & Taipale 1996, 81.) Mielosen (2000) mukaan 1900-luvun puolivälissä potilaita pyrittiin kohtelemaan tasa-arvoisesti, inhimillisesti sekä opetettiin vastuun ottamista ja itsenäistymistä.

1995 ilmestyneessä teoksessa ”Psykiatrinen hoitotyö” naispotilas kertoo kokemuksiaan sairastumisesta ja eristyshoidosta seuraavanlaisesti:

Sairaalassa eristyshuoneessa viidellä ruuvilla sänkyyn kiinni. Tässä huoneessa ei ole ikkunoita, pahat voimat eivät pääse tänne. Omahoitaja käy juttelemassa, pitää kädestä kiinni. ”Miten lapset?”, häivähtää välillä mielessä, onko tämä unta? Eristyshoito loppuu, paha ei hyökkää enää. Lääkkeitä kolme kertaa päivässä – kukaan ei tiedä ilmasta kävelemisestä. Oireista ei kannata puhua, pääsee pikemmin pois, valistavat muut potilaat. (Latvala ym. 1995, 23.)

1995 Mielenterveyden keskusliiton järjestämä eristämiskirjoituskilpailu tuotti muun muassa seuraavanlaisia kuvauksia potilaiden kokemuksista eristämistä kohtaan:

Minua kohdeltiin kuin elukkaa! Tiedän myös käyttäytyneeni niin tuossa samaisessa eristyshuoneessa, kun jäin yksin enkä voinut pyytää edes vettä, enkä voinut päästä vessaan. Enkä voinut ilmoittaa tarvitsevani apua. Jyskytys oveen ei kuulunut eikä sitäkään jaksanut, kun ei tultu katsomaan. Siinä regression vallassa seurauksena oli luonnollisesti elukan lailla käyttäytyminen. Ja myöhemmin ihanan häpeällinen osa, kun kaksi hoitajaa raahasi minua, lääketokkurassa

ollessani, alastomana pesulle pitkin osaston käytävää. (Salovaara, Immonen, Tyybäkinoja 1997, 31.)

Syrjäpalon tekemässä tutkielmassa potilaat kuvaavat oikeuksiensa toteutumista. Osa arvioi että leposide-eritystä tulisikin käyttää levottomasti käyttäytyvien potilaiden hoitomuotona ja moni tuo esille pelkoa toisia potilaita ja heidän arvaamatonta käyttäytymistä kohtaan. Potilaat myös kritisoivat hoitajien ylemmyyttä ja välinpitämätöntä suhtautumista potilaisiin. (Syrjäpalo 2006, 101, 102.)

Sairaanhoitajan näkökulmasta katsottuna potilaan eristäminen on melkein aina tilanne, jossa potilaan käyttäytymistä joudutaan rajoittamaan. Eristämisessä pitää aina ottaa huomioon potilaan eettinen kohtelevuus, vaikka itse tilanne voi olla molemmin puolin fyysisesti erittäin raskas. Potilaan rajoittamisessa pitää ottaa huomioon, että potilas voi olla sairaanhoitajaa kohtaan vihamielinen, kun sairaanhoitaja riistää tai estää potilasta rajaamalla hänen käyttäytymistään. (Schwartz & Shockley 1976, 227.) Lastun (1999, 17) mukaan psykiatrisessa hoidossa ei voida täysin luopua rajoittavista toimenpiteistä ja siksi tulisikin kiinnittää huomiota siihen, millä tavoin rajoittaminen tapahtuu. Vaatimuksena on, ettei potilaan tunne omasta ihmisyydestä heikenny vaan rajoittamalla voidaan lisätä potilaan hyvinvointia. Hoidollinen rajoittaminen lisääkin potilaan eheyden ja turvallisuuden tunnetta.

Kuosmanen (2007) kyseenalaistaa pakkokeinojen käytön ja sen, halutaanko niitä käyttämällä valtaa, muttei oteta vastuuta? Hän toteaaakin pakkokeinojen käytön aiheuttavan hoitajissa stressiä, ahdistusta ja eettistä kuormitusta.

Ekn (2005) tekemässä haastattelussa akuutilla suljetulla osastolla työskentelevät hoitajat kertovat kokevansa leposide-eristystilanteet mm. seuraavanlaisesti:

”Pelon tunne riippuu siitä, minkälainen tilanne on. Se saattaa olla joskus pelottavaa. Henkilökohtaisesti minä inhoan väkivaltaa. Mutta se tosiaan riippuu siitä tilanteesta,

kuinka uhkaava se on. Se riippuu juuri siitä, kuinka nopeasti se tulee, onko osattu ennakoita ja onko taustavoimia.” (Ek 2005, 43.)

”Ahdistus tulee lähinnä niistä tilanteista jotka on jollain tavalla epäonnistuneita, ettei ole puututtu tarpeeksi ajoissa” (Ek 2005, 44).

Syrjäpalon (2006, 82) tekemässä tutkielmassa psykiatrisen hoidon arvoista ja sen epäkohdista, toteavat sairaanhoitaja seuraavaa: ”Pakkotoimenpiteeksi naamioitua väkivaltaa on mahdoton hyväksyä” ja ”Tarpeeton vallankäyttö, oman pahanolon kostaminen potilaalle, potilaalle huutaminen ja kovat otteet. Potilaan alistaminen ja nöyryytys.”

Hoitajat ottivat kantaa ylimitoitettuihin pakkotoimenpiteisiin ja eristämisiin rangaistuskeinona. Heidän mukaansa eristämistä käytetään vielä 2000 luvulla edelleen rangaistuskeinona tai eristetään levoton potilas, vaikka saman rauhoittavan vaikutuksen saisi vierihoidollakin. Myös työturvallisuuteen vedottiin käytettäessä liioiteltua fyysistä voimaa potilasta kohtaan. (Syrjäpalo 2006, 87.)

Koska sekä potilaiden että hoitajien turvallisuus on taattava, ei kaikissa tilanteissa voi välttyä pakkokeinojen käytöltä. Henkilökunnan onkin tunnettava käyttämiensä keinojen hyödyt ja haitat ja opeteltava soveltamaan niitä. Pakkokeinojen käytön vähentäminen on itsearvo ja pakkokeinojen käytön vähentäminen suljetuilla osastoilla onkin jatkuva, jokapäiväinen tehtävä. (Putkonen, Tenhovirta, Huttunen 2010, 171,172.)

4.2.2 Kierre -ja ammehoidot

Kierrehoito, Neuman-Rahn (2003, 288) mukaan ”hiotuskäärre,” toteutettiin pääasiassa 1800-luvulta 1930- luvulle, jolloin fyysiset hoitomuodot, kuten sähköshokkihoito alkoivat kehittyä (Achte 1974, 38). Kierrehoidon tarkoituksena oli rauhoittaa potilasta kietomalla hänet lakanoihiin. Kierrehoitoa käytettiin tietyn ajan kuurina, niin että potilas laitettiin 1 – 3 kertaa päivässä muutaman päivän ajan lakanoihiin. Hoitoa

voitiin myös tilapäisesti käyttää pakkokeinona. (Elomaa, Taipale 1996, 44.) Hiotuskääreisiin tuli olla lääkärin määräys, sillä ne saattoivat aikaansaada ”vaarallista veren- tungosta päähän” (Jyrkinen 2005, 59).

Potilaan sängylle aseteltiin 3 - 4 vilttiä ja niiden päälle kuiva sekä veteen kastettu lakana. Tämän jälkeen potilas meni alastomana makaamaan vilttien ja lakanoiden päälle, jonka jälkeen potilas kiedottiin lakanoihin ja lakanoiden päälle laitettiin vielä viltit. Viltit ja lakanat olivat kylmällä tai kuumalla vedellä kasteltuja. Potilaan ihonpinnat eivät saaneet koskettaa toisiaan, koska märkyys saattoi aiheuttaa haavaumia potilaan liikkeessä. Päälle laitettiin vielä vahakangas, jotta tasainen lämpö saavutettaisiin. Otsalle laitettiin kylmäkääre ja leuan alle pyyhe. (Neuman - Rahn 2003, 288, 289.) Kierrehoidoa käytettiin levottomasti käyttäytyvien potilaiden hoidossa ja sillä hoidettiin myös ”hysteriaa ja kaatumatautista levottomuutta” (Neuman - Rahn 2003, 287).

Sairaanhoitajan näkökulmasta kierrehoidon toteutus on ollut tekninen. Hoitomuodon toteutuksessa tärkeinä osina ovat olleet sairaanhoitajan työkokemus ja perehtyminen hoitomuotoon. Hoitojen aikana on ollut tärkeää seurata potilaan somaattista vointia, kuten verenpainetta ja pulssia ja ulkoisia muutoksia potilaissa, kuten tajunnantaso, ihonväriä ja hengittämistä. Hoitaja on ollut seuraamassa potilasta koko hoidon ajan. Potilaan tukeminen ja avustaminen hoitoon liittyvissä asioissa on myös ollut tärkeää. (Lindström 1988, 123.)

Ammehoito toteutettiin pääasiassa 1800-luvulta 1930- luvulle saakka (Achte 1974, 38). Ammehoidon esi-isänä pidetty Vinzenz Priessniz oli tehnyt havainnon siitä, että haavoittuneet eläimet hakeutuivat veteen parantuakseen. Samaa johtopäätöstä hän toteutti ihmisten kohdalla. (Kukkohovi 2009, 9.)

Ammehoidon eli kylpyhoidon tarkoituksena oli hoitaa epäsiistejä, epäsosiaalisia ja levottomia potilaita kylpyammeessa. Ammehoidon rauhoittavan vaikutuksen vuoksi sillä voitiin korvata pakkokeinoja ja eristyksiä. Ammehoitoa oli pääasiassa kahta erilaista tyyppiä. Lyhyet kylvyt kestivät puolesta tunnista muutamaan tuntiin, kun taas

pitkät kylvyt saattoivat kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja tai jopa vuosia. Pitkät kylvyt vaikuttivat potilaisiin myös väsyttävästi. Väsymyksen kautta potilaat saattoivat saavuttaa rauhoittavan unen, mahdollisesti kuukausien kestäneen levottomuuden ja rauhottomuuden jälkeen. (Neuman - Rahn 2003, 279, 280.)

Potilas laitettiin makuulle kylpyammeeseen, jonka veden lämpötila piti olla noin 34-36°C astetta. Veden piti olla oikean lämpöistä, jotta potilaan iho ei päässyt palamaan. 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 sen likaantuessa. (Neuman - Rahn 2003, 280, 282.)

Sairaanhoitajan näkökulmasta ammehoito on muistuttanut paljon kierrehoitoa. Kuten kierrehoidossakin, ammehoidon toteutuksessa tärkeinä osina ovat olleet sairaanhoitajan työkokemus ja perehtyminen hoitomuotoon. Hoidon 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 seuraamassa potilasta koko hoidon ajan. (Lindström 1988, 123.)

4.2.3 Malaria- ja muut kuumehoidot

Vuonna 1917 kroonisten mielisairauksien parantamisyrityksissä koettiin suuri harppaus, kun tutkijat löysivät monien kokeilujen kautta parannuskeinon neurosyfilikseen, eli niin kutsuttuun aivokuppaan (Shorter 2005, 225). 1920-luvulla hoitomuoto otettiin käyttöön monissa maissa, myös Suomessa (Kaila 1943, 102). Ensimmäisiä malariahoitoja alettiin antaa Suomessa vuonna 1923 Lapinlahden sairaalassa (Elo-
maa, Tapaile 1996, 76).

Vaikka malariahoitoa käytettiin päänsääntöisesti keskushermostoon vaikuttavan neurosyfiliksen myöhäisvaiheen hoitoon, käytettiin sitä 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.) Vuoteen 1925 mennessä pelkällä malariahoidolla oli hoidettu kolmekymmentä potilasta. Heistä 30% palasi töihin terveinä, 13% kykeni tekemään kevyempää työtä ja 17% soveltui kotihoitoon. 30%:iin hoidon saaneista ei hoito auttanut ja 10% potilaista kuoli. (Elomaa, Taipale 1996, 77.)

Kyseessä oli siis kuumehoito, jonka tarkoituksena oli tartuttaa potilaaseen malarian aiheuttama kuume ruiskuttamalla malariaa sairastavasta potilaasta otettua verta kohdepotilaaseen. Kun potilaalla alkoivat vilunväristykset, hänen seurantaansa tiivistettiin. Potilaan lämpöä ja pulssia seurattiin vähintään kerran tunnissa, kun potilaan kuumenousut alkoivat. Potilaan mielisairauden oireiden pitäisi alkaa lievittyä, kun kuumenousuja oli ollut tarpeeksi. (Kinnunen 1964, 151-153.) Potilaalle tulevien kuumenousujen määrän määräsi lääkäri potilaan fyysisen kunnon mukaan (Kinnunen 1964, 154, 155). Kohtauksia annettiin ilmaantua noin 10-16 kertaa ja kuumeen tulla antaa nousta noin 39. asteeseen. Kuumepiikkien annettiin jatkua niin kauan, kuin potilas kesti. (Elomaa, Taipale 1996, 77.) Malariahoidosta saatava hyöty oli huomattavissa yleensä jo kuumevaiheen aikana, mutta se saattoi myös ilmetä viikkoja hoidon toteuttamisen jälkeen (Kinnunen 1964, 154 – 155).

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

Kun malariaa ei ollut saatavilla hoidon toteuttamiseksi, käytettiin lämmön nousun aikaansaamiseksi **vaihtoehtoisia keinoja**. Näitä olivat muun muassa eräät kemialliset aineet, maitoruiskeet ja niin kutsuttu hypertermia-hoito. Edellä mainittuja vaihtoeh-

toja käytettiin myös silloin, jos potilaan yleistila oli todella huono tai jos malariahoitoa oli jo kokeiltu ja potilas tarvitsi uutta kuume-käsittelyä. (Kinnunen 1964, 155.)

Yleisimmät kuumehoidoissa käytetyt valmisteet olivat Sulfosin, Pyrifer ja Pyretin. Lisäksi käytössä oli 1940-luvulta lähtien hypertermia-menetelmiä, jossa potilas asetettiin makuulle tarkoitusta varten konstruoituun sähköllä toimivaan lämpökaappiin. Kaapin lämpöä nostamalla aiheutettiin potilaan kehossa lämmön nousu, jolla pyrittiin tuhoamaan taudin aiheuttavat syfilisspirokeetat. Potilaan tuli maata lämpökaapissa 8 tuntia päivässä aina 10 päivän ajan. Penisilliinin keksimisen jälkeen tämäkin hoitomuoto jäi historiaan. (Kinnunen 1964, 155, 156.)

4.2.4 Lobotomia

Ajatus aivoleikkauksen mielisairauksia parantavasta tehosta saatiin, kun Lontoossa vuonna 1935 järjestetyissä kansainvälisessä neurologisessa kongressissa esiteltiin koe-eläintyön tuloksia. Näissä tutkimuksissa tutkijat Fulton ja Jacobsen olivat poistaneet häiritsevästi käyttäytyneiden simpanssien otsalohkot ja havainneet, että eläinten käytös muuttui huomattavasti. Esitystä oli kuuntelemassa portugalilainen Egas Moniz, joka myöhemmin aloitti koe-eläinesityksen innoittamana psykokirurgiset leikkaukset neurokirurgin avustuksella syksyllä 1935. Maailmanlaajuisesti lobotomia tuli tunnetuksi ja käytetyksi hoitomuodoksi, kun neuropatologi Walter Freeman ja neurokirurgi James Watts aloittivat leikkaukset USA:ssa vuonna 1936. Tällä keksinnöllä tuntui olevan viimeinkin näkyvää hyötyä mielenterveyspotilaiden hoidossa. Lobotomiasta tuli 1940 - 50-lukujen lupaavin psykiatrinen hoitomuoto, joka myös Suomessa otettiin innostuneesti vastaan. Suomessa lobotomiaa hoitomuotona käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1949 Kellokosken mielisairaalassa. (Elomaa & Taipale 1996, 5-8.)

Potilaan levoton ja väkivaltainen käyttäytyminen pitkästä sairastamisesta huolimatta oli yleisin syy lobotomian tekemiseen. Leikkausta ei tehty potilaalle diagnoosin, vaan taudinkuvan ja sen kehittymisen perusteella. Leikkaus ei koskaan parantanut potilas-

ta, vaan sen avulla saatiin vähennettyä potilaan oireita. (Kinnunen 1964, 184, 185.) Psykiatrian piirissä lobotomiaa käytettiin muuan muassa skitsofrenian ja erilais-
ten neuroosien hoidossa (Kaila 1967, 105).

Monien kokemusten pohjalta oli havaittu, että jos ihmisen otsalohkojen ja syvem-
mällä sijaitsevan tunnekeskuksen, thalamuksen, väliset hermoradat katkaistiin, oli
sillä vaikutus ihmisen tunteisiin. Hermoratojen katkaisulla puolestaan pystyttiin vai-
kuttamaan ihmisen älylliseen ja ajatusperäiseen toimintaan, mikä taas johti ihmisen
käyttäytymisen muuttumiseen. Koska leikkaus tehtiin paikallispuudutuksena, oli tär-
keää, että potilas pysyi rauhallisena. (Kinnunen 1964, 179-181.) Leikkaustekniikoita
oli useita. Freemanin ja Wattsin *standardimetodiin* perustuvassa leikkauksessa poti-
laan molempiin ohimoihin porattiin reiät, joiden kautta aivojen läpi työnnettiin aivo-
jen paksuuden mittaava sondi. Täten pystyttiin mittaamaan etäisyys aivojen keskivii-
vassa kulkeviin aivovaltimoihin, joita leikkauksen aikana tuli varoa. Mittauksen jäl-
keen otsalohkojen valkean aineen läpi tehtiin viuhkamaiset viillot ilman näkökontrol-
lia. Otsalohkojen kudos jäi terveeksi verenkierron säilymisen johdosta, mutta niiden
yhteydet taaksepäin tunnetiloja säätelevään limbiseen järjestelmään katkaistiin.
Toimenpide tehtiin paikallispuudutuksessa tai yleisanestesiassa. (Elomaa, Taipale
1996, 6)

Transorbitaalissa tekniikassa jääpuikon muotoinen piikki naputettiin pientä vasa-
raa avuksi käyttäen kyynelpussin ja silmäkuopan kautta aivoihin. Kun reitti aivojen
etukuoppaan oli avattu, tehtiin viuhkamainen valkeanaineen halkaisu aivojen mo-
lemmille puolille. Anestesian saavuttamiseksi potilaalle annettiin ennen toimenpidet-
tä kaksi peräkkäistä sähkösokkia. (Elomaa, Taipale 1996, 6.)

Heti leikkauksen jälkeen potilas oli usein tajuissaan. Käyttäytyminen ja toimintakyky
olivat kuitenkin muuttuneet selvästi; potilaat vastailivat lyhytsanaisesti, eivätkä pu-
huneet spontaanisti. Potilaat tottelivat kehotuksia, mutta eivät olleet lainkaan orien-
toituneita. Moni ei uskonut, että leikkausta oli tehty heille ollenkaan. Käytös oli
apaattista, moni potilas söi vain syötettynä ja potilas saattoi esimerkiksi jäädä tyhjästi

tuijottamaan hänelle käteen asetettua lehteä, kunnes se otettiin häneltä pois. Kovaääninen puhe tai patistelu saivat monella potilaalla aikaan rakon tai suoliston tahattoman tyhjenemisen. (Elomaa, Taipale 1996, 6.)

Muutaman päivän päästä leikkauksesta potilaiden aktiivisuus alkoi parantua. Potilaat muuttuivat usein rauhallisimmiksi ja aggressiivisuus ja ahdistuneisuus vähenivät tai katosivat kokonaan. Potilaiden haitallisten tunnetilojen kadotessa ajateltiin myös psykoosin oireiden, kuten harhaisuuden ja pakko-oireiden häviävän, mutta useimmiten ne kuitenkin pysyivät – potilaat suhtautuivat niihin nyt vain välinpitämättömästi. (Elomaa, Taipale 1996, 6.) Toimenpiteen onnistuessa lobotomian avulla saatiin ajoittain hävitettyä mielisairauden mukanaan tuomat vaikeat käytöshäiriöt, kuten aggressiivisuus, ”tuhoamishalu”, levottomuus ja äänekäs käyttäytyminen (Kinnunen 1964, 184). Leikkaus todella rauhoitti suurinta osaa potilaista, mutta samalla se usein riisti henkilön arvostelukyvyn ja sosiaaliset taidot. Heidän käytöksensä saattoi muuttua estottomaksi ja sanattoman viestinnän ymmärtäminen oli käytännössä mahdotonta. (Shorter 2005, 266.) Lisäksi useissa potilaissa havaittavia muutoksia olivat toiminta- ja aloitekyvyn lasku, tunne-elämän latistuminen ja yleinen välinpitämättömyys kaikkiin arkipäivän toimintoihin (Kinnunen 1964, 184). Seuraava lainaus on sen aikaisesta fysikaalisia hoitomuotoja esittelevästä oppikirjasta: ”On luultavaa, että jokainen ihminen on leikkauksen jälkeen onnellisempi kuin ennen sitä. Tämä saavutetaan ehkä kuitenkin liian kalliilla hinnalla, jonka sekä potilas että yhteiskunta joutuvat maksamaan - -” Merkittävä osa lobotomiapotilaiden persoonallisuudesta katosi tai muuttui huomattavasti leikkauksen jälkeen. (Shorter 2005, 266.) Leikkauksen vaikutukset olivat peruuttamattomat. Vuoteen 1952 mennessä USA:ssa oli tehty jo arviolta 50 000 lobotomialeikkausta. (Elomaa, Taipale 1996, 6.)

Hoitotoimenpiteenä lobotomia oli erittäin kliininen ja siihen liittyi myös paljon komplikaatioita. Jotkut näistä komplikaatioista, kuten keuhkokuume, aivoverenvuoto ja aivokalvontulehdus, saattoivat olla jopa hengenvaarallisia. Muita pienempiä komplikaatioita olivat lämmönnousu tai hoitotoimenpiteen jälkeen tapahtuva kuumeilu.

Komplikaatioita olivat myös epileptiset kohtaukset ja potilaalla saattoi esiintyä rakon ja suolen toiminnan hallitsemattomuutta. Kipu ja arkuus olivat myös yleisiä komplikaatioita. (Kinnunen 1963, 183.)

Sairaanhoitajan tehtäväkenttä on ollut lobotomialeikkauksissa erittäin kliininen. Verenpaineen- ja kuumeen mittauksen lisäksi sairaanhoitajan työtehtäviin on kuulunut erittäin paljon potilaan elämisen toimintojen seuranta. Hoitaja on antanut lääkkeitä, avustanut lääkäreitä ja tukenut potilasta. Hoitotoimenpiteen jälkeen sairaanhoitajan tehtäviin on kuulunut potilaan kokonaisvaltaisen tilan seuranta ja tukeminen. Potilaan toivuttua 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.)

4.2.5 Shokkihoidot

Elomaan (1996, 50) mukaan vuonna 1920 käyttöön otetulla **kestonarkoosilla** tarkoitetaan lääkkeillä aiheutettua unitilaa, jonka pituutta ja syvyyttä voitiin säädellä. Sen keksijänä pidetään sveitsiläistä psykiatria Jakob Kläsiä. Kestonarkoosia käytettiin erityisesti skitsofrenian hoitoon (Poutanen 2003, 4.) Saarnio (1939, 294) käytti Harjavalan sairaalassa kestonarkoosin aikaansaamiseksi paraldehydia, skopolamiinia ja bro-misuoloja. Myöhemmin Elomaa (1996, 51) kuitenkin toteaa lääkeaineiden olleen somniferi, morfiini ja skopolamiini.

1940-luvulla kestonarkoosihoitoon tulevia potilaita valmisteltiin huolella. Hoitoa edeltävä päivä vietettiin vuoteessa jossa mitattiin verenpaine, pulssi ja ruumiinlämpö sekä suoritettiin suolentyhjennys. Hoidon aikana potilaille ei aspiraatiovaaran vuoksi annettu kiinteää ravintoa, mutta nesteensaannista huolehdittiin tarvittaessa laskimonsisäisesti ja letkulla mahalaukkuun. Hoito kesti 8-15 päivää. (Elomaa 1996, 50.) Saarnio (1939, 294) kertoo käyttäneensä somniferia harkiten, sillä sen todettiin altistavan potilaita infektioille.

Hoidon vakavimmat komplikaatiot vaikuttivat keskushermostoon. Kestonarkoosi saattoi pidentyä koomaksi ja potilaalle saattoi kehittyä keuhkokuume tai munuaishäiriö. Infektiot pahensivat potilaan tilaa entisestään ja kuolema saattoi tulla muutamassa päivässä. (Elomaa 1996, 51.)

Vähitellen uudet psyykelääkkeet sekä insuliinisokki ja sähköhoito korvasivat kestonarkoosin toisen maailmansodan jälkeen (Elomaa 1996, 51).

Insuliinisokkihoito sai alkunsa perustuen siihen, että samaista hormonia oli käytetty morfiinin väärinkäyttäjien hoidossa lievittämään vieroitusajan rauhattomuutta, jonka arveltiin johtuvan adrenaliinin liikaerityksestä. Siten päädyttiin soveltamaan hoitomuotoa muihinkin rauhattomuus ja levottomuustiloihin. (Karlsson 1977, 75.) Suomessa insuliinishokkihoitoa käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1936 Kellokosken sairaalassa ja vuonna 1947 sitä käytettiin jo 18:sta mielisairaalassa Suomessa (Elomaa & Taipale 1996, 14). Insuliinishokkihoidon käyttäminen mielenterveystyössä hävisi kuitenkin hiljalleen kohti 1950- lukua tultaessa. Tällöin neuroleptit, eli antipsykoottiset lääkkeet, alkoivat tulla markkinoille. (Elomaa & Taipale 1996, 15.) Vaikka korvaavat hoitomuodot tulivat markkinoille, on insuliinisokkihoidosta todettu seuraavasti: ”Vaikka insuliinishokkihoito luokitellaan kuuluvaksi psykiatrian mustaan menneisyyteen, sen tehokkuutta joidenkin skitsofrenia muotojen hoidossa on vaikeaa kiistää” (Elomaa & Taipale 1996, 12).

Insuliinishokkihoito oli fysikaalinen hoitomuoto. Sen perustarkoituksena oli aiheuttaa potilaalle hypoglykeminen tila, jossa elimistön insuliinitasoa nostettiin epäfysiologisen korkeaksi niin paljon, että potilas vaipui insuliinikoomaan. Kun potilas oli ollut koomassa puolesta tunnista kahteen tuntiin, hänelle annettiin sokeria, jotta elimistö palautuisi hypoglykemisestä tilasta ja potilas heräisi. Jollei potilaalle annettu sokeria, hän kuolisi. (Kinnunen 1964, 156 - 157 & Karlsson 1977, 75.)

Insuliinishokkihoidon toteutukseen kuului kolme eri vaihetta, ensimmäinen oli haku- vaihe: Hakuvaiheen aikana potilaalle annettiin aamuisin insuliiniannos, joka vaihteli

potilaskohtaisesti. Potilaalle etsittiin oikea insuliinimäärä, joka johti koomatilaan.

Insuliiniannosta nostettaessa potilaalla alkoi esiintyä motorista levottomuutta, hikoi-lua ja äänekästä käytöstä. Nämä menivät ohi, kun insuliinin vaikutus tehostui, joka johti lopulta potilaan tajuttomuuteen. (Kinnunen 1964, 160-164.)

Hoidon toista vaihetta kutsuttiin nimellä koomavaihe. Koomavaiheeseen on aina ol-lut vaikea määritellä tiettyä rajaa, milloin se alkoi. Sen vuoksi hypoglykeminen tila oli jaettu kahteen eri osaan, soporiin ja varsinaiseen koomaan. Sopor tarkoittaa, että potilas ei pystynyt enää vastaamaan suullisesti hänelle esitettyihin kysymyksiin, vaan hän reagoi niihin vain ilmein ja elkein. Koomassa potilas ei enää reagoanut näihin ky-symyksiin millään tavalla. Potilas saatettiin koomaan 5 - 6 päivänä viikossa, kunnes psykoottiset oireet olivat hävinneet. Jos potilaan oireet eivät olleet hävinneet 30 - 40 insuliinikooman jälkeen, hoito keskeytettiin. (Kinnunen 1964, 164, 165.)

Kolmas ja viimeinen vaihe oli polarisaatiovaihe. Polarisaatiovaihe oli hoidon lopetus-vaihe. Potilaalle annettiin insuliinia joka aamu pienenevien annoksin. (Kinnunen 1964, 160, 161.)

Katsottaessa insuliinishokkihoitoa **sairaanhoitajan näkökulmasta**, sairaanhoitajan tehtäviin kuului lääkärin avustaminen hoitotoimenpiteessä, tarkkaileminen ja kirjaa-minen (Lindström 1988, 123). 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, korke-asta verenpaineesta tai sokeritaudista. (Kinnunen 1964, 160, 161.) Potilaan herättyä koomasta, hoitajan oli välittömästi luotava häneen kontakti, koska yleensä tässä vai-heessa potilaalla oli ”selvempi hetki” (Kinnunen 1964, 164, 165).

Karlssonin (1977, 77) mukaan potilaat kokivat insuliinishokkihoidon eräänlaisena ran-gaistuksena ja väkivaltaisena käsittelynä. Karlsson kertookin ajastaan kandinaatti-sijaisena, jolloin osastonhoitaja pyysi tätä käyttämään kyseistä hoitomuotoa potilaa-seen, joka oli ollut ”tuhma.”

Sähköshokkihoidon kehitti italialainen Rooman yliopistossa työskentelevä psykiatrian professori Ugo Cerletti. Sähköä oli käytetty psykiatrisissa hoidoissa aikaisemminkin, mutta Cerletti kehitti uuden menetelmän, jolla saatiin aikaan kouristuskohtaus joltamalla sähköä suoraan aivoihin ja niiden lävitse. (Shorter 2005, 255.) Ennen ensimmäistä ihmiselle tehtyä sähköshokkihoitoa kokeita tehtiin koirille sekä teurastamoiden sioille, jotka tainnutettiin sähköllä ennen teurastusta (Shorter 2005, 257). Cerletti havaitsi, että kahden ohimolle asetetun elektrodin kanssa suoraan pään lävitse johdettu sähkövirta oli turvallinen, mutta jos toisen elektrodeista sijoitettaisiin muualle vartaloon, kulkisi sähkövirta sydämen kautta ja potilas kuolisi (Elomaa, Taipale 1996, 29).

Ensimmäisen kerran ihmiselle sähköshokkihoitoa annettiin 15. huhtikuuta vuonna 1938 (Shorter 2005, 257). Potilaana oli 40-vuotias mies, jonka arveltiin sairastavan skitsofreniaa. Ensimmäinen, 70 voltin, sähköisku oli liian kevyt ja potilas ei vaipunut tajuttomaksi, mutta nytkähti rajusti hoitopöydällä. Potilas oli täysin tajuissaan ja sanoi selkeällä äänellä ”Ei toista. Hirvittävää!”. Heti potilaan kommentin jälkeen Cerletti antoi potilaalle uuden, 110 voltin, sähköiskun. Potilas sai kouristelevan tajuttomuuskohtauksen ja sähköshokista asteittain toivuttuaan potilas nousi sängylle istumaan hymyillen. Cerletin kysyessä potilaalta, mitä tälle oli itsensä mielestä tapahtunut, vastasi potilas selkeällä italiankielellä ”En tiedä. Taisin nukahtaa”. (Elomaa, Taipale 1996, 29; Shorter 2005, 258). Tutkimusten ja potilaiden seurannan myötä huomattiin, ettei sähköshokkihoito kuitenkaan ollut parantavana hoitomuoto, vaan se helpotti potilaan oireita väliaikaisesti. Sen käyttö levisi nopeasti psykiatrian piirissä ympäri maailmaa. (Shorter 2005, 257-259.) Suomessa sähköshokkihoidot aloitettiin vuonna 1941 (Kinnunen 1964, 174). Kellokosken sairaalan ylilääkäri Paavali Alivirta oli Ruotsissa kyseiseen hoitomuotoon tutustumassa käydessään tuonut mukanaan Suomen ensimmäisen ”sähköshokkikojeen” ja hoitojen aloittamiseen tarvittavat tiedot ja taidot (Elomaa, Taipale 1996, 29).

Sähköshokkihoito oli fysikaalinen hoitomuoto ja sen tarkoituksena oli aiheuttaa potilaan aivoissa tajuttomuustila ja kouristuskohtaus. Tämän tuli auttaa potilaan mielisairauden tuomiin oireisiin. Sähköä, eli tässä tapauksessa käytettävää vaihtovirtaa, 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.) Tehokkain tapa antaa sähköshokkihoitoa etsittiin useiden yritysten ja erehdysten kautta. Jos annettavan sähkövirran määrä oli liian vähäinen ja impulssi heikko, aiheutti toimenpide potilaalle lyhytkestoisen tajunnanmenetyksen ilman kouristuskohtausta. Volttimäärän ollessa liian alhainen ja impulssin kesto selvästi liian lyhyt, ei potilas menettänyt tajuntaansa lainakaan, vaan koki kovan sähköiskun päässään. Kokemus ja tunne oli ymmärrettävästi kammottava ja koska muisti toimi toimenpiteen jälkeen normaalisti, jäi monelle potilaalle suuria pelkoja hoidoista. (Elomaa, Taipale 1996, 30.) Kouristuskohtauksen aikana luumurtumat, luksaatiot ja rintanikamien painaumat olivat myös yleisiä. Potilaan alaleuka meni usein sijoiltaan ja lonkkamalja, olka-, solis- ja reisiluita murtui satunnaisesti. (Elomaa, Taipale 1996, 30.) Sähköshokkihoidon muut komplikaatiot tulivat useimmiten ilmi heti hoidon antamisen jälkeen. Väsymys, huonovointisuus ja muistinmenetykset olivat normaaleja hoitomuotoon liittyviä sivuvaikutuksia, jotka kuitenkin hävisivät tietyn ajan kuluessa hoidon antamisesta. (Kinnunen 1964, 176 – 178.)

Alussa sähköshokkia annettiin lähinnä skitsofreniapotilaille, jotka muodostivat suurimman ryhmän psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavista potilaista. 1950-luvulla tehtyjen tutkimusten perusteella todettiin, että skitsofreniapotilaiden kohdalla sähköshokki harvoin tuotti riittävää hoitotulosta. Sen sijaan vaikeimpien masennustilojen ja manian hoidossa sen havaittiin olevan toimiva hoitomuoto. (Elomaa, Taipale 1996, 31.) Hoitovaste oli eri potilaiden kohdalla hyvin vaihteleva. Potilas saattoi pysyä täysin oireettomana, mutta joidenkin potilaiden kohdalla oireet palasivat hoitojen loputtua. (Kinnunen 1964, 178.)

Toimenpiteeseen tullessa hoitaja asetti potilaan makuuasentoon ja pesi tämän ohimot eetterillä. Tämän lisäksi ohimot kostutettiin keittosuolaliuoksella, sillä sen ajateltiin helpottavan sähkövirran johtumista. (Kaila 1943, 128.) Sairaanhoitajan tehtävät sähköshokkihoitoa toteutettaessa ovat olleet suurimmaksi osaksi kliinisiä. Hoitajan tehtävänä on ollut antaa lääkkeitä, valmistella hoitotoimenpide ja kirjata potilaan vointiin liittyviä asioita. Jos potilaan kouristuskohtaus on ollut erittäin raju, on sairaanhoitajan toimenkuvaan kuulunut myös potilaan pitäminen paikallaan hoidon ajan (Shorter 2005, 261). Useimmiten koko hoitotoimenpiteen ajan potilaan ympärillä oli kolme tai neljä kiinnipitäjää, jotka estivät potilaan putoamisen ja täten luumurtumien ja luksaatioiden syntymisen. Potilasta tuettiin lantiosta, hartioilta ja alaleuasta. (Elomaa, Taipale 1996, 30.) Potilaan somaattista vointia tarkkailtiin - esimerkiksi verenpaineen seuranta, sydämen toiminta ja pulssin seuranta oli hoidon toteuttamisen aikana ja sen jälkeen aiheellista. Jos potilaan psyykinen vointi on antanut siihen mahdollisuuden, on potilaan kanssa keskusteltu sekä ennen toimenpidettä että sen jälkeen. (Kinnunen 1964, 178.)

Sähköshokkihoito, nykyään viralliselta nimeltään *ECT-hoito*, on edelleen käytössä oleva hoitomuoto. Lääkkeiden markkinoille tulo 1950-luvulla koetteli sen pinnalla pysymistä mielenterveyshoitotyön piirissä, mutta 1980-luvulla sähköshokin tehokkuus psyykkisten sairauksien hoidossa ”löydettiin uudelleen”. Tästä alkoikin sähköshokkihoidon varsinainen kehittyminen kohti ”nykymuotoaan”; inhimillisempää ECT-hoitoa. (Peltola 2004.)

Sähköshokki ei hoitomenetelmänä ole pääpiirteiltään muuttunut sen alkuajoista. Sähköshokkihoito ei ole enää yksittäisenä osiona käytettävä hoitomenetelmä, vaan toimii *lisänä* lääkehoidon ja psykoterapian rinnalla. Myös tapa toimia sähköshokkia annettaessa on kokenut suurta edistystä: ECT-hoito toteutetaan potilaan ollessa anestesiassa ja hoidon toteuttamisen edellytyksenä on potilaan täydellinen oma suostumus. (Peltola 2004.) Sähköhoito on vuosien varrella kehittynyt tehokkaasta hoitomuodosta myös selvästi turvallisemmaksi, mikä johtuu osittain lääkehoidon kehittymisestä. Yksi

tärkeimmistä sähkösoikkihoitoon liittyvä keksinnöistä oli lihasrelaksanttina toimiva Kuraren, jonka käyttöönotto ehkäisi tehokkaasti muun muassa luumurtumia. (Achte, Alanen, Tienari 1982, 191). NykYTEknologia on mahdollistanut sen, että potilaan vointia, elintoimintoja ja palautumista sähkösoikista seurataan sekä koko toimenpiteen aikana että sen jälkeen. Lisäksi tarvittavat lääkitykset, esimerkiksi lihasrelaksaatio, suunnitellaan yksilöllisesti anestesian lisäksi. (Heikman, Niemi-Murola, Rosenberg 2006.) Siitä huolimatta, että ECT-hoito on kehittynyt alkuajoistaan ja on nykypäivänä tehokas, suhteellisen miellyttävä, käytännöllinen ja inhimillinen hoitomuoto, aiheuttaa se silti yhtä pelkoja ja ennakkoluuloja monissa ihmisissä. Ennakkokäsitysten ja virheellisen tiedon muuttaminen ihmisten keskuudessa on siis vielä nykyäänkin hoitohenkilökunnan haasteena. (Peltola 2004.)

4.2.6 Aversio- eli inhotushoito

Suomessa alkoholismien hoidossa yleisesti käytetty hoitomuoto oli inhotushoito, eli aversiohoito. Hoitomuoto oli alun perin lähtöisin Ruotsista ja sen tarkoituksena oli muuttaa alkoholi ja sen nauttiminen vastanmieliseksi päihderiippuvuudesta kärsivälle potilaalle. (Elomaa, Taipale 1996, 32.) Aversiohoidon kehittäjä ruotsalainen professori Izikowitz ja Suomessa sitä käytettiin vuosina 1945-1950 muun muassa Kellokosken sairaalassa (N.d. 2010). Vaikka kyseisen hoitomuodon on osoitettu tuottavan hyviä tuloksia alkoholismien hoidossa, lopetettiin hoidon toteuttaminen Suomessa melko pian, kun vahinkolöydös alkoholin ja Antabuksen yhteisvaikutuksesta havaittiin 1940-luvun lopulla. Tämä löydös syrjäytti vähitellen aversiohoidon alkoholiriippuvuuksien poistajana. (Elomaa, Taipale 1996, 32; N.d. 2010.)

Aversiohoito perustuu venäläisen tiedemiehen Ivan Pavlovin teoriaan ehdollisista reflekseistä. Sen avulla pyritään herättämään alkoholisteissa vastenmielisyyttä alkoholia kohtaan. Ehdollisten refleksien teoriassa todetaan, että tiettyjä menetelmiä käyttäen ihmisessä saadaan aikaan reflektorinen vastenmielisyys alkoholia kohtaan. Ennen alkoholiannoksen nauttimista potilaalle annettiin injektiona pahoinvointia

aiheuttavaa ainetta, esimerkiksi apomorfiinia, jota käytettiin aversiohoidoissa Suomessa vuosina 1945-1950. (Elomaa, Taipale 1996, 32; N.d. 2010.)

Aversiohoito oli hoitomuotona kohtalaisen virheherkkä. Jos apomorfiinia annettiin potilaalle liian suuri annos, saattoi se aiheuttaa aivokuoressa pysähdyksen, joka esti uusien yhteyksien syntymistä. Jos potilaalle annettiin alkoholia vasta silloin, kuin pahoinvointi oli jo alkanut, saattoi alkoholin nauttimisella olla päinvastainen vaikutus ja halu nauttia alkoholia saattoi jopa kasvaa huomattavasti. Lisäksi hoitomuoto ei parantanut ihmisiä alkoholismista, vaan havaittiin, että ehdolliset reaktiot alkoholia kohtaan eivät ole pysyviä ja että ihminen kykenee hallitsemaan ja sammuttamaan niitä itse. Jos vastenmielisyysrefleksi on saatu aikaan esimerkiksi kirkasta viinaa käyttäen, voi potilas juoda vastedes jotain muuta alkoholijuomaa, miten viiniä tai olutta. Tämä johtaa siihen, että aversioreaktio heikkenee ja lopulta sammuu kokonaan. (Elomaa, Taipale 1996, 32, 33.)

Apomorfiinihoito on maailmanlaajuisesti tunnetuin inhotushoidon menetelmä. Apomorfiini on morfiinista saatava puolisynteettinen alkaloidi, joka sai aikaan voimakkaan emeettisen, mutta heikon kipua lieventävän vaikutuksen. Aineesta kehiteltiin monenlaisia muunnoksia ja hoitotavat vaihtelivat voimakkaasti eri laitosten ja maiden välillä. (Elomaa, Taipale 1996, 33.)

Apomorfiinihoitoa ei saanut antaa, jos potilaalla oli sydämen vajaatoimintaa, koronaaritautia, hypertensiota, ulkustautia, keuhkoastmaa, aktiivista turberkuloosia, apomorfiiniallergiaa, kuroutumisvaarassa olevaa tyrää tai jos potilas oli äskettäin kokenut aivotärähdyksen. Aineen käyttöä ei myöskään suositeltu, jos potilas oli yli 60-vuotias. Hoito tuli toteuttaa hyvin ilmastoidussa huoneessa, jonne pyrittiin luomaan baaria jäljittelevät olosuhteet. Jokaisella potilaalla oli oma tuoli ja ämpäri oksennusta varten. Lisäksi huoneessa tuli olla muutama sohva, ensiapulaukku ja muutama happisäiliö. Huoneessa sai olla yhtä aikaa enimmillään 30 potilasta. Ennen hoidon aloittamista potilaita ohjattiin syömään kevyesti, mutta juomaan runsaasti teetä,

että vatsalaukussa olisi jotain, mitä myöhemmin oksentaa. (Elomaa, Taipale 1996, 33.)

Jokaiselle potilaalle annettiin lasillinen alkoholi juomaa ja injektio ihonalaiskudokseen. Heti pistoksen saatuaan potilaat alkavat haistella ja maistaa heille annettuja alkoholi juomia. Noin 3-4 minuutin kuluttua potilaat alkoivat reagoida apomorfiinille, mistä oli merkinä syljeneritys, kasvojen punoitus, pahoinvointi ja hikoilu. Aluksi potilaan pulssi nousi ja myöhemmin laski, samoin kuin verenpaine. 3-5 minuutin kuluttua potilaat alkoivat oksentaa ja oksentaminen saattoi kestää jopa 20 minuuttia. Oksentamisen loputtua potilas oli usein väsynyt ja unelias, mutta koki helpotuksen tunnetta. (Elomaa, Taipale 1996, 33.)

Hoitoa annettiin yleensä kerran päivässä 10 päivän jaksona. Tämän jälkeen saatettiin pitää 10-15 hoitotuntia joka toinen päivä. Loppuvaiheessa tarkastellaan, onko hoito tehonnut ja onko vastenmielisyys alkoholia kohtaan lisääntynyt. (Elomaa, Taipale 1996, 33.)

Apomorfiinihoidon yhteydessä saatettiin antaa myös muita hoitoja. Esimerkiksi sulfo siinilioksen pistäminen lihakseen sai aikaan kuumereaktion samanaikaisesti oksentelun kanssa. Apomorfiinia on käytetty myös yhdessä metronidatsolin ja disulfiraamin kanssa. Emetiinihoito on myös yritetty hyödyntää alkoholismien hoidossa, mutta se ei tuottanut yhtä tehokkaita tuloksia apomorfiiniin verrattuna, vaikka oksentelu ja pahoinvointi kestivät pitempään. (Elomaa, Taipale 1996, 34.)

Aversiohoitoa annettiin Suomessa miltei poikkeuksetta suljetuilla osastoilla ja hoitoa saivat toimittaa vain vakituiset työntekijät. Hoitoon ei tarvinnut kirjallista anomusta tai sopimusta, vaan sopimus tehtiin suullisesti. Esitutkimuksiin kuuluivat kliininen perustutkimus, keuhkokuva, EKG, mahalaukun röntgenkuva, verensokerin mittaaminen, perusverenkuva sekä koeaamiainen. (Elomaa, Taipale 1996, 35.)

4.2.7 Lääkehoito

Niin sanotut **perinteiset psykelääkkeet** otettiin käyttöön vasta 1800-luvun loppupuolella. Nämä olivat eräitä psyykkisten häiriöiden hoitoon soveltuvia rauhoittavia lääkkeitä, joita voitiin annostella yksilöllisesti ja kohtalaisen turvallisesti (Forsius 2005).

Vuodesta 1850 lääkeaineena käytettiin morfiinia. Sitä ennen ahdistusta lievitetiin alkoholilla. Vuonna 1869 keskeisin lääkemuoto oli unilääke, kloraadihydraatti. Se aikaansai useita tunteja kestävä unen, mutta saattoi vahingoittaa sydäntä ja hengityselimiä. Vaarallisuutensa vuoksi se saattoi väärinkäytettynä johtaa kuolemaan. Myöhemmin kloraadihydraatti tuli tunnetuksi tyrmäystippoina.

Myös paraldehydi oli käytetty unilääkemuoto, mutta sen aiheuttama epämiellyttävän hajuisen hengitys vähensi lääkkeen käyttöä. Sulfonaali oli ollut käytössä 1888 vuodesta lähtien, mutta sen haittavaikutuksena oli verivirtsia. (Jyrkinen 2005, 60.)

1900-luvun alussa tulivat käyttöön bromipitoiset unilääkkeet. Niitä käytettiin hermostuneiden potilaiden hoitoon ja ne vaikuttivat kouristuksia ehkäisevästi kaatumataudin hoidossa. 1903 tulivat käyttöön barbituraatit, kuten somniferm ja vuodesta 1912 käytettiin luminaalia ja amytaalia. (Jyrkinen 2005, 61.) 1920-luvulla psykiatristen potilaiden lääkehoitoa vallitsivat unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. Niiden joukossa kohosivat etusijalle uudet barbituraattivalmisteet. (Forsius 2005.)

Amfetamiini tuli käyttöön 1930-luvun lopulla virkistävä aineena. Amfetamiinia käytettiin 1930-luvun lopulla hoitona narkolepsiassa, torkahtelutaudissa, ja vähitellen myös väsymystiloissa ja lievissä masennustiloissa. (Forsius 2005.)

Uuden polven psykelääkkeet korvasivat perinteisiä psykelääkkeitä. Vuonna 1952 otettiin käyttöön Klorpromatsiini -lääkeaine hillitsemään psyykkisesti sairaiden potilaiden levottomuutta ja rauhattomuutta. Tästä nykyaikainen lääkehoito sai alkunsa.

Klooripromatsiini, kauppanimeltään Largactil, oli ensimmäinen psyykkisten häiriöiden hoidossa käytetty lääkevalmiste ja se otettiin myös Suomessa käyttöön heti vuonna 1952. Valmisteella saatiin aikaan hyviä hoitotuloksia ja se korvasikin nopeasti muun muassa lobotomialeikkaukset. (N.d. 2010.) Suomessa Largactilin tehoa testattiin ”äänikokeilla”. Testin aikana kahden eri huoneen potilaille annettiin kahta eri lääkevalmistetta ja se huone, josta kuului vähemmän potilaiden meteliä ja huuteluja, oli merkki tehokkaammasta lääkevalmisteesta – Largactil osoittautui tehokkaammaksi valmisteeksi. (N.d. 2010.)

Largactilin ainut haittavaikutus oli sen ihon auringossa palamista vahvistava vaikutus. Tästä syystä lääkekuurilla olleille potilaille tilattiin Kiinasta niin kutsuttuja ”Larkkuhattuja”, jotka suojasivat potilaiden kasvoja auringolta ja näin estivät kasvojen ihon palamisen heidän ollessa ulkotiloissa. (N.d. 2010.)

Klorpromatsiinin ja muiden samaan aikaan käyttöön otetuiden lääkeaineiden käyttö mullisti koko psykiatrisen hoidon ja muutti sairaaloiden luonnetta (Karlsson 1977, 78). Eskolan ja Karilan (2007, 17) mukaan uudet lääke muodot mahdollistivat mielisairauksien hoidettavuuden paranemisen ja mielisairaaloiden osastojen muuttumisen rauhallisemmiksi sekä avoimimmiksi. Myös selvää avautumista ulos sairaaloista ja kohti yhteiskuntaa tapahtui. Uuden polven psyykelaagkeilla vaikutetaan ennen kaikkea ns. negatiivisiin oireisiin ja sivuvaikutuksia ilmenee aiempaa vähemmän (Välimäki, Holopainen, Jokinen 2000, 74).

4.2.8 Lääkityksen myötä avohoitoon

Suomalaisissa mielisairaaloissa oli niiden kukoistuskausina yhteensä jopa 20 000 vuodesijaa, mikä vastasi ihmismääränä noin 0,5% koko Suomen väestöstä. Nykypäivänä vuodepaikkoja on vain noin 6000 – mihin katosi tarve psyykkisesti sairaiden potilaiden sijoittamiselle? (Taipale 2000.)

Mielisairaaloiden alasajo alkoi Mielenterveyskomitean (1984) ja Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin (1988) myötä. Aluksi sairaaloiden toimintojen muuttaminen ja lakkauttaminen oli hallittavissa, mutta 1990-luvun lama vauhditti kehitystä hallitsemattomasti. Muutos oli kuitenkin suurimmaksi osaksi positiivinen; osa mielisairaaloista muutettiin terveyskeskussairaaloiksi vanhusväestön tueksi ja esimerkiksi kehitysvammaiset, joita oli mielisairaaloiden potilaista noin 20%, siirrettiin omiin, parempitasoisiin hoitoyksikköihin. Myös suuri joukko rauhallisia psykiatrisia potilaita pääsi pois sairaaloista ja sijoittumaan vuokra- ja tukiasuntoihin sekä ryhmäasuntoloihin. (Taipale 2000.)

1950-luvulta lähtien psyykkisten sairauksien hoitoon löydettiin yhtä enemmän valmisteita, joilla saavutettiin toivottuja hoitotuloksia. Lääkehoidon kehittyminen mahdollisti mielisairaanhoidon täysin ja sen avulla yhä useampi psyykkisesti sairas kyettiin hoitamaan kotona ja paremmin tuloksin kuin aikaisemmin. (Kinnunen 1964, 138,139.) Koska potilaat asuivat nyt kotona, oli heidän hyvinvointinsa turvaamiseksi kehiteltävä korvaavia hoitomuotoja, niin kutsuttuja ”vapaita hoitomuotoja” – näitä olivat muun muassa sairaalan yhteyteen järjestetty perhehoito sekä huoltotoiminta ja jälkihuolto. Ajan kanssa ymmärrettiin, että potilaiden hoitaminen kotona näiden ”vapaiden hoitomuotojen” turvin oli yhteiskunnalle edullisempaa kuin potilaan sijoittaminen sairaalaan. (Kinnunen 1964, 186,187.)

5 MIELISAIRAANHOITAJASTA PSYKIATRISEKSI SAIRAANHOITAJAKSI

1850-luvulla olivat rankaisu ja palkitsemismenetelmät hoidossa keskeisiä. Sairaanhoidajan roolista ei ole paljoa tietoa, mutta tiedetään että jo tuolloin järjestettiin potilaille mahdollisuuksia erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin. Suurin osa silloisissa mielisairaaloissa työskentelevistä hoitajista olivat kouluttamattomia. (Lindström 1988, 121.)

1900-luvun alkuvuosina Hausjärvelle rakennettiin vaivaistalo ja sen takapihalle mielenvikaisten rakennus. Rakennus sijaitsi 150:n metrin päässä vaivaistalosta, jossa hoitajat työskentelivät. Mielenvikaisten oli siis lähes mahdotonta saada apua. Vaivaistalon hoidokin oli alun perin tarkoitus korvata hoitajan roolia mielenvikaisten rakennuksessa ja mielisairaille palkattiinkin oma hoitaja vasta 1909. (Jyrkinen 2005, 38, 39.)

Latvala (1995, 31) toteaa psykiatrisen hoitotyön arvoperustaan liittyvän seuraavat käsitteet: valta, pakkohoito, luottamus, empatia, huolenpito ja välittäminen.

Vallan väärinkäytöstä kertoo potilaan tarina ruokailutilanteesta, jossa potilas oli pyytänyt ylihoitajalta, josko ruokasalin ovia voisi pitää auki ruokakärryn saapuessa, sillä hoitajat söivät potilaiden ruokia ennen kuin tarjosivat niitä potilaille. Ylihoitaja kehoitti potilasta ottamaan asian itse esille, mutta tämä pysyi hiljaa, peläten saadakseen rangaistukseksi lisää lääkettä ja menettävänsä kotilomat. Eräs toinen potilas kuitenkin huomautti asiasta, minkä seurauksena hän jäi kokonaan ilman ruokaa. (Latvala 1995, 32.)

5.1 Psykiatrinen hoitotyö kehittyi

Psykiatrinen hoito ja psykiatristen sairaanhoitajien koulutus kehittyi 1900-luvulla huomattavasti ja hoitajien vastuuta hoidosta korostettiin. Etenkin vaadittiin kykyä tehdä havaintoja ja arviointeja perustuen tieteellisiin tosiasioihin. 1913 alkoi Lapinlahden sairaalassa mielisairaanhoitajienkoulutus. (Lindström 1988, 122, 124.) Koulutus kesti 2,5 kuukautta ja sille osallistui sairaalan silloinen henkilökunta. 1917 kurssit pitivät puolivuotisiksi ja vasta vuonna 1968 mielisairaanhoitaja koulutus kesti 1,5 vuotta. (Achte ym. 1989, 47.) Schwartz ja Shockley (1969, 219) kuvaavat herkkyyttä sairaanhoitajan tärkeäksi ominaisuudeksi. He korostavat kunnioituksen merkitystä hoitosuhteessa, mutta toteavat että vaikka potilas on iältään aikuinen, on häntä ajoittain kohdeltava lapsen tavoin. 1940-luvulla pidettiin äidillisyyttä tärkeänä hoitajan ominaisuutena ja hoitajan ja potilaan välistä tunnesuhteen merkitystä korostettiin. Lääkärin työn avustaminen ja lääkehoidosta huolehtiminen korostuivat 1900-luvun puolivälissä lääketieteen kehityksen myötä (Lija, Almqvist, Kiviharju-Rissanen 1996, 54).

Sairaanhoitajan rooli jakautui 1950-luvulla viiteen eri tehtäväkenttään; 1) Äidin korvikkeena oleminen, esimerkiksi potilaan avustaminen ruokailussa ja peseytymisessä. 2) Lääkärin avustaminen, 3) johtamis – ja hallintotehtävät, 4) opetustehtävät ja 5) sosiaaliset kontaktit potilaisiin.

Vuonna 1959 aloittivat Tampereella sairaanhoitajaoppilaitoksen henkilöstöön kuuluvat rehtori Pasanen ja sairaanhoidon opettajat Salonen sekä Vuorikoski psykiatristen sairaanhoitajien kerhon. (Ahola, Harju 2010, 21.)

Kerhon perustaminen lähti tarpeesta lisätä psykiatristen sairaanhoitajien tietoutta, sillä työpaikkakoulutuksia ja työnohjausta ei ollut vielä saatavilla (Ahola ym. 2010, 22). Kerho nimettiin myöhemmin jaostoksi ja sen tarkoitus oli vuorovaikutuksellinen keskustelun ja ajatusten vaihdon lisääminen jäsenistön kesken. Painopiste olikin hoitotyön eikä lääketieteen näkökulmassa. (Ahola ym. 2010, 22.)

Sairaanhoitajan ensisijaisiin tehtäviin kuului potilaan tarpeiden tyydyttäminen, potilaan opettaminen ilmaisemaan itseään ja potilaan itsetunnon kohentaminen. Potilaan ja hoitajan välistä tunnesidettä korostettiin ja sitä, että hoitaja luo potilaan kasvua edistäviä tilanteita ja tukee potilaan terveitä puolia. (Latvala, Visuri, Janhonen 1995, 12.)

Hyvösen (2008) mukaan vuosina 1983-1989 oli psykiatrinen erikoissairaanhoito valtakunnallisten suunnitelmien painopisteenä. Tarkoituksena oli korjata sen voimavarojen jälkeenjääneisyyttä. Helsingin diakonissalaitoksessa aloitettiin vuonna 1988 uusimuotoinen sairaanhoitaja-diakonissakoulutus jolloin suuntautumisvaihtoehdoksi tuli myös psykiatrinen hoito (Helsingin diakonissalaitos. Koulutuksen historiaa).

5.2 Muuttuvia käsityksiä hoidon etiikasta

1970 luvulla painotettiin hoidon terapeuttisia ulottuvuuksia ja erilaisia lähestymistapoja, kuten esimerkiksi psykoanalyttisen ja käyttäytymistieteellisen tekniikan kehittymistä. Kärsivällisyyttä, ymmärrystä ja oivalluskykyä vaativat pitkäaikaiset hoitosuhteet lisääntyivät hoitajien työssä. Psykoanalyttinen näkökulma tarjoaa hoitajalle mahdollisuuden tutkia omaa persoonaa, luovuuden lähdeä, tärkeää työvälinettä psykiatrisessa hoitotyössä. (Latvala ym. 1995, 13.)

Vuonna 1988 korostetaan hoitajan ammattitaitoa ja eettistä sekä tieteellistä asennoitumista hoitotyöhön. Hoitajalla tulee olla jatkuva halu kehittää itseään, mikä edellyttää hyvää itsetuntemusta. Hoitotyössä korostuu empatia ja hoitajan omien tunteiden käsittely. (Lindström 1988, 36.) Lindström (1988, 42) toteaa että ”hoitotyö on inhimillisen tuskan, ahdistuksen ja ilon kohtaamista ja jakamista sekä luovaa harkintaa tieteen mahdollistamalta etäisyydeltä. Se on uskoon, toivoon ja rakkauteen perustuvaa aitoa ja todellista hoitamista, toimintaa kokonaisvaltaisen terveyden hyväksi.”

1990 hoitotyössä kehitettiin yksilövastuutta, jolloin hoitajan työ selkiytyi ja kokonaisvaltainen vastuu potilaan hyvinvoinnista ja hoidon järjestämisestä korostui. Potilas oli helpompi nähdä yksilönä massan sijaan ja hoitaja pystyi vastaamaan paremmin potilaan tarpeisiin. (Haarakangas 2002, 27.)

Piirtolan (1995, 167) mielestä potilaiden perustarpeet turvallisuudesta, hyväksymisestä ja ihmiskontakteista eivät muutu. Näiden tarpeiden tyydyttäminen edellyttää tietoista ponnistelua, joka perustuu psykiatrisen hoitotyön koulutukseen ja ymmärrykseen siitä, että mielensairaus tuhoaa potilaan psyykkistä tilaa ja se on hoidolla korvattava.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Idea opinnäytetyön aiheeseen sai alkunsa henkilökohtaisesta kiinnostuksesta mielen-terveyshoitotyön historiaa kohtaan. Silloinen mielen-terveys-, kriisi- ja päihdehoitotyön opettajamme Pirkko Oittinen ohjasi meidät opinnäytetyöprosessin alkuun.

Opinnäytetyöprosessi alkoi kesällä 2010 tehdessämme opintokäynnin Harjamäen sairaalamuseoon, jossa oppaanamme toimi historioitsija Anu Rissanen. Alkuperäinen aiheemme keskittyi koko mielen-terveyshoitotyön historiaan, mutta prosessin toteutuksen alkaessa ja kirjallisuuteen syventyessä havaitsimme aihe-alueen olevan liian laaja. Tästä syystä aiheemme muokkautuikin käsittelemään suomalaisen mielen-terveyshoitotyön menetelmien historiaa. Opinnäytetyössä esille tuodut hoitotyön menetelmät kohdistuvat klinisiin ja käytetyimpiin menetelmiin. Nämä menetelmät ovat

olleet tärkeä osa mielenterveyshoitotyön kehitystä ja kuvastavat sitä historiallista matkaa, joka on kuljettu päästäksemme nykyisiin mielenterveyshoitotyön menetelmiin. Lääkehoitoon opinnäytetyössä ei syvennyt kirjoitettua enempää, sillä koimme sen olevan jo hyvin tutkittu ja käsitelty aihe. Opinnäytetyössä haluttiin nimenomaan koota paketin niistä hoitomuodoista, joiden teoretieto on jäänyt vähemmälle ja ripoteltu pieniksi osioiksi tietoperustassa.

Perehdyttäessä olemassa olleeseen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, oli havaittavissa, että aiheesta löytyi erilaisia aineistoja ja materiaali. Tutkimukset kuitenkin kohdistuivat usein joko yksittäisen sairaalan tai hoitomuodon kehittymiseen, eikä niinkään laajempaan kuvaukseen aiheesta.

Tutkimuskysymysten muotoilu oli suhteellisen helppoa ja koska aiheemme käsittelee mielenterveyshoitotyön menetelmien historiaa ja kehitystä, päätimme kohdistaa kysymyksen suoraan työmme aiheeseen. Ohjaajiemme kanssa keskustellessa totesimme, että sairaanhoitajan roolia ja hoitotyön näkökulmaa olisi aiheellista tuoda esille, joten pohjasimme toisen tutkimuskysymyksemme sairaanhoitajan rooli kehittymiseen.

Opinnäytetyö on avannut meillä hoitotyönopiskelijoina uusia näkökulmia mielenterveyshoitotyön kokonaisvaltaisessa hahmottamisessa. Uskomme, että on tärkeää tietää hoitomuotojen kehityksestä, sillä vielä nykypäivänäkin kohtaamme työssämme asiakkaita, joiden kohdalla jo poisjääneitä hoitomuotoja on käytetty. Asioiden ymmärtäminen myös menneisyyden näkökulmasta auttaa meitä hoitajina toteuttamaan potilaiden vieläkin inhimillisempää ja eettisempää hoitoa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tutkimuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Aineiston keruussa saatu tieto on riip-

puvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tarkastellaan tutkimuksen totuusarvo, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraalisuutta. Haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys aineistonsa ja tulostensa välillä. (Janhonen, Nikkonen 2003, 36.) Opinnäytteemme luotettavuutta arvioidaan monipuolisen materiaalin perusteella ja tarkastelimme kriittisesti käyttämiämme lähteitä ja niiden luotettavuutta. Materiaalia on paljon ja useassa niistä kerrotaan yhtenäisesti samasta aiheesta, mikä tukee tiedon luotettavuutta.

Opinnäytetöiden tyypillisimpiä eettisiä ongelmia ovat piittaamattomuus ja vilppi. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2010, 5.) Opinnäytetyömme perustuu aikaisempien julkaisujen tiedon keräämiseen ja referointiin. Työssämme esitetty tieto on alkupe- räistä tietolähdettä kunnioittavaa ja kirjallinen tuotos harkiten referoitu. Olemme kiinnittäneet huomiota lähdemerkintään ja kunnioittaneet tekijänoikeutta. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2010, 5, 6.)

6.3 Johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja keräämäämme materiaalia tutkimalle voidaan havaita, että mielenterveyshoitotyössä on tapahtunut selkeää, mullistavaa, kehitystä. Jokainen uusi hoitomuoto ja –keino on edistänyt uudenlaisen ja kehittyneemmän hoitotyön mahdollistumista.

Mielenterveyshoitotyön ja aikanaan käytössä olleiden hoitomuotojen eettisyys on puhuttanut kansaa ja hoitohenkilökuntaa kautta aikojen. Ihmisten asenteiden ja ymmärryksen muuttuminen on mahdollistanut sen, että mielenterveyshoitotyö on historiansa aikana muuttunut inhimillisemmäksi ja eettisemmäksi. Yhtenä hyvänä esimerkkinä tästä kehityksestä voidaan pitää esimerkiksi 1900-luvun alkupuolen

Hausjärven sairaalan hoitohenkilöstörakennetta; ”mielenvikaisille” oli rakennettu oma rakennuksensa vaivaistalon takapihalle ja laitoksen potilaiden hoidosta vastasivat lähinnä vaivaistalon asukkaat, eivät koulutetut hoitajat. Sairaanhoidajat työskentelivät vaivaistalolla ja vasta vuonna 1909 mielisairaalalle palkattiin oma sairaanhoitaja. (Jyrkinen 2005, 38, 39). Lääkehoidon tapahtunut mullistus 1950-luvulla mahdollisti sen, että hoitajien ei tarvinnut enää olla ”vartioita”, vaan hoitajia. 1900-luvun loppupuolelle tultaessa mielenterveyshoitotyön kehitys oli muuttunut jo niin pitkälti, että hoidon kulmakivenä olivat eettisyys, hoitajan ammattitaito, empatia ja yksilövastuullisuus. (Lindström 1988, 36.) Verrattaessa tätä tapaa esimerkiksi 1800-luvun mielisairaanhoidon, voimme todeta, että kehitys on ollut huima.

Pohtiessamme itse hoitomuotojen kehitystä, voimme havaita, että tietyt asiat ovat aikaansaaneet suuria muutoksia mielenterveyshoitotyössä sekä siinä käytetyissä menetelmissä. Esimerkiksi uskomusten ja uskonnon korvaantuminen lääketieteellisillä faktoilla edesauttoi jo suuresti uusien hoitomuotojen syntyä ja potilaiden hoidon kehittymistä. Lähinnä se, miten lääketiede ja ihmisen tietämys on kehittynyt, on vaikuttanut suuresti siihen, millaisia hoitomuotoja on käytetty ja luotu. Ensimmäiset työssämme esiteltävät hoitomuodot, kuten amme- ja kierrehoidot, keskittyivät lähinnä potilaan rauhoittamiseen ja ”kahlitsemiseen”, eivätkä lähtökohtaisesti potilaan kokonaisvaltaiseen parantamiseen. Lääketieteen ja psykiatrian kehittyessä potilailla toteutetut hoitomuodot alkoivat muuttua siten, että niiden tulokset pyrittiin saamaan lopullisiksi. Tästä voidaan käyttää esimerkkinä esimerkiksi lobotomiaa, joka tiedettävästi oli lopullinen ja potilaan oirekäyttäytymiseen radikaalisti vaikuttava toimenpide. Kuitenkin monien hoitomuotojen kohdalla herää kysymys siitä, ketä palvelemaan hoitomuoto on todella toteutettu; esimerkiksi lobotomian kohdalla voidaan vain arvailla, onko leikkaus joidenkin potilaiden kohdalla todella tehty potilaan hyvinvoinnin turvaamiseksi vai hoitajien työtaakan helpottamiseksi.

Hyvänä esimerkkinä hoitomuotojen kehityksen vaikutuksesta nykypäivään voidaan mainita sähköshokkihoito. Hoidon periaate ei ole muuttunut sen alkuvuosista 1940-

luvulla tähän päivään mennessä, mutta hoidon miellyttävämpi toteutustapa ja inhimillisuus ovat lisääntyneet huomattavasti, muun muassa lääkehoidon kehittymisen ansiosta. Sähköshokkihoito, nykyään ECT-hoito, on käytetty ja usein hyvin toimiva hoitomuoto vielä tänäkin päivänä.

Nykyään lääkehoito on syrjäyttänyt monet aikaisemmin käytössä olleet hoitomuodot. Lääkkeiden jo tullessa markkinoille 1950-luvulla monet hoitomuodot jäivät kokonaan pois, mistä ovat hyvänä esimerkkinä lobotomia ja myöhemmin insuliinisokkihoito. Lääkehoito on avannut monia uusia tapoja toteuttaa mielenterveyshoitotyötä; esimerkiksi avohoito on mahdollistunut paremmin lääkehoidon myötä. Vaikka lääkehoito on iso osa nykyistä mielenterveyshoitotyötä, ei se kuitenkaan tarkoita sitä, että kehitys olisi kokonaan pysähtynyt. Uusia hoitomalleja ja -tapoja mielenterveyshoitotyössä kehitetään jatkuvasti, mistä ovat esimerkkinä muun muassa psykoedukaatio ja erilaiset terapiat.

LÄHTEET

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

Achte, K., Alanen Y., Tienari, P. 1989. Psykiatria 1. Juva. WSOY.

Ahola, M., Harju, K. 2010. Pohjois-Hämeen sairaanhoitajat RY:n, psykiatristen sairaanhoitajien jaoston toiminnan kuvaus vuosilta 1959-2009. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 28.9.2011.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22448/Ahola_Marketta_Harju_Katja.pdf?sequence=1

Autio-Sarasmo, S. 2008. Historian tutkimus, tutkimusprosessi. Viitattu 17.12.2010.

<http://www.enorssi.fi/virmo/virmo-1/kashisnet/kasvatuksen-historian-tutkimus/kasvatuksen-historian-tutkimusprosessi/>

Ek, N. 2005. Hoitajien tunteita ja mielipiteitä leposide-eristämisestä akuutilla psykiatrisella suljetulla vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Viitattu 5.10.2011.

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/EkNanna2005.pdf

Elomaa, E. & Taipale, I. 1996. Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla. Vantaa. Mielen-terveyden keskusliitto

Eskola, J., Karila, A. 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki. Edita prima Oy.

Forsius, A. 2011. Houruinhoidosta mielenterveystyöhön, lyhyt katsaus psykiatrian vaiheisiin. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/houruinh.htm>

Forsius, A. 2009. Psykiatrisen lääkehoidon vaiheita ennen 1950-lukua. Viitattu 16.10.2011. [Http://www.saunalahti.fi/arnoldus/psyklaa1.html](http://www.saunalahti.fi/arnoldus/psyklaa1.html)

Haarakangas, K. 2002. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki.

Heikman, P., Niemi-Murola, L., Rosenberg, P. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. Viitattu 9.11.2011. [Http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf](http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf)

Helsingin diakonissalaitos. Koulutuksen historiaa. n.d. Viitattu 6.11.2011. [Http://www.hdl.fi/fi/museo-ja-perinne/koulutuksen-historiaa](http://www.hdl.fi/fi/museo-ja-perinne/koulutuksen-historiaa).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu, Otava.

Hyvönen, J. 2008. Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Väitöskirja. Viitattu 6.11.2011. [Http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1160-4.pdf](http://www.uku.fi/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1160-4.pdf).

Hägg, T. 2004. Hoitotyö sisätautienosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Viitattu 30.11.2011. [Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2004/muut_artikkelit/hoitoty_osisatautiosastolla_sair/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2004/muut_artikkelit/hoitoty_osisatautiosastolla_sair/)

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

Jyrkinen, A-R. 2005. Mielisairaanhoidon Kellokoskenpiirimielisairashoitolassa vuosina 1915 -1918. Hoitolan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi. Väitöskirja. Viitattu 10.10.2011. [Http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-7819595.pdf](http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-7819595.pdf).

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2010. Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettiset periaatteet . Viitattu 7.3.2011

[Http://www.jamk.fi/download/21807_JAMK_Eettiset_periaatteet_hallituksen_hyvak_syma_20090929.pdf](http://www.jamk.fi/download/21807_JAMK_Eettiset_periaatteet_hallituksen_hyvak_syma_20090929.pdf).

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2011. Potilaslähtöinen hoitosuhdetyöskentely. Viitattu 3.1.2012.

[Http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervehto/potilaslahtoinen.htm](http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervehto/potilaslahtoinen.htm)

Karlsson, K. W. 1977. Käytännön psykiatria. Porvoo. WSOY.

Kinnunen, L. 1964 Mielisairaanhoido. Porvoo. WSOY.

Kukkohovi, J. 2009. Lääkkeettömät hoitomuodot harjamäen sairaalassa vuosina 1926-1952. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 5.10.2011.

[Https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25920/STH5SBJukkaK.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25920/STH5SBJukkaK.pdf?sequence=1)

Kuosmanen, L. 2007. Pakkotoimet hoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Viitattu 12.3.2011. [Http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Kuosmanen_Lauri.pdf](http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Kuosmanen_Lauri.pdf)

Lastu, R. 1999. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyviä ongelmia hoitajien näkökulmasta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Päättötyö. Viitattu 4.10.2011. [Http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki1999/LastuRiikka.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki1999/LastuRiikka.pdf).

Latvala, E., Visuri, T., Janhonen, S. 1995. Psykiatrisen hoitotyö. Juva. WSOY.

Leppänen, L., Puupponen, A. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: HOITOTYÖN ASIAN-TUNTIJA-käsitteen määrittelyä. 2009. Opinnäytetyö. Viitattu 12.3.2011.

[Https://publications.theseus.fi/handle/10024/4146](https://publications.theseus.fi/handle/10024/4146)

Lija, A., Almqvist, S., Kiviharju-Rissanen U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Tampere.

Lindsröm, U. 1988. Psykiatrisen hoito-opin perusteet. Karisto Oy.

Mielenterveyshoitotyö. 2011. Sairaanhoidajaliitto.

[Http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty/mielenterveyshoitoty/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty/mielenterveyshoitoty/). Viitattu 30.11.2011

Mielenterveyslaki. 1990. Finlex.

[Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116). Viitattu 23.11.2011.

Mielenterveystyön kokonaissuunnitelma 2008-2015. 2007. Kauniaisten kaupunki.

[Http://www.kauniainen.fi/files/184/mtt_2008_2015_fi_web.pdf](http://www.kauniainen.fi/files/184/mtt_2008_2015_fi_web.pdf). Viitattu 25.11.2011.

Mielonen, M-L. 2000. Psykiatrisen hoito: mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan muutoksen historia ja sen arviointi. Oulu university press. Viitattu 11.10.2011.

[Http://herkules.oulu.fi/isbn9514258460/isbn9514258460.pdf](http://herkules.oulu.fi/isbn9514258460/isbn9514258460.pdf).

N.d. 2010. Aversio- eli inhotushoito. Viitattu 16.10.2011

[Http://www.prinsessakampanja.com/aversiohoito](http://www.prinsessakampanja.com/aversiohoito).

N.d. 2010. Largactil-lääke. Viitattu 16.10.2010

[Http://www.prinsessakampanja.com/laake](http://www.prinsessakampanja.com/laake).

Neuman-Rahn, K. 1927. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa. Porvoo. WSOY

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

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1997, Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva, WSOY.

Peltola, J. 2004, Sähköhoidosta apua vaikeaan masennukseen. Viitattu 9.11.2011.
[Http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;1319;6723&print=1](http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;1319;6723&print=1)

Piirtola, O. 1995. An evaluative description of changes in a comprehensive psychiatric treatment system. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, n.d. 2011, opinnäytteen ohjeet. Viitattu 7.3.2011.
[Http://www.pppshp.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx#3._opinn_ytety_s_uunnitelma](http://www.pppshp.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx#3._opinn_ytety_s_uunnitelma).

Poutanen, P. 2003. Mielenterveystyön historian merkkipaaluja. Viitattu 4.10.2011.
[Http://www.tays.fi/download.aspx?ID=57&GUID=%7B2C6A4DFB-0CCA-41C1-A7D4-44E928B01AC1%7Dle](http://www.tays.fi/download.aspx?ID=57&GUID=%7B2C6A4DFB-0CCA-41C1-A7D4-44E928B01AC1%7Dle).

Puntarissa mielenterveyshoitotyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa. 2011. Sairaanhoitajaliitto.
[Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7_2009/muut_artikkelit/puntarissa_mielenterveyshoitoty/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/6-7_2009/muut_artikkelit/puntarissa_mielenterveyshoitoty/). Viitattu 23.11.2011

Putkonen, H., Tenhovirta, K., Huttunen, M. 2010. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Oy. Espoo. Promtheus kustannus

Saarnio, L. 1939. Kestonarkoosin merkityksestä paranoiasa. Duodecim. Viitattu 4.10.2011. [Http://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1939_4_285-298.pdf](http://www.terveysportti.fi/d-htm/articles/1939_4_285-298.pdf).

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 9.11.2011.
http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Salovaara, I., Immonen, S., Tyybäkinoja, M. 1997. Koppiin ja kahelisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa. Printway Oy.

Schwartz, M., Shockley, E. 1976. Sairaanhoidaja ja psykiatrisen potilas. Porvoo. WSOY

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

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun university press.

Taipale, I. 2000. Potilaat kadulla – toimiiko avohoito Suomessa? Viitattu 16.10.2011.
[Http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91339&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91339&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero)

Tampereen yliopisto. 2010. Opinnot ja opetus, Historia. Viitattu 17.12.2010
[Http://www.uta.fi/opiskelu/oppiaineet/historia.html](http://www.uta.fi/opiskelu/oppiaineet/historia.html)

Tawast, P. 2011. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Viitattu 9.11.2011.
[Http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html](http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html).

Tölli, S. 2009. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Pro-gradu tutkielma. Oulun yliopisto.
[Https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1). Viitattu 23.11.2011.

Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, M. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. 2000. Juva.

LIITTEET

Liite 1. Lähdemateriaalitaulukko.

TEKIJÄT, TEOKSEN NIMI	KIRJAN TIEDOT	KESKEINEN SISÄLTÖ
<p>Achte, K.</p> <p>Satakolmekymmentä vuotta psykiatria</p>	<p>1974, Helsinki</p> <p>Otava</p>	<p>Teos kertoo yksityiskohtaisesti Lapinlahden sairaalan toiminnasta vuosina 1841-1971 sekä psykiatrisen hoidon historiasta Suomessa. Nykypäivää kohti edetessään Achte kertoo uusien hoitomenetelmien käyttöönotosta ja niiden tuloksista.</p>
<p>Achte, K., Alanen, Y., Tienari, P.</p> <p>Psykiatria 1</p>	<p>1989 Helsinki</p> <p>WSOY</p>	<p>Käsittelee mielisairailain uudistumista, kunnallisen mielisairaanhoidon syntymistä ja suomalaisia hoitojärjestelmiä. Kertoo myös itse mielenterveyshäiriöistä ja erilaisista hoitomuodoista.</p>
<p>Eskola, J., Karila, A.</p> <p>Mielekäs Suomi, näkökulmia mielenterveyshoitotyöhön.</p>	<p>1007, Helsinki</p> <p>Edita prima Oy</p>	<p>Avaa mielenkiintoisia näkökulmia suomalaisen mielenterveystyön historiaan ja nykypäivään.</p>

Haarakangas, K. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli.	2002. Helsinki.	Perustuu potilaan, hänen perheensä ja lähiverkostonsa sekä hoitavien työntekijöiden yhteiseen ja avoimeen keskusteluun
Janhonen, S., Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä	2003, Juva, WSOY	Teos paneutuu hoitotieteessä käytettyihin tutkimusmenetelmien sisältöanalyysiin.
Karlsson, K. Käytännön psykiatria.	1977, Porvoo, WSOY	Teos syventyy mielen-terveys-häiriöihin
Kinnunen, L. Mielisairaanhoido	1964, Porvoo, WSOY	
Latvala, E., Visuri, T., Janhonen S. Psykiatrisen hoitotyö	1995, Porvoo WSOY	Kertoo mielenterveyspotilaan kohtaamisesta sairaanhoitajan näkökulmasta ja hoitajan jatkuvasta ammatillisesta kasvusta.
Lija, A., Almqvist, S., Kiviharju-Rissanen U. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä	1996, Tampere	
Lindström, U. Psykiatrisen hoito-opin perusteet	1988, Helsinki, Karisto OY	
Neuman-Rahn, K. Sielullisesti sairain ihminen ja hänen hoitonsa	1927, Porvoo WSOY	Teos kertoo jo 1300 luvulla olleista ”pyhänhengenhuoneista” ja sielullisesti sairaiden ihmisten hoidosta. Teos käsittelee myös hyvin seikkavai-

		heisesti 1600 luvulla tapahtunutta siirtymistä Seilin hospitaaliin.
Neuman-Rahn, K. Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa	2003, Jyväskylä Gummeruksen kirjapaino	Uudistettu painos vuonna 1927 ilmestyneestä teoksesta
Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka	1997, Juva, WSOY	Teos paneutuu tutkimuksen suunnitteluun, tutkimuksen teon perusasioiden ja erilaisten menetelmien selvittelyyn.
Piirtola, O. An evaluative description of changes in a comprehensive psychiatric treatment system.	1995. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino	Kuvaa ja arvioi psykiatrisen hoitotyön muutoksia
Putkonen, H., Tenhoviirta, K., Huttunen, M. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta	2010, Espoo. Prometheus kustannus	Kirja haluaa herättää keskustelua psykiatriasta. Se on kirjoitettu provosoimaan ja herättämään ajatuksia.
Salovaara, I., Immonen, S., Tyybäkinöja, M. Koppiin ja kahelisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa.	1997. Vantaa. Printway Oy.	
Schwartz, M., Lanning-Scockley, E. Sairaanhoidaja ja psykiatrinen potilas	1969, Porvoo, WSOY	Teos kertoo sairaanhoidajan näkökulmasta mielenterveyshoi-

			totyöstä ja hänen vuorovaikutuksestaan mielenterveyspotilaan kanssa.
Shorter, E.		2005. Helsinki. Mielenterveystyön keskusliitto	
Psykiatrian historia.			
Syrjäpalo, K.		2006.Oulun university press.	
Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta			
Välimäki, M., Holopainen, A., Jokinen, M.		2000. Juva.	käsittelee sitä, miten hoitotyöntekijät voivat vastata niin yhteiskunnan yleisten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon erityisten muutosten tuomiin haasteisiin käytännön toiminnan, ympäristön, etiikan ja tutkimuksen näkökulmasta.
PSYKIATRINEN HOITOTYÖ MUUTOKSESSA			
SÄHKÖISET JULKAISUT JA ARTIKKELIT			
TEKIJÄT JA JULKAISUN NIMI	AINEISTON TIEDOT	LÄHDE	KESKEINEN SISÄLTÖ

<p>Ahola, M., Harju, K.</p> <p>Pohjois-Hämeen sairaanhoitajat RY:n, psykiatristen sairaanhoitajien jaoston toiminnan kuvaus vuosilta 1959-2009</p>	<p>Tampereen ammattikorkeakoulu.</p> <p>Opinnäytetyö.</p> <p>2010</p>	<p>https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22448/Ahola_Marketta_Harju_Katja.pdf?sequence=1</p>	<p>Kuvaa Suomen sairaanhoitajaliiton Pohjois-Hämeen sairaanhoitajat ry:n psykiatristen sairaanhoitajien jaoston toimintaa vuosina 1959–2009.</p>
<p>Autio-Sarasma, S.</p> <p>Historian tutkimus, tutkimusprosessi.</p>	<p>2008</p>	<p>http://www.enorssi.fi/virmo/virmo-1/kashisnet/kasvatuksen-historian-tutkimus/kasvatuksen-historian-tutkimusprosessi/</p>	<p>Kertoo historian tutkimusprosessista ja sen merkityksestä oppimisen kannalta.</p>

<p>Aversio eli inho- tushoito</p>	<p>Kellokosken prin- sessa elokuvaan perutuvat internet sivut.</p> <p>2010</p>	<p>Http://www.prinsessakampanja.com/aversiohoito.</p>	<p>Kuvaa lyhyesti aversio hoidon toteuttamista Prinsessa - elokuvan pohjalta</p>
<p>Ek,N.</p> <p>Hoitajien tunteita ja mielipiteitä le- poside- eristämisestä akuu- tilla psykiatrisella suljetulla vuode- osastolla.</p>	<p>Opinnäytetyö.</p> <p>2005</p>	<p>Http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/EkNanna2005.pdf</p>	<p>Selvittää hoitajien tunteita ja mielipiteitä eristämisestä akuutilla suljetulla osastolla.</p>

<p>Elomaa E., Taipale, I.</p> <p>Psykiatrian hoitomuodot 1900-luvulla.</p>	<p>1996, Vantaa, Mielenterveyden keskusliitto.</p>	<p>Julkaisu on kooste Suomen lääkirlehdin julkaisemista artikkeleista vuonna 1995.</p>	<p>Syventyy mielenterveyshäiriöiden hoitomuotoihin ja niiden kehittymiseen Suomalaisen mielenterveys-hoitotyön historiassa.</p>
<p>Forsius, A</p> <p>Houruinhoidosta mielenterveystyöhön – lyhyt katsaus psykiatrian vaiheisiin</p>	<p>Esitelmä psykiatriaan erikoistuvien lääkärin valtakunnallisilla koulutuspäivillä, Tampere.</p> <p>2005</p>	<p>http://www.saunalahti.fi/arnoldus/houruinh.htm</p>	<p>Esitelmässä tuodaan esiin psykiatrisen lääketieteen käännekoh- tia, jotka ovat vaikutaneeet ihmisten ja yhteiskuntien käsityksiin psyykkisistä häiriöistä, niitä sairastavista ja niiden hoitomenetelmistä</p>
<p>Forsius, A. Psykiatrisen lääkehoidon vaiheita 1950-luvulla.</p>	<p>2005</p>	<p>http://www.saunalahti.fi/arnoldus/psyklaa1.html</p>	<p>Kertoo psykiatrisen lääkehoidon alkuvaiheista ennen 1950-lukua.</p>
<p>Heikman, P., Niemi-Murola, L., Rosenberg, P.</p> <p>Aivojen sähköhoito</p>	<p>2006</p>	<p>Http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf</p>	<p>Käsittelee kattavasti sähköshokkihoitoa hoitomuotona</p>

ja anestesia.			
Helsingin diakonissalaitos. Koulutuksen historiaa.	Helsingin diakonissalaitoksen internet sivut. 2011.	Http://www.hdl.fi/fi/museo-ja-perinne/koulutuksen-historiaa	Käsittelee tiivistetysti sairaanhoidon opintojen kehitystä
Hyvönen, J. Suomen psykiatriasta hoitojärjestelmästä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta	Väitöskirja, Kuopio. 2008	http://www.uku.fi/vaitokset/2008/ISBN978-951-27-1160-4jhyvonen.htm	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Suomen psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitystä 1990-luvulla tieteellisen ja tilastollisen tiedon valossa ja erityisesti historia-aineiston kautta. Perimmäisenä tavoitteena on tulkita tuon vuosikymmenen tapahtumia Suomessa osana historian jatkumoa.
Hägg, T. Hoitotyö sisätautienosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta	2004.	http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2004/muut_artikkelit/hoitotyö_sisätautiosastolla_sair/	Perehtyy yleisesti hoitotyön eri menetelmiin ja niiden erityispiirteisiin.
Jyrkinen, A-R.	2005. Mielisairaanhoito Kellokosken piirimielisairanhoidossa vuosina 1915 -1918. Hoito-	Http://www.uku.fi/vaitokset/2005/isbn951-7819595.pdf.	Kattava kuvaus mielisairanhoidosta Kellokosken sairaalassa vuosina 1915-1918

	lan ensimmäisten potilaiden dokumentteihin perustuva analyysi. Väitöskirja		
Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2010. Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettiset periaatteet	2011. Jyväskylän ammattikorkeakoulun Internet sivut	Http://www.jamk.fi/download/21807_JAMK_Eetti-set_periaatteet_hallituksen_hyvaisyma_20090929.pdf .	Selvittää Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettisiä periaatteita mm. opinnäytetyötä tekeville opiskelijoille
Kajaanin ammattikorkeakoulu. Potilaslähtöinen hoitosuhdetyökentely	2011. Kajaanin ammattikorkeakoulun Internet sivut	Http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervehto/potilaslahtoinen.htm	Perehtyy potilaslähtöiseen hoitosuhteeseen ja sen erityispiirteisiin.
Kukkohovi, J. Lääkkeettömät hoitomuodot Harjamäen sairaalassa vuosina 1926-1952	2009. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö	Https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25920/STH5SBJukkaK.pdf?sequence=1	Käsittelee lääkkeettömiä hoitomuotoja Hajamäen sairaalassa vuosien 1926-1952. Teos keskittyy kahdeksaan käytettyyn hoitomuotoon ennen antipsykoottisia lääkkeitä mielenterveys-hoitotyössä
Kuosmanen, L. Pakkotoimet hoitajien näkökulmasta	2007. ”Pakkoseminaari” Niuvanniemmen sairaalassa	Http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Kuosmanen_Lauri.pdf	Käsittelee hoitajien kokemuksia pakkotoimenpiteissä
Largactil-lääke	Kellokosken prinsessa elokuvaan	Http://www.prinsessakampanja.com/laake .	Kuvaa Largactil-lääkettä sen tultua mark-

	perutuvat internet sivut. 2010.		kinoille tuloa vuonna 1952
Lastu, R. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen liittyviä ongelmia hoitajien näkökulmasta.	1999. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Päättötyö	Http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki1999/LastuRiikka.pdf	Kuuaa psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamista ja siihen liittyviä eettisiä ongelmia hoitajien kokemana
Leppänen, L., Puupponen, A. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: HOITOTYÖN ASIANTUNTIJAKÄSITTEEN MÄÄRITTELYÄ.	2009. Opinnäytetyö	Https://publications.theseus.fi/handle/10024/4146	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, määrittelee ja selkeyttää hoitotyön asiantuntijakäsitettä.
Mielentreveyslaki 1116/90.	1990. Finlex lain-säädäntö internet-sivut.	Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116	Sisältää mielenterveyslain.
Mielenterveystyön kokonaissuunnitelma 2008-2015	2007. Kauniaisten kaupunki.	Http://www.kauniainen.fi/files/184/mtt_2008_2015_fi_web.pdf	Kauniaisten kauapungin laatima mielenterveystyön kokonaissuunnitelma.
Mielonen, M-L. Psykatrinen hoito: mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan muutoksen historia ja sen arviointi.	2000. Oulu uniersity press.	Http://herkules.oulu.fi/isbn9514258460/isbn9514258460.pdf	Kuuaa psykiatriassa tapahtuneita suuria hallinnollisia ja sisällöllisiä muutoksia 1990-luvulla sekä valtakunnallisesti että paikallisesti. Keskittyy erityisesti Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikan historiaan ja nykytilaan.

Peltola, J	2004.	http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;1319;6723&print=1	Kuvaa ECT hoidon vaikutuksia ja sen tehoa vaikean masennuksen hoidossa
Sähköhoidosta apua vaikeaan masennukseen	Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirin internet sivut		
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytteen ohjeet.	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin internet sivut	http://www.ppsHP.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx#3._opinn_ytety_suunnitelma	
Poutanen, P.		Http://www.tays.fi/download.aspx?ID=57&GUID=%7B2C6A4DFB-0CCA-41C1-A7D4-44E928B01AC1%7Dle .	
Mielenterveystyön historian merkki-paaluja.			
Sairaanhoitajaliitto.	2011.	Http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2009/muut_artikkelit/puntarissa_mielenterveysshoitotyö/	Käsittelee nykyisten sairaanhoitajan opintojen kattavuutta suhteessa yhä avohoitopainotteisempaan mielenterveysshoitotyöhön.
Puntarissa mielenterveysshoitotyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa.	Sairaanhoitajaliiton internet- sivut.		
Saarnio, L.	1939. Duodecim artikkeli julkaisu	Http://www.terveysportti.fi/d-hm/articles/1939_4_285-298.pdf	Kattava kuvaus Saarnion tekemästä tutkimuksesta kestonarkoosin merkityksestä paranoian hoidossa.
Kestonarkoosin merkityksestä paranoiaassa			
Salminen, A.	2011.	http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf .	Esittelee kirjallisuuskatsausta
Mikä kirjallisuuskatsaus?	Vaasan yliopiston julkaisuja		

<p>Taipale, I.</p> <p>Potilaat kadulla – toimiiko avohoito Suomessa?</p>	<p>2000.</p> <p>Lääketieteellinen aikakausikirja Duo- decim</p>	<p>Http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtiha-ku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91339&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=</p>	<p>Käsittelee mm. mielisairaaloiden lakkauttamista ja avohuollon palveluiden tarjontaa</p>
<p>Tampereen yliopisto. Opinnot ja opetus, Historia.</p>	<p>2010</p>	<p>Http://www.uta.fi/opiskelu/oppiaineet/historia.html</p>	<p>Perustelee historian opetuksen tärkeyttä nykymaailman jäsentämisen ja ymmärtämisen näkökulmasta. Käytämme lähdemateriaalia opinnäytesuunnitelman työstämisessä.</p>
<p>Tawast, P.</p> <p>Miten teen kirjallisuuskatsauksen?</p>	<p>2011. Turun yliopiston internet sivut.</p>	<p>Http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html.</p>	<p>Seloittaa lyhyesti kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen</p>
<p>Tölli, S.</p>	<p>2009.</p> <p>Pro-gradu tutkielma. Oulun yliopisto</p>	<p>Https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1.</p>	<p>Tutkimus keskittyy sairaanhoitajaopiskelijoiden mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppimiseen Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä.</p>

